



Fot. © iStockphoto.com

# Czego nie mówią mapy potrzeb zdrowotnych

Mapy potrzeb zdrowotnych powinny informować o liczbie i rodzaju niezbędnych świadczeń. Informują natomiast o umieralności, chorobowości i zapadalności, które nie są wystarczające do obliczenia potrzeb zdrowotnych i mogą prowadzić do niepełnych lub błędnych wniosków.

Zgodnie z art. 5 ust. 29 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych potrzeby zdrowotne to liczba i rodzaj świadczeń opieki zdrowotnej, które powinny być zapewnione w celu zachowania, przywrócenia lub poprawy zdrowia danej grupy świadczeniobiorców. Problem polega na tym, że rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie zakresu treści map potrzeb zdrowotnych tego nie zapewnia. W § 2, który jest kluczowy z perspektywy analizy epidemiologicznej, w ust. 1 pkt 7, 8 i 9 rozporządzenie nakazuje posługiwać się współczynnikiem umieralności, chorobowości szpitalnej i zapadalności. Na tej podstawie nie da się określić potrzeb zdrowotnych w rozumieniu ustawy o świadczeniach. Do pełnego obrazu potrzebna jest jeszcze liczba pacjentów oczekujących na świadczenie na początku analizowanego okresu (na wejściu). Rozporządzenie tymczasem w § 2 ust. 2 pkt 6 oraz § 3 ust. 2 pkt 6 przywołuje jedynie średni czas oczekiwania na udzielenie świadczenia. Nie o to tu chodzi.

Przedstawmy to na przykładzie. W 2014 r. w Polsce odnotowano 228,9 tys. hospitalizacji z powodu rozpoznanych zakwalifikowanych jako zącma (chorobowość szpitalna). W tym samym okresie zapadalność rejestrowana zącmy wyniosła 256,9 tys. przypadków. Czy można z tego wyciągnąć wniosek, że wystarczy zwiększyć finansowanie operacji usunięcia zącmy o 10%, aby rozwiązać problem w Polsce? Oczywiście, że nie! Potrzebujemy jeszcze danych o pacjentach oczekujących na operację, którzy zachorowali w latach poprzedzających analizowany rok. Czy pomoże nam w tym informacja o średnim czasie oczekiwania? Nie – potrzebujemy nie czasu oczekiwania, ale liczby oczekujących. Takiej informacji w mapach nie znajdziemy. Mamy rejestrowaną chorobowość okresową policzoną dla lat 2009–2014. Mamy rejestrowaną zapadalność dla 2014 r. oraz chorobowość szpitalną dla 2014 r. Mamy także analizę czasu oczekiwania na przyjęcie do szpitala w podziale na różnych świadczeniodawców, ale nie liczbę oczekujących na koniec 2013 r. Na podstawie tych danych nie da się określić potrzeb zdrowotnych w wymiarze liczbowym.

Dla jasności – mapy prezentują ogrom niezmiernie wartościowych informacji dotyczących epidemiologii i realizacji świadczeń zdrowotnych. Pozwalają dostrzec nierówności w zapadalności, chorobowości okresowej i chorobowości szpitalnej pomiędzy różnymi regionami i wskazują zagadnienia wymagające dalszej analizy. Po raz pierwszy różnicują świadczeniodawców nie tylko pod kątem liczby wykonanych świadczeń, lecz także kompleksowości opieki oraz wieku i stanu pacjenta (wielochorobowość). Wskazują problemy epidemiologiczne, które wymagają pogłębionej analizy, i pozwalają wyciągnąć szereg wartościowych wniosków dotyczących struktury i miejsca udzielania świadczeń. Nie odpowiadają jednak na kluczowe pytanie wynikające

„ W komunikacie Ministerstwa Zdrowia z 29 grudnia 2017 r. znalazł się postulat, aby znowelizować w pierwszej połowie 2018 r. rozporządzenie w sprawie zakresu treści map potrzeb zdrowotnych, co pozwoli wykorzystać wiedzę i doświadczenia płynące z dotychczasowych publikacji ”

z ustawy o świadczeniach – jaka jest liczba i rodzaj świadczeń opieki zdrowotnej, które powinny być zapewnione w celu zachowania, przywrócenia lub poprawy zdrowia danej grupy świadczeniobiorców.

Wydaje się, że koordynujący prace nad mapami Departament Analiz i Strategii Ministerstwa Zdrowia dostrzegł ten problem, ale czy to ze względu na brak wiarygodnych danych, czy więzy rozporządzenia o zakresie treści map, nie uwzględnił informacji o liczbie oczekujących na operację. W komunikacie Ministerstwa Zdrowia o publikacji map potrzeb zdrowotnych z 29 grudnia 2017 r. znalazł się postulat, aby znowelizować w pierwszej połowie 2018 r. rozporządzenie w sprawie zakresu treści map potrzeb zdrowotnych, co pozwoli wykorzystać wiedzę i doświadczenia płynące z dotychczasowych publikacji. W pełni się z tym zgadzam.

Pozostaje jednak niedosyt. Mamy w Polsce dobre przykłady analizy potrzeb zdrowotnych, które uwzględniają liczbę pacjentów oczekujących na świadczenia (niezaspokojony popyt). Aby trzymać się przykładu zącmy, wystarczy zajrzeć do Raportu Taryfikacyjnego Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT) dotyczącego tego świadczenia i zapoznać się z treścią rozdziału 2.3 *Analiza popytu i podaży*. Polecam lekturę i refleksję.

Określając zakres treści map, minister zdrowia powinien się kierować, zgodnie z art. 95a ust. 11 ustawy o świadczeniach, *potrzebą zapewnienia skutecznego narzędzia planowania zabezpieczenia właściwej dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej*. Postulowałbym, aby nowelizując rozporządzenie o zakresie treści map, minister zdrowia wczytał się w ustawowy sens oraz cel map i szerzej wykorzystał zgromadzony w kraju dorobek metodologiczny, w tym doświadczenia AOTMiT.

Robert Mołdach  
Instytut Zdrowia i Demokracji