



Czarne chmury nad mapami potrzeb zdrowotnych. Czy słusznie?

Autorzy pokontrolnego raportu Najwyższej Izby Kontroli, do którego dotarła „Rzeczpospolita”, nie zostawiają suchej nitki na twórcach map potrzeb zdrowotnych i zastosowanej przez nich metodologii. NIK nie ma wątpliwości, że Narodowy Fundusz Zdrowia korzystał z przestarzałych i niekompletnych danych przedstawionych w mapach, a Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny nie monitorował ich aktualności. Autorka map, nadzorująca proces ich powstawania, polemizuje z gazetą i NIK.

Już niedługo zostaną opublikowane nowe mapy potrzeb zdrowotnych. Warto prostować informacje pojawiające się na ich temat.

Pierwszy zarzut wobec map potrzeb zdrowotnych jest taki, że to bardzo obszerne dokumenty, zbędna papierologia. Ale jak pokazać informacje o wszystkich oddziałach danego typu? Mamy ponad 100 typów (*sic!*) oddziałów (np. endokrynologia, endokrynologia dziecięca, diabetologia), a niektóre z nich istnieją tylko w jednym miejscu w Polsce. Jeżeli dla każdego oddziału przygotowane zostanie 10 stron informacji, to sama część dotycząca oddziałów ma już 1000 stron. Druga edycja map raczej też będzie tak obszerna. Mam nadzieję, że będzie ostatnia w takiej formie.

Gdy opuszczałam Ministerstwo Zdrowia, byliśmy o krok od skończenia platformy informatycznej, na której miały być umieszczone dane dotyczące każdego szpitala (w wersji przyjaznej, tj. wykresy, mapy, zestawienia). Mapy (jako dokument) mogłyby wówczas mieć charakter głównie porównawczy na poziomie województw. Jeżeli ktoś chciałby sprawdzić, dlaczego dane województwo tak bardzo wyróżnia się np. pod względem średniej długości hospitalizacji, to mógłby wejść na platformę i sprawdzić, które szpitale tak bardzo zawiżają średnią. W ten sposób można zwerifikować, czy jest to problem (szpitale te mają standardowych pacjentów i standardowe procedury), czy też problemu nie ma (szpitale te mają trudniejszych

pacjentów lub wykonują skomplikowane procedury medyczne). Taka analiza to praca dla zarządzających systemem ochrony zdrowia (być może należy zwiększyć finansowanie tych jednostek) oraz dla właścicieli szpitali (długość hospitalizacji wpływa na koszty, a dzięki mapom można porównać, jak długie są hospitalizacje w podobnych placówkach). Bez szczegółowych danych, do poziomu oddziału szpitalnego, takie wnioski byłyby niemożliwe.

Nierzetelne dane

Często pojawiają się zarzuty (w tym ze strony NIK, choć nie tak ostre, jak pisze „Rzeczpospolita”), że dane są nierzetelne. Należy podkreślić, że samo takie stwierdzenie bez pokazania dowodu, tj. poprawnych danych, jest nieuprawnione. To tak, jakby NIK zarzucał Ministerstwu Rodziny, że przygotowując szacunki dotyczące kosztów polityki rodzinnej, nie weryfikuje rzetelności danych spisu powszechnego realizowanego przez GUS. W mapach potrzeb zdrowotnych pokazano dane zbierane przez NFZ, wojewodów (Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą – RPWDL), Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia (sprawozdania z zakresu statystyki medycznej Ministerstwa Zdrowia), rejestry kliniczne (np. Krajowy Rejestr Nowotworów), rejestr zgonów (Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Administracji) i publikowane przez GUS (ludność, prognoza demograficzna).

Czy dane te są nierzetelne? Zastanówmy się po kolei:

- NFZ: Kobieta w wieku 30 lat miała operację w szpitalu X i była hospitalizowana przez 5 dni, NFZ rozliczył tę hospitalizację. Czy możemy sądzić, że informacja ta jest prawdziwa? Mężczyzna w wieku 47 lat był hospitalizowany przez 10 dni z powodu udaru. Czy możemy założyć, że ta hospitalizacja miała miejsce i że jej przyczyną był udar? Oczywiście zdajemy sobie sprawę z istnienia *up-codingu*, który raczej wpływa na kolejność wykazanych rozpoznań. Podważając prawdziwość informacji przekazywanych do NFZ, twierdzilibyśmy, że lekarze fałszują dokumentację medyczną (wpisywanie nieprawdziwych danych jest właśnie fałszowaniem). Oczywiście w masie hospitalizacji zdarzają się nierozliczone oraz takie, które skontroluje NFZ, ale prace nad mapami rozpoczynają się ok. 1,5 roku po zebraniu danych. Wydaje się, że możemy mieć zaufanie do ich rzetelności.
- RPWDL: Szpital sam rejestruje się u wojewody, sam wskazuje, jakie ma komórki organizacyjne (typy oddziałów) i ile łóżek na oddziałach. Dlaczego te dane mają być nierzetelne? Z nierzetelnością możemy mieć do czynienia wówczas, gdy szpitale same wpiszą nieprawidłowe dane i kontrola prowadzona przez wojewodów tego nie wychwyci. Za nieprawidłowość tych danych przewidziane są sankcje, z okresowym zamknięciem placówki włącznie. Oczywiście tutaj też zdarzały się przypadki nieprawidłowych wpisów



„Mamy ponad 100 typów oddziałów. Jeżeli dla każdego przygotujemy 10 stron informacji, to sama część dotycząca oddziałów ma już 1000 stron”

i publikacja map je wskazała. Jeżeli na przykład ktoś ma 10 łóżek i 2000 hospitalizacji trwających średnio 3,5 dnia, to obłożenie wynosi 192%. Rzeczywiście coś tu się nie zgadza. I raczej jest to wpis dotyczący łóżek, bo dane dotyczące liczby hospitalizacji i ich długości zostały pobrane z NFZ. Należy podkreślić, że obłożenia i tzw. przelotowość to jedyne wskaźniki, które były obliczane na podstawie RPWDL.

- Rejestry kliniczne: W Polsce istnieje obowiązek sprawozdawania każdego przypadku zachorowania na nowotwór do Krajowego Rejestru Nowotworów (KRN). Wiedzieliśmy, że nie jest to przestrzegane przez placówki medyczne. Z tego względu połączone zostały bazy NFZ i KRN. Pozwoliło to znaleźć każdego pacjenta, w przypadku którego sprawozdano świadczenia z powodu nowotworu. Następnie na podstawie reguł wypracowanych ze środowiskiem medycznym weryfikowano, czy świadczenia udzielone pacjentowi były związane z leczeniem onkologicznym (szczegółowa metodyka została opublikowana na www.mpz.gov.pl). Na tej podstawie uzupełniono informacje z rejestru KRN (średnio o 25%) i dopiero wówczas przygotowano prognozę zapadalności i chorobowości dla Polski.
- CSIOZ: Dane pochodzące ze statystyki publicznej (sprawozdań Ministerstwa Zdrowia) zostały wykorzystane do wskazania rozlokowania sprzętu oraz informacji o zakażeniach wewnątrzszpitalnych. Owszem, są szpitale, które nie wykazują stołów operacyjnych, a do NFZ sprawozdają wykonanie operacji.



„Pierwsza edycja map pokazała dane, które nie były analizowane przez lata. Nie zastanawiano się, dlaczego jeden szpital wykazuje tylu pacjentów z daną jednostką chorobową, ilu należałoby się spodziewać w całym systemie ochrony zdrowia”

To były dane najmniej wiarygodne. Warto porozmawiać o tym, czy powinniśmy zbierać sprawozdania Ministerstwa Zdrowia (i wtedy podjąć trud działań mających na celu poprawę jakości tych danych), czy lepiej z tego zrezygnować.

- MSWiA i GUS: Chyba nie trzeba udowadniać, że te dane są rzetelne. Skąd jednak takie wrażenie nierzetelności? Pierwsza edycja map pokazała dane, które nie były analizowane przez lata. Nie zastanawiano się, dlaczego jeden szpital wykazuje tylu pacjentów z daną jednostką chorobową, ilu należałoby się spodziewać w całym systemie ochrony zdrowia, dlaczego niektóre oddziały realizują tak mało świadczeń, a inne pękają w szwach. Kiedyś trzeba było podjąć tę dyskusję.

Nieaktualne dane i brak zaangażowania konsultantów

Trzeba sobie zdawać sprawę, że świadczeniodawcy sprawozdają dane za grudzień dopiero w styczniu. Zanim zweryfikowane dane z oddziałów wojewódzkich NFZ trafią do centrali, jest marzec. Zanim NFZ przekaze je do Ministerstwa Zdrowia, jest już kwiecień. Dopiero wówczas można przystąpić do prac nad mapami. Na przygotowanie wstępnej wersji dokumentów trzeba założyć przynajmniej 7 miesięcy (biorąc pod uwagę ogrom prac, to i tak szybko). W tym czasie odbywają się spotkania grup roboczych i dwa spotkania z konsultantami krajowymi i wojewódzkimi. Pragnę podkreślić, że na takie spotkanie, za pośrednictwem urzędów wojewódzkich, zostali zaproszeni wszyscy konsultanci. Nie ma możliwości bieżącej pracy ze wszystkimi konsultantami, po pierwsze ze względu na liczbę ludzi: mamy ponad 95 dziedzin medycyny, więc 17 osób (16 konsultantów wojewódzkich i 1 krajowy) razy 95 daje 1615 osób, a po drugie ze względu na obciążenia czasowe – trudno znaleźć czas na cotygodniowe spotkanie z Ministerstwem Zdrowia.

„Lądujemy” zatem w listopadzie z przygotowanym materiałem, który można opublikować (roczne opóźnienie danych). Jeżeli chcielibyśmy podjąć działania na ich podstawie, wpadamy w opóźnienie 2-letnie. Takie samo przesunięcie będziemy mieli w przypadku publikacji map w maju (takie jest założenie ustawy). Prace trzeba rozpocząć najpóźniej we wrześniu rok wcześniej – wtedy dostępne są dane za poprzedni rok (bo dany rok jeszcze się nie skończył), więc bazując na najnow-

szych danych w chwili rozpoczęcia prac, mamy niemal 2-letnie opóźnienie w publikacji.

Nieprawdą jest to, co pisze prasa, że mapy za 2016 r. były oparte na wynikach z lat 2012–2013. One były oparte na danych za rok 2014. Mapy dotyczące guzów litych i chorób serca publikowane w 2015 r. były oparte na danych z lat 2012–2013. Teraz jest rok 2018 i mapy publikowane w maju będą oparte na danych z 2016 r. (zgodnie z wcześniejszym wywoływem). Co zatem można zmienić w przyszłości, aby dokumenty były bardziej aktualne? Można popracować nad skróceniem czasu przekazywania danych oraz nad tempem przygotowania samych dokumentów – wraz z rosnącym doświadczeniem i coraz lepszą komunikacją pomiędzy środowiskiem medycznym (konsultanci) i statystycznym (zespół mapowy) wymiana uwag będzie szybsza.

W tym miejscu chciałabym serdecznie podziękować wszystkim konsultantom medycznym zaangażowanym w proces tworzenia map. Dyskusje były burzliwe, często bardzo trudne, ale zawsze udawało się nam dojść do konsensusu. Uczyliśmy się wspólnie, jak należy wnioskować z danych, które mamy w systemie, co oznacza dana wartość wskaźnika. Bo nie chodzi tutaj o audyt systemu ochrony zdrowia, ale o zbudowanie trwałej platformy do dyskusji nad zmianami oraz do monitorowania ich efektów (w nauce nazywamy to *public governance*, czyli partycypacyjnym zarządzaniem publicznym).

Mamy już pierwsze doświadczenia w tym zakresie – dzięki współpracy ze środowiskiem radioterapeutów zostały przygotowane założenia do prognozy rozmieszczenia akceleratorów w Polsce. Zespół Ministerstwa Zdrowia przygotował model matematyczny, na podstawie którego wskazano, w jakich miastach powinny zostać umieszczone akceleratory, by z jednej strony minimalizować odległość od miejsca zamieszkania pacjentów, a z drugiej uniknąć nieefektywności ekonomicznej. Przygotowano podobne działania w zakresie prognozy liczby oddziałów pediatrycznych, neonatologicznych i ginekologiczno-położniczych. Te modele (ze względu na zmiany w zapadalności oraz w wytycznych klinicznych) należy przez cały czas aktualizować, a w pozostałych dziedzinach tworzyć. Ale to nie jest praca na rok, tylko inwestycja, którą będziemy realizować przez następne 5–10 lat i kontynuować (udoskonalać) tak długo, jak długo będzie istniał system ochrony zdrowia.

Trudność wnioskowania

Czy ktoś ma pretensje do Komisji Nadzoru Finansowego, że nie opisuje wnioskowania z każdego sprawozdania finansowego publikowanego na swoich stronach? Owszem, zestawienia tabelaryczne są trudne do zrozumienia dla osób spoza sektora, jednak dyrektorzy medyczni szpitali czy konsultanci krajowi i wojewódzcy nie mieli problemu z zauważeniem, przykładowo, następujących faktów:

- są szpitale, gdzie na oddziałach chirurgii ogólnej udział zabiegów wynosi poniżej 50%, są też oddziały, na których wykonuje się 1–5 skomplikowanych zabiegów rocznie (podczas gdy na innych ponad 60 rocznie),
- w niektórych województwach istotny odsetek osób z udarem mózgu jest leczony poza oddziałem udarowym,
- w niektórych województwach ponad połowa dzieci z porażeniem mózgowym nie trafia na rehabilitację,
- są oddziały ginekologiczno-położnicze, gdzie rodzi się mniej niż jedno dziecko dziennie,
- są oddziały pediatryczne, które przyjmują mniej niż 2 dzieci dziennie.

Bezpieczeństwo pacjenta

Wszystko to przekłada się na bezpieczeństwo pacjenta i w tym kontekście musimy rozmawiać o mapach potrzeb zdrowotnych oraz konieczności zmian w systemie.

Taka sama idea przyświecała prognozie – pokazać, co się wydarzy, jeśli nie będą wprowadzane zmiany w systemie ochrony zdrowia. Jak widać, nawet przy obecnym popycie (liczba udzielonych świadczeń plus kolejka) i uwzględnieniu prognozowanych zmian demograficznych w lecznictwie szpitalnym mamy w ogólności za dużo łóżek (oczywiście w niektórych dziedzinach jest ich za mało, np. w hematologii, a w niektórych za dużo, np. w reumatologii). Nie można jednak wykorzystać tej informacji jak w grze w szachy – zdjęć pionek. Likwidacja łóżek nie jest rozwiązaniem, trzeba równolegle pracować nad efektywnością (hospitalizacje przedłużone, niepotrzebne) oraz nad wzmocnieniem lecznictwa ambulatoryjnego.

Dane – analiza – wnioski – działanie

Zgadzam się z tezą, że potrzebna jest wersja prostsza, infografiki dotyczące najważniejszych wniosków z map (oddzielnie dla każdej z 30 grup chorób, więc nadal dość szczegółowe) i kierunków działań, jakie należy podjąć. Byłby to jasny przekaz dla osób spoza sektora oraz dla decydentów na poziomie lokalnym (właściciele jednostek, wojewodów oceniających wnioski inwestycyjne). Dane – analiza – wnioski – działanie. Taki tok myślenia przygotowaliśmy w zespole, ale... nie zdążyłam już tego zrobić.

Na koniec warto zaznaczyć, że cały wysiłek został doceniony za granicą – prestiżowy certyfikat *Best Practice European Public Sector Award 2017* (EPSA), oraz w Polsce – srebrna statuetka w kategorii *Innowacyjność* w konkursie Liderów Ochrony Zdrowia 2016.

dr n. ekon. Barbara Więckowska
Autorka jest pracownikiem naukowym Szkoły Głównej Handlowej w Warszawie, była dyrektorem Departamentu Analiz i Strategii Ministerstwa Zdrowia, który odpowiadał za przygotowanie map potrzeb zdrowotnych.