

## Dane epidemiologiczne narzędziem w zarządzaniu ochroną zdrowia

Michał Kamiński, Katarzyna Paczek, Paweł Goryński

**Decyzje podejmowane w ochronie zdrowia, podobnie jak i w innych dziedzinach, powinny być podejmowane na podstawie wnikliwych analiz. Informacji o wielu zjawiskach dostarczają nam systemy statystyczno-sprawozdawcze. W Polsce w chwili obecnej funkcjonuje kilka równoległych systemów statystycznych, badających sektor ochrony zdrowia, a w związku z tym prowadzących odpowiednie systemy należą: Główny Urząd Statystyczny, realizujący zadania z zakresu statystyki publicznej, instytuty resortowe ministra zdrowia, prowadzące badania w określonych dziedzinach medycyny (w tym Państwowy Zakład Higieny) oraz Narodowy Fundusz Zdrowia, a do 2003 r. kasy chorych, analizujące poziom realizacji świadczeń zakontraktowanych przez poszczególne oddziały działające na terenie województw.**

Praca ta jest próbą pokazania możliwości wykorzystania dostępnych w Polsce danych epidemiologicznych, dotyczących lecznictwa szpitalnego oraz ocenę wiarygodno-

ści danych poprzez porównanie poszczególnych zbiorów oceniających te same zjawiska.

Jednym z podstawowych zagadnień, jakie poddawane są szczegółowej analizie w ocenie sektora ochrony zdrowia jest opieka szpitalna. Wynika to w dużej mierze z ogromnej kosztochłonności tej formy realizacji opieki nad pacjentem oraz z dużej dostępności do danych. Informacje na temat hospitalizacji poszczególnych ubezpieczonych gromadzone są przez różne instytucje. Do podstawowych należy Państwowy Zakład Higieny, gromadzący w imieniu ministra zdrowia sprawozdania MZ Szp. 11, pochodzące z statystyki publicznej. Pobyt każdego hospitalizowanego w szpitalu powinien zostać zakończony wypełnieniem i przekazaniem informacji o przeprowadzonym leczeniu szpitalnym. Na podstawie danych zawartych w tym sprawozdaniu można uzyskać informacje o przyczynie hospitalizacji, długości pobytu, zastosowanych procedurach terapeutycznych oraz dane, dotyczące lezonego, takie jak wiek, płeć, miejsce zamieszkania.

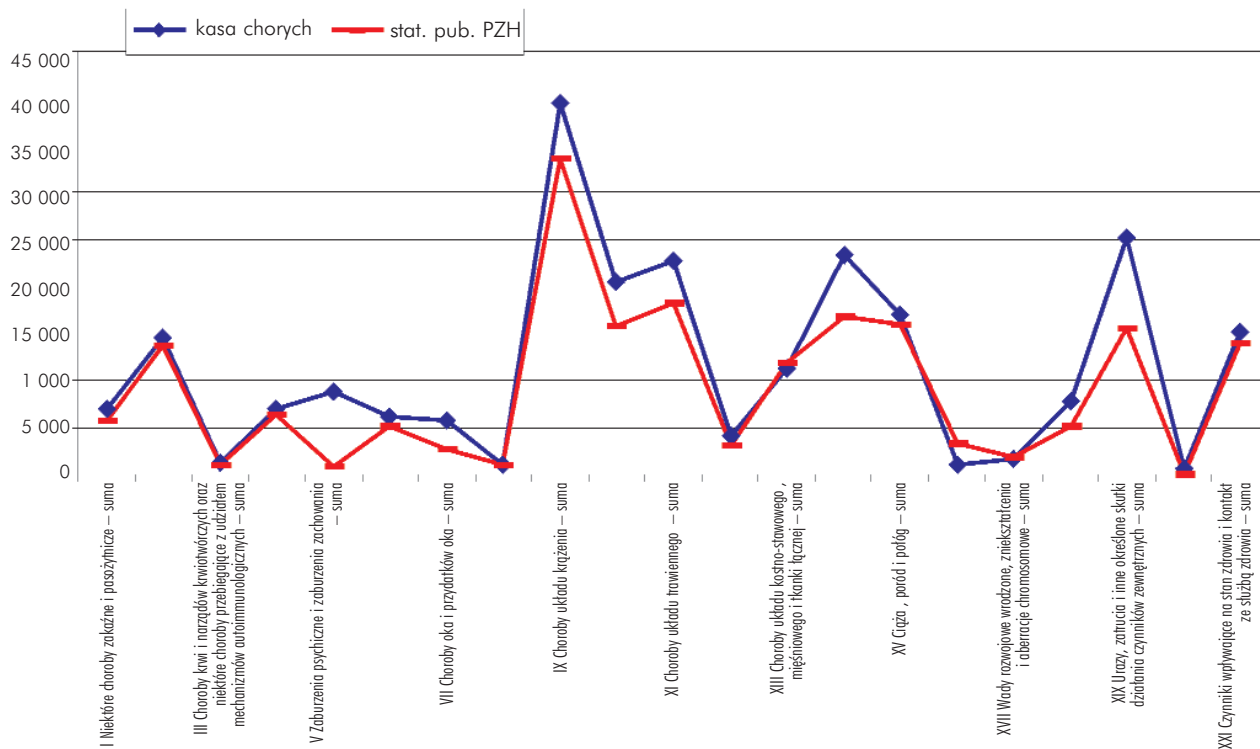
Podobny zakres danych gromadzony jest w oddziałach wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia, a wcześniej w kasach chorych. Instytucje te gromadzą dane związane z realizacją kontraktów zawartych z poszczególnymi świadczeniodawcami. Z zakresu lecznictwa stacjonarnego są to, podobnie jak w statystyce publicznej, dane dotyczące przyczyny leczenia, długości pobytu, wykonanych procedur, oraz dotyczące lezonego i jego miejsca zamieszkania. Ponieważ dane te są podstawą rozliczeń finansowych, zawierają również informacje o wysokości

środków finansowych refundowanych przez płatnika na rzecz leczenia wskazanego ubezpieczonego.

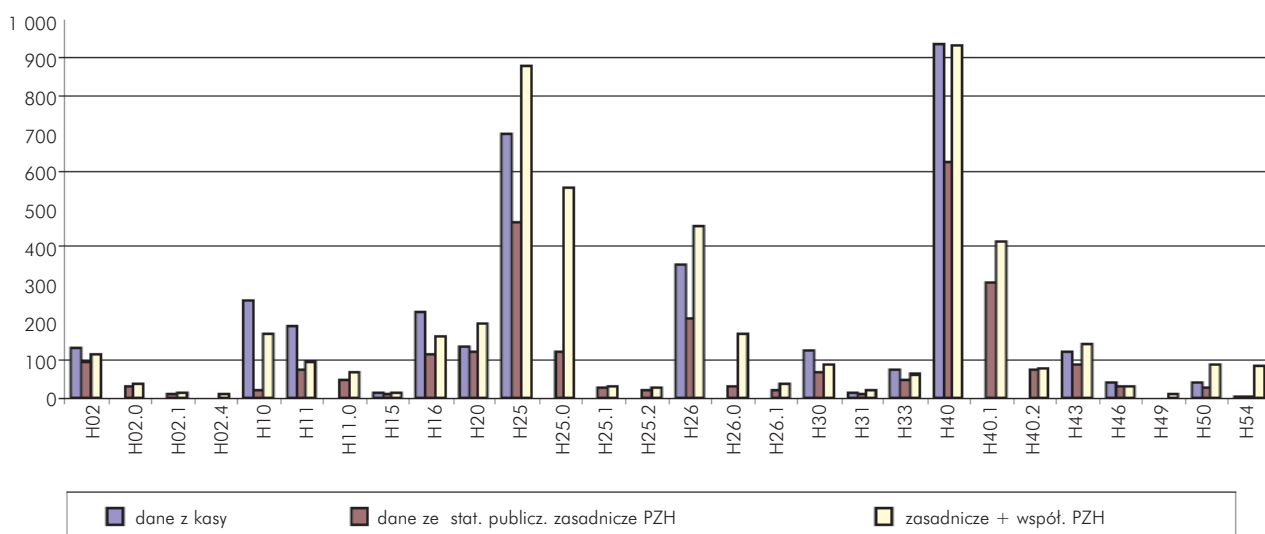
Dzięki istnieniu tych dwóch systemów równolegle zbierających podobne dane można dokonać porównania pomiędzy poszczególnymi zbiorami i oszacować wiarygodność posiadanych danych. W tym przypadku, gdy zbiory danych oceniają to samo zjawisko i różnią się w minimalnym stopniu źródłem pochodzenia danych, zbieżność zbiorów dotyczących hospitalizacji powinna być bardzo wysoka. Porównanie zbiorów umożliwia więc ocenę wiarygodności danych, a w związku z tym wskazuje na ich potencjalne możliwości wykorzystania. Tylko bowiem wiarygodne dane mogą być podstawą podejmowania decyzji i zarządzania ochroną zdrowia.

Chcąc zweryfikować wiarygodność danych pochodzących z byłych kas chorych oraz z systemu statystyki publicznej, dokonano porównania dostępnych informacji o hospitalizacjach w wybranym województwie, którego wyniki z uwagi na wymogi redakcyjne prezentujemy w niewielkim fragmencie.

Na podstawie dokonanych porównań można stwierdzić, że w dużym zakresie analizowane zbiory danych są zbliżone. Ze względu na nieco inny zakres podmiotów zobowiązanych do składania poszczególnych sprawozdań mogą wystąpić niewielkie różnice. W przypadku bowiem systemu statystyki publicznej mam do czynienia z analizą dotyczącą publicznych szpitali ogólnych funkcjonujących na terenie Polski, natomiast w przypadku danych kas chorych źródłem informacji są szpitale, posiadające kontrakt na realizację określonych świadczeń.



Ryc. 1. Porównanie częstości hospitalizacji w wybranym województwie w 2001 r. – dane z kasy chorych a dane ze statystyki publicznej



Ryc. 2. Porównanie częstości hospitalizacji z powodu schorzeń okulistycznych w wybranym województwie

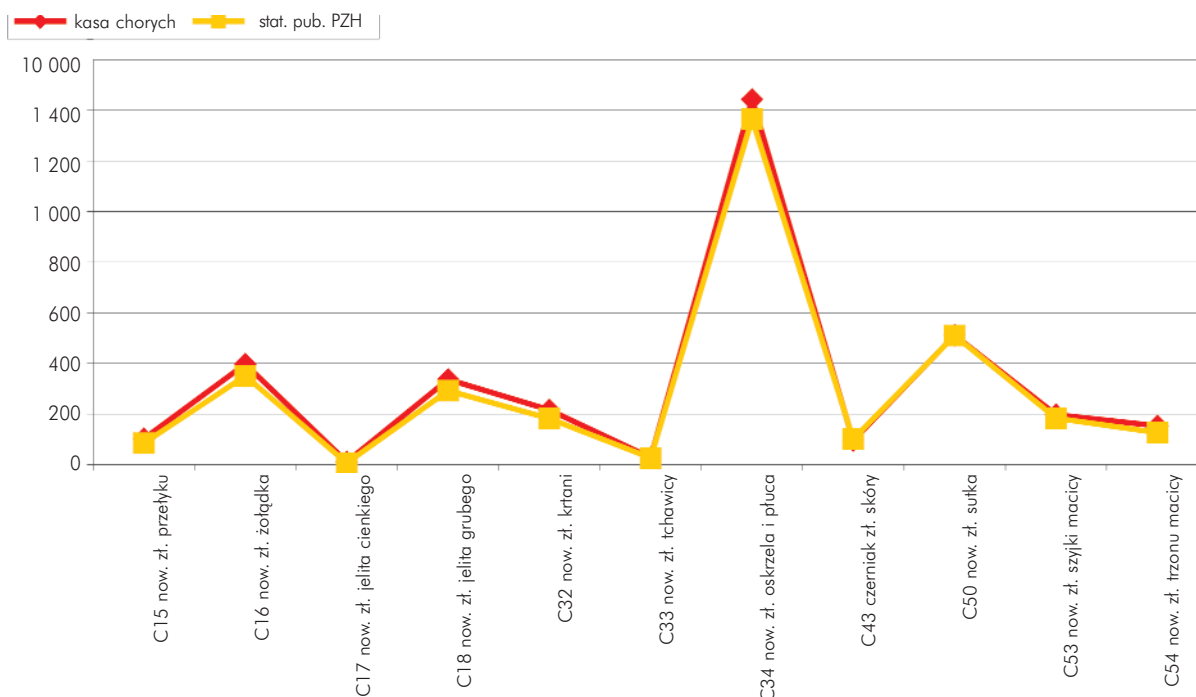
Porównanie danych dla wybranego województwa w podziale na główne grupy schorzeń prezentuje ryc. 1.

Na podstawie wykresu na ryc. 1. można stwierdzić, że w niektórych grupach schorzeń liczba hospitalizacji jest bardzo zbliżona. Ale w niektórych grupach, jak np. urazy, zatrucia i inne określone skutki choroby układu trawiennego istnieje dość duża rozbieżność w liczbie hospitalizacji.

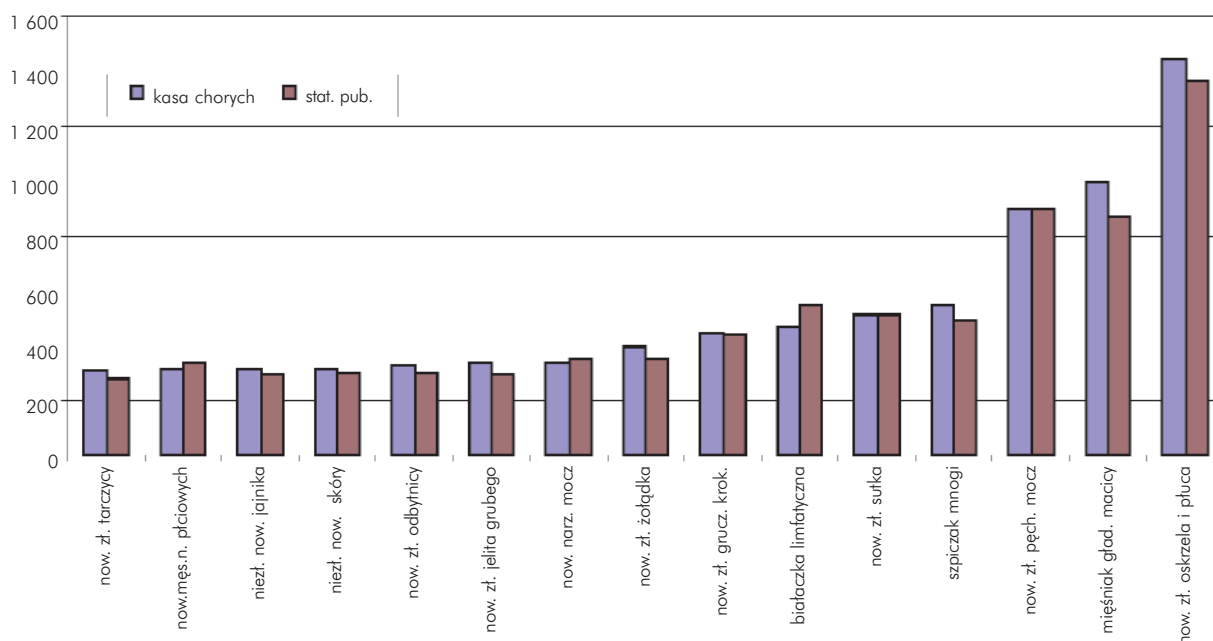
Dokonując bardziej szczegółowych analiz dotyczących hospitalizacji na poziomie samej grupy można wychwycić określone schorzenia, w których zauważa się znaczną rozbieżność w liczbie hospitalizacji. Przykładem może być porównanie częstości hospitalizacji z powodu schorzeń okulistycznych. Na podstawie poniższego wykresu można stwierdzić, że podobne jednostki chorobowe wchodziły w skład najczę-

ściej hospitalizowanych schorzeń, niezależnie od systemu, z którego pochodzą dane. Niemniej przy takim stopniu szczegółowości analizy widzimy dość znaczne różnice w liczbie hospitalizacji z powodu poszczególnych jednostek chorobowych (ryc. 2.).

Prowadząc jednak taką samą analizę dla liczby hospitalizacji z powodu określonych schorzeń nowotworowych, zauważa się zale-



Ryc. 3. Porównanie częstości hospitalizacji z powodu określonych nowotworów w wybranym województwie w 2001 roku



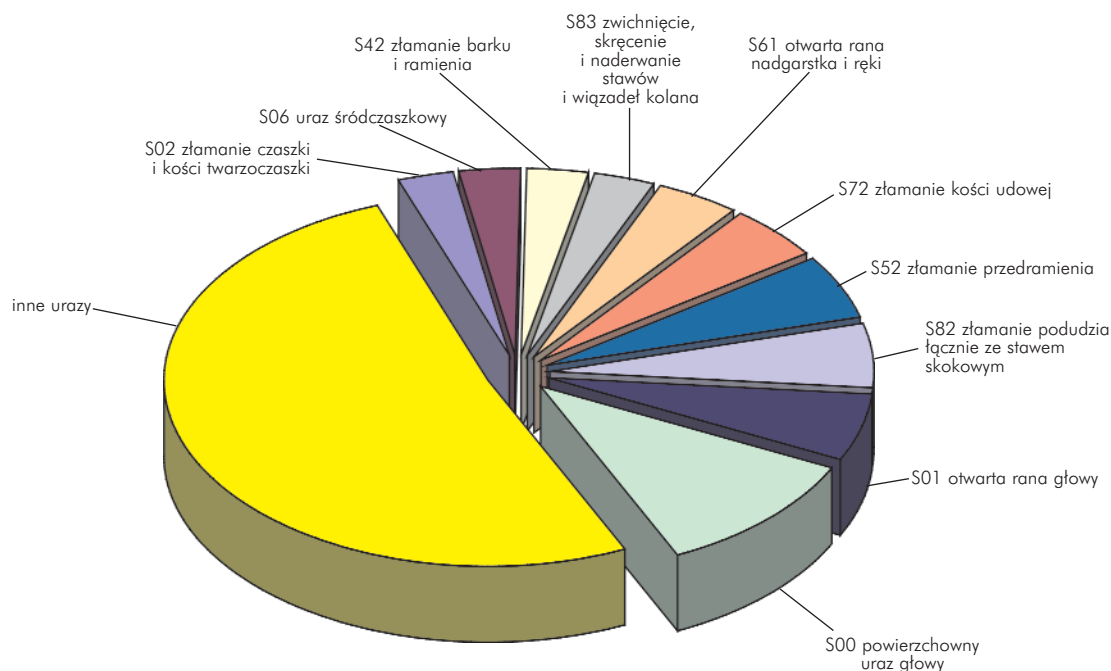
Ryc. 4. Nowotwory będące najczęstszą przyczyną hospitalizacji w 2001 r. w wybranym województwie wg kasy chorych

dwie minimalną rozbieżność w obu ocenianych zbiorach. Świadczy to o dużej wiarygodności tych danych i przemawia za możliwością wykorzystania ich przy podejmowaniu określonych decyzji, np. w przypadku analizowanego województwa najczęstszym nowotworem, z powodu którego dochodzi do hospitalizacji, jest nowotwór złośliwy oskrzela i płuc, co wyraźnie wska-

zuje na potrzebę podjęcia działań w zakresie profilaktyki, zwalczania i wczesnego diagnozowania tego schorzenia (ryc. 3.).

Dane o przyczynach hospitalizacji mogą być również przydatne przy określaniu priorytetów i wybrze określonych kierunków działań, np. analiza przyczyn hospitalizacji z powodu schorzeń nowotworowych pozwala zauważyć, że zaled-

wie 15 typów nowotworów odpowiada za 55 proc. wszystkich hospitalizacji, w których za główną przyczynę leczenia podano chorobę nowotworową. Pozwala to w przyszłości ukierunkować główne wysiłki na zapobieganie tym właśnie wybranym schorzeniom, wykorzystując dostępne ograniczone środki w najlepszy możliwy sposób (ryc. 4.).



Ryc. 5. Urazy będące najczęstszą przyczyną hospitalizacji w 2001 r. w wybranym województwie wg danych kasy chorych

Podobne wnioski można wyciągnąć, analizując dane dotyczące urazów. Na podstawie danych o pacjentach hospitalizowanych i przyczynach ich leczenia możemy wskazać grupę 10 schorzeń, które odpowiadają za blisko 50 proc. hospitalizacji spowodowanych różnego rodzaju urazami (ryc. 5.).

Jak widać z przytoczonych przykładów rzetelne, aktualne i kompleksowe dane epidemiologiczne mogą stać się podstawą do określenia potrzeb zdrowotnych danej społeczności i przyczynić się do właściwego wykorzystania posiadanych w ograniczonym zakresie dóbr, np. umożliwiają właściwe alokowanie

środków finansowych w działania odpowiedzialne w dużym stopniu za stan zdrowia społeczeństwa.

Warunkiem jednak wykorzystania danych i opracowanych na ich podstawie analiz jest duża wiarygodność uzyskiwanych wyników. Jest to możliwe w sytuacji, gdy systemy sprawozdawcze, którymi dysponujemy spełniają następujące założenia:

- ▶ dostarczają niezbędnych danych,
- ▶ zakres danych jest dostosowany do potrzeb,
- ▶ dane są aktualne, kompletne, pełne i wiarygodne,
- ▶ dane mają charakter danych powtarzalnych i umożliwiają ocenę zjawiska w czasie.

Opracowanie powstało na podstawie danych zebranych przez Urząd Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych oraz na podstawie danych Państwowego Zakładu Higieny.

*Michał Kamiński – z-ca dyrektora  
Departamentu Ubezpieczenia Zdrowotnego  
w Ministerstwie Zdrowia*

*Katarzyna Paczek – specjalista w zakresie  
ochrony zdrowia oraz medycznych  
systemów informacyjnych*

*Paweł Goryński – kierownik Zakładu  
Statystyki Medycznej  
w Państwowym Zakładzie Higieny*