Kategoria: Polityka Zdrowotna
Opublikowano: niedziela, 01, listopad 2015 09:00
Jarosław Komża
Odsłony: 1673

Dwie zasadnicze części: diagnostyczna i prognostyczna, obie złożone z analizy stanu demograficzno-epidemiologicznego oraz wykorzystania zasobów. Tak wygląda struktura budowanej bazy informacji o sektorze ochrony zdrowia, zwana mapami potrzeb zdrowotnych. Baza ta ma być podstawą planowania wszelkich działań, w tym przedsięwzięć infrastrukturalnych i podnoszących standard jakości świadczenia usług, finansowanych z funduszy unijnych.

**Podstawa formalna w ustawach i rozporządzeniu**

Formalny punkt wyjścia dla wprowadzenia bazy informacji analitycznej w postaci map dała w 2004 r. *ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* (przepisy nowego działu IVA Ocena potrzeb zdrowotnych, art. 95a). Szczegóły odnoszące się do tworzenia bazy zawiera *rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2015r. w sprawie zakresu treści map potrzeb zdrowotnych* (Dz. U. z 2015r. poz. 458).

**Mapowanie – baza danych do wnioskowania i planowania**

Dyrektor departamentu analiz i strategii w ministerstwie zdrowia, Barbara Więckowska, wyjaśniła uczestnikom warsztatów, zorganizowanych dla członków komitetu sterującego wykorzystaniem funduszy unijnych w sektorze ochrony zdrowia, w jaki sposób tworzona jest struktura narzędzia, jakim jest mapa potrzeb zdrowotnych. Dane w tworzonej bazie przedstawiane są na dwa sposoby. Po pierwsze, w ujęciu bezwzględnym pokazują skalę prezentowanego aspektu. Po drugie, co ma kluczowe znaczenie dla wnioskowania, w ujęciu standaryzowanym, tj. według wskaźnika ujmującego wpływ na prezentowany aspekt innych uwarunkowań.

Część epidemiologiczno-demograficzna mapy opracowywana jest na podstawie danych dla danego województwa, prezentowanych na poziomie powiatu. Brane są pod uwagę: płeć, grupy wiekowe, gęstość zaludnienia w poszczególnych powiatach oraz starzenie się ludności i umieralność z powodu poszczególnych chorób. Współczynnik standaryzowany pokazuje rzeczywisty stan w tym zakresie, dzięki czemu można porównać powiaty między sobą. Poza tym dane rozbite są na poszczególne jednostki chorobowe, np. na typy nowotworów. Chorobowość szpitalna pokazuje liczbę chorych z punktu widzenia rodzajów schorzenia, np. typu nowotworu. A wskaźnik zachorowalności - odniesienie liczby chorych do 100 tys. mieszkańców regionu. W tym przypadku standaryzowany współczynnik chorobowości szpitalnej pokazuje geograficzną informację przekrojową o wybranym typie schorzenia: nowe zachorowania, stadium występowania i współczynnik trzyletniej zapadalności.

Cześć mapy dotycząca zasobów przedstawia dane dotyczące stanu wykorzystania zasobów szpitali, ujmujące analizę udzielanych świadczeń oraz personel medyczny, a prezentowanych ze względu na rodzaj schorzenia, na poziomie poszczególnych powiatów w regionie. Kolejnym elementem są migracje pacjentów, zarówno pomiędzy powiatami w województwie, jak i poza województwo, z uwzględnieniem do jakich ośrodków pacjenci trafiają. Prezentowana jest również liczba pacjentów w oddziałach w poszczególnych szpitalach województwa, w ujęciu bezwzględnym, jak i ze względu na stadium choroby. Następnie mapa ujmuje szczegółowe dane sprawozdawcze dotyczące liczby przeprowadzanych w placówkach zabiegów.

Część prognostyczna służy przedstawieniu trendów demograficznych i dotyczących zapadalności na


Phoca PDF

choroby o horyzoncie czasowym pięcioletnim, w rozbiciu na kolejne lata. Prognozy ujęto w podziale geograficznym na województwo oraz w podziale na poszczególne rodzaje chorób.

## Kiedy mapy będą gotowe?

Na spotkaniu potwierdzono przedstawiony wcześniej harmonogram udostępnienia bazy informacji. Mapy podzielono na dwie grupy, w zależności od rodzajów schorzeń. Dla każdej z tych chorób określono trzy etapy. Dla szpitalnictwa mapy mają być gotowe w kwietniu przyszłego roku. Natomiast wyodrębnione dla lecznictwa zamkniętego - w drugim kwartale przyszłego roku, a dla ambulatoryjnej opieki specjalistycznej i podstawowej opieki zdrowotnej - w czwartym kwartale.



Phoca PDF