



EFEKTYWNE DZIAŁANIE PRZEZ MAPOWANIE



Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób zakaźnych (WZW) dla województwa kujawsko-pomorskiego

PROJEKT WSPÓLFINANSOWANY Z EUROPEJSKIEGO FUNDUSZU SPOŁECZNEGO W RAMACH PROGRAMU OPERACYJNEGO WIEDZA EDUKACJA ROZWÓJ



Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój



Ministerstwo Zdrowia

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



www.mapypotrzebzdrowotnych.mz.gov.pl

I	Aspekty demograficzne i epidemiologiczne	6
1.1	Demografia województwa i jego powiatów	7
1.2	Szacowanie wskaźników epidemiologicznych	7
1.3	Współczynniki chorobowości szpitalnej, chorobowości w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej i zgłaszalności w podstawowej opiece zdrowotnej	23
1.4	Umieralność w województwie	27
II	Analiza stanu i wykorzystania zasobów	31
2.1	Lecznictwo szpitalne	32
2.1.1	Przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu C	43
2.1.2	Przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu B	55
2.1.3	Ostre wirusowe zapalenie wątroby	66
2.1.4	Zwłóknienie i marskość i rak wątroby jako możliwe powikłanie WZW	77
2.1.5	Częstość występowania chorób współistniejących u zakażonych HBV i HCV	82
2.1.6	Programy lekowe w leczeniu przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu B lub C	83
2.2	Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna	92
2.2.1	Wybór poradni	92
2.2.2	Poradnia chorób zakaźnych	94
2.2.3	Poradnia chorób zakaźnych dla dzieci	101
2.2.4	Poradnia wzw	106
2.3	Podstawowa Opieka Zdrowotna	110
2.3.1	Podstawowa Opieka Zdrowotna w Polsce	110
2.3.2	Świadczenia Podstawowej Opieki Zdrowotnej	117
2.3.3	Listy aktywne	127
2.4	Wykorzystanie nagłej opieki medycznej	130
2.5	Kadry medyczne	139
2.6	Zasoby sprzętowe	139

III	Prognoza	140
3.1	Prognoza stanu i struktury ludności	141
3.2	Prognoza zapadalności rejestrowanej	141
3.3	Prognoza liczby łózek	179



EFEKTYWNE DZIAŁANIE
PRZEZ MAPOWANIE



Ministerstwo Zdrowia

Część I

Aspekty demograficzne i epidemiologiczne

1.1 Demografia województwa i jego powiatów

Sytuacja demograficzna w analizowanym okresie została omówiona w opublikowanych 30 kwietnia 2016 r. tzw. szpitalnych mapach potrzeb zdrowotnych. Ze względu na objętość dokumentu postanowiono nie powtarzać treści już opublikowanych. Odsyłamy czytelnika do odpowiednich elementów map szpitalnych.

1.2 Szacowanie wskaźników epidemiologicznych

Modelowanie liczby zachorowań jest istotnym działaniem pozwalającym m.in. na ocenę funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej. Umożliwia określenie obecnej sytuacji epidemiologicznej, zbadanie zachodzących zależności i zjawisk oraz zidentyfikowanie czynników kształtujących sytuację zdrowotną całej populacji. Jednakże, ze względu na to, że badania epidemiologiczne w Polsce są nieliczne, koniecznym było zastosowanie pewnych przybliżeń i oszacowanie wskaźników epidemiologicznych w oparciu o dane Narodowego Funduszu Zdrowia (dalej: zapadalności rejestrowanej oraz chorobowości rejestrowanej).

Na potrzeby szacowania zapadalności rejestrowanej oraz chorobowości rejestrowanej analizowane podgrupy chorób podzielono na ostre oraz przewlekłe. Działanie to było poczynione aby wskazać choroby nieprzemijające tj. dla których zasadne jest obliczanie zapadalności rejestrowanej oraz chorobowości rejestrowanej jak również aby wskazać choroby przemijające tj. dla których wartości epidemiologiczne przybliża wskaźnik chorobowości szpitalnej opisany w odpowiednim rozdziale. Tabela 1.1 zawiera informacje na temat, które z podgrup zostały uznane za ostre, a które za przewlekłe.

Tabela 1.1: Podział podgrup na choroby ostre i przewlekłe

Podgrupa	Typ podgrupy
Przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu B	Przewlekłe
Przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu C	Przewlekłe
Inne i nieokreślone postacie przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby	Przewlekłe

Źródło: Opracowanie DAiS.

Szacowanie zapadalności rejestrowanej i chorobowości rejestrowanej w chorobach przewlekłych

Na potrzeby analizy liczby zachorowań w chorobach przewlekłych oszacowano wskaźnik zapadalności rejestrowanej - liczby nowych pacjentów z danym rozpoznaniem pojawiających się w systemie publicznej służby zdrowia. W przypadku chorób przewlekłych zapadalność szacowana będzie obliczana dla roku 2014, na podstawie danych NFZ z lat 2009–2015 (możliwość analizy historii pacjenta co najmniej pięć lat wstecz i rok w przód - w przypadku gdy reguły zdefiniowane przez ekspertów dotyczą większej liczby wystąpień pacjenta w systemie niż jedna). Pacjent pojawiający się w systemie sprawozdawczości NFZ w tym okresie będzie uznany za nowego pacjenta (pacjenta pierwszorazowego), jeżeli wystąpił z danym rozpoznaniem po raz pierwszy w roku 2014.

Liczba nowych przypadków pacjentów w publicznym systemie opieki zdrowotnej (zapadalność rejestrowana) powinna uwzględniać każde pierwsze pojawienie się pacjenta w systemie. Ponieważ analiza przeprowadzana jest na danych płatnika, w przypadku niektórych chorób ustalono dodatkowe reguły pozwalające na określenie czy pojawienie się pacjenta w systemie oznacza zachorowanie na daną chorobę. Rozważono trzy drogi wejścia do systemu przez pacjenta: Szpital, AOS i SOR. W zależności od drogi

wejścia i dalszej historii pacjenta na podstawie podanych w tabeli 1.2 reguł włączono pacjentów, u których pojawienie się w systemie z analizowanym rozpoznaniem mogło być tylko diagnostyką w kierunku tej choroby.

Równocześnie liczba wszystkich żyjących na dzień 31 grudnia 2014 pacjentów (którzy pojawili się z chorobą przewlekłą od roku 2009 według reguł przedstawionych poniżej), niezależnie od tego czy świadczenia zdrowotne finansowane ze środków NFZ zostały im udzielone w roku 2014 będzie traktowana jako wartość chorobowości rejestrowanej.

Tabela 1.2: Reguły klasyfikacji pacjentów

Podgrupa	Reguły
Przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu B	Każde pierwsze pojawienie się pacjenta w systemie traktowane jest jako zachorowanie
Przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu C	Każde pierwsze pojawienie się pacjenta w systemie traktowane jest jako zachorowanie
Inne i nieokreślone postaci przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby	Każde pierwsze pojawienie się pacjenta w systemie traktowane jest jako zachorowanie

Źródło: Opracowanie DAiS.

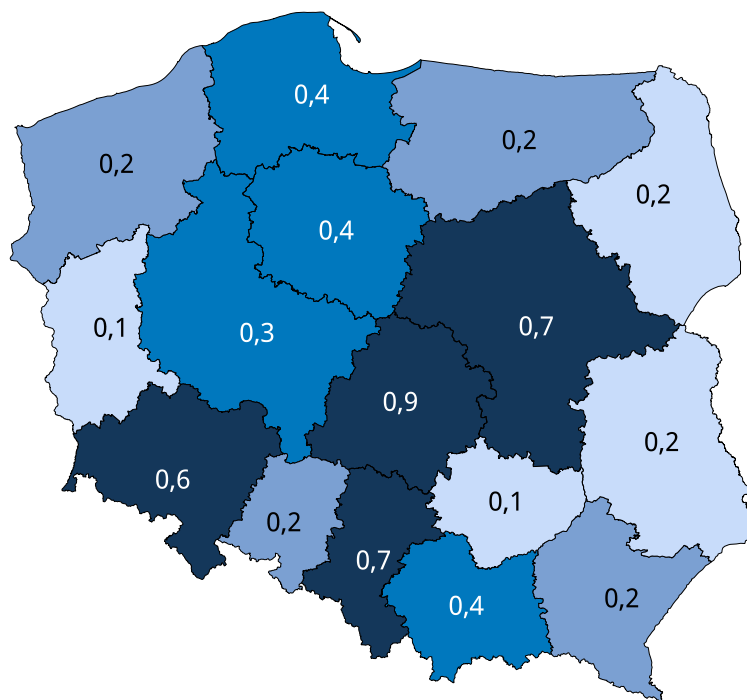
Analiza wskaźników zapadalności, wyliczonych w przedstawiony powyżej sposób, zostanie przeprowadzona w kolejnych podrozdziałach.

Zapadalność rejestrowana - Przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu B

Zapadalność rejestrowana dla rozpoznań z grupy Przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu B w roku 2014 wyniosła 5,8 tys. przypadków w Polsce. Natomiast współczynnik zapadalności rejestrowanej na 100 tysięcy ludności wyniosł 15,1.

Mapa 1.1 prezentuje zapadalność rejestrowaną na choroby z analizowanej grupy w 2014 roku w podziale na województwa zamieszkania pacjenta. W województwie kujawsko-pomorskim zapadalność wyniosła 0,4 tys..

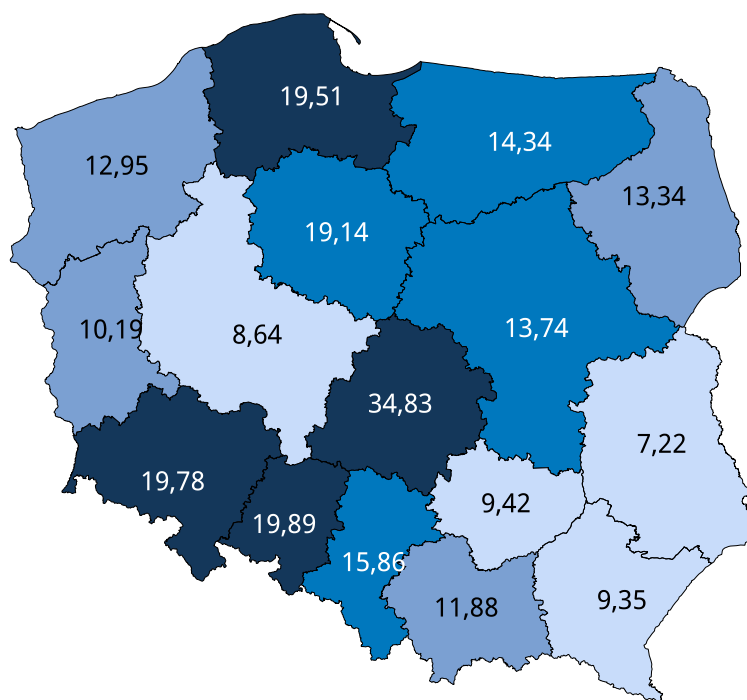
Mapa 1.1: Zapadalność rejestrowana w 2014 wg województwa zamieszkania pacjenta (w tys.)



Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

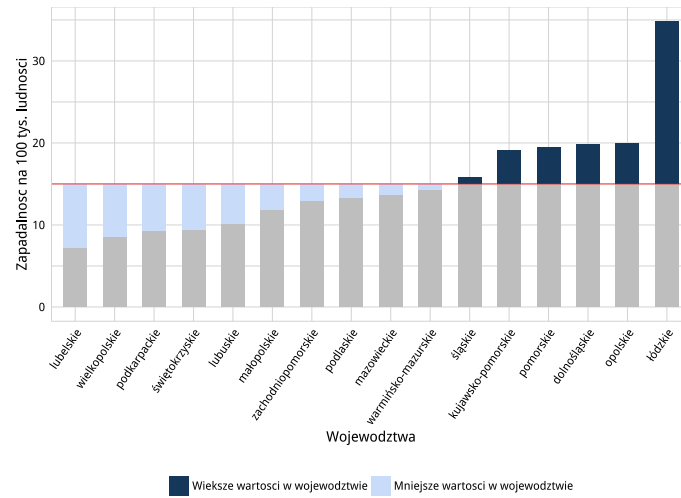
Mapa 1.2 oraz wykres 1.1 prezentują wartość wskaźników zapadalności rejestrowanej na choroby z analizowanej grupy w 2014 roku na 100 tysięcy mieszkańców w podziale na województwa. Wartość tego wskaźnika dla województwa kujawsko-pomorskiego wyniosła 19,1.

Mapa 1.2: Wskaźnik zapadalności rejestrowanej na 100 tysięcy ludności w 2014 wg zamieszkania pacjenta



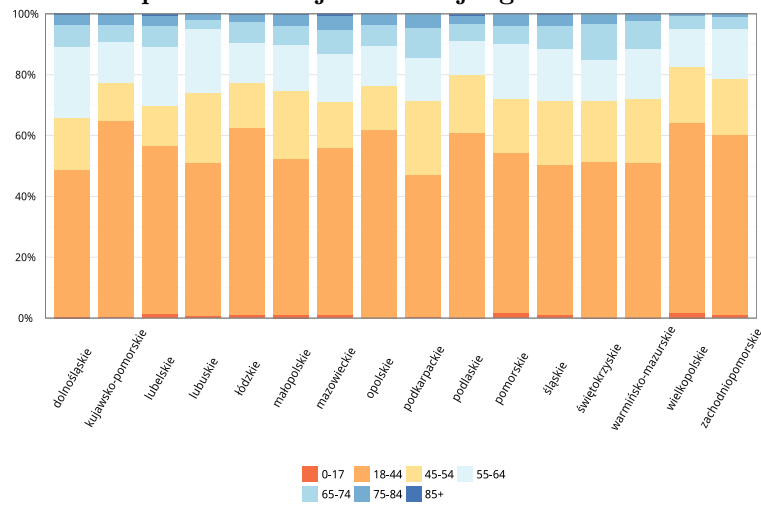
Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

Wykres 1.1: Wskaźnik zapadalności rejestrowanej na 100 tysięcy ludności w 2014 wg zamieszkania pacjenta



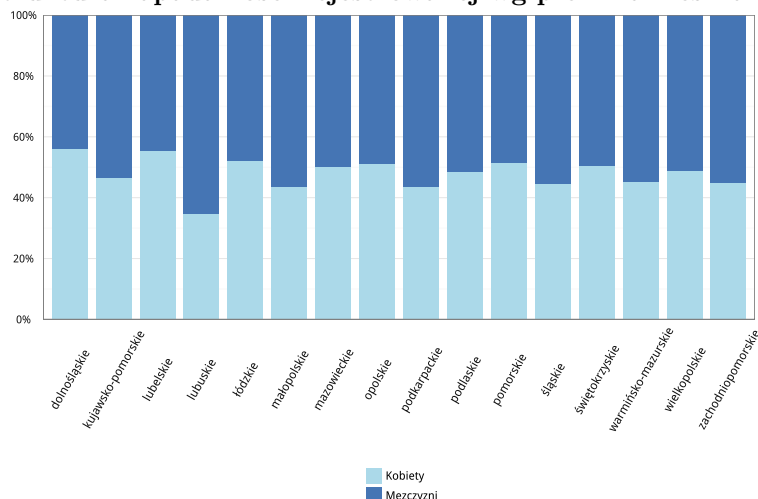
Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

Wykres 1.2: Struktura zapadalności rejestrowanej wg wieku i zamieszkania pacjenta



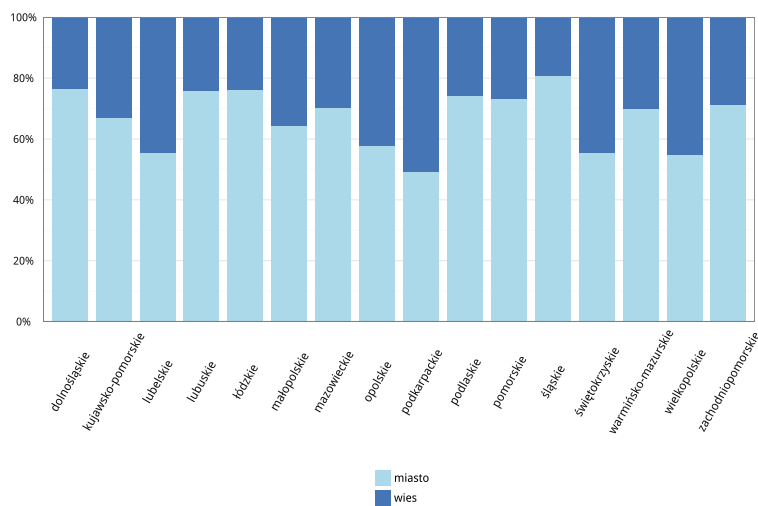
Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

Wykres 1.3: Struktura zapadalności rejestrowanej wg płci i zamieszkania pacjenta



Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

Wykres 1.4: Struktura zapadalności rejestrowanej wg miejsca (miasto/wieś) oraz zamieszkania pacjenta



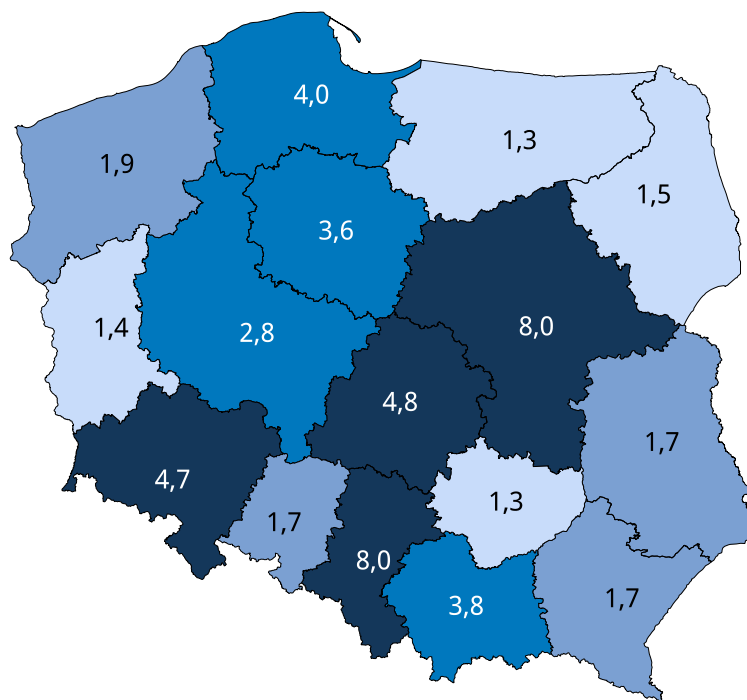
Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

Chorobowość rejestrowana - Przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu B

Chorobowość rejestrowaną oszacowano na dzień 31.12.2014. Za chorych w tym dniu uznano wszystkich pacjentów, zaklasyfikowanych jako nowe przypadki zachorowania w publicznym systemie opieki zdrowotnej od 2009 roku (na podstawie zawartych wyżej reguł klasyfikacyjnych) i którzy nie zmarli od 31.12.2014.

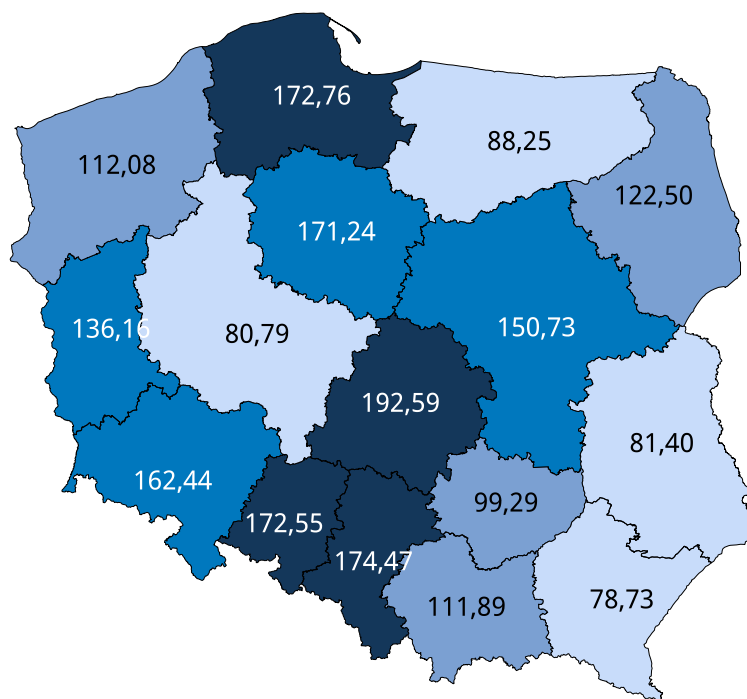
Liczbę chorych w analizowanej podgrupie w Polsce oszacowano na 52,2 tys. (w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców było to 135,6). Mapa 1.3 zawiera informacje o liczbie chorych w poszczególnych województwach, natomiast mapa 1.4 pokazuje liczbę chorych na 100 tysięcy mieszkańców w poszczególnych województwach.

Mapa 1.3: Chorobowość rejestrowana 31.12.2014 wg zamieszkania pacjenta (w tys.)



Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

Mapa 1.4: Wskaźnik chorobowości rejestrowanej na 100 tysięcy ludności 31.12.2014 wg zamieszkania pacjenta



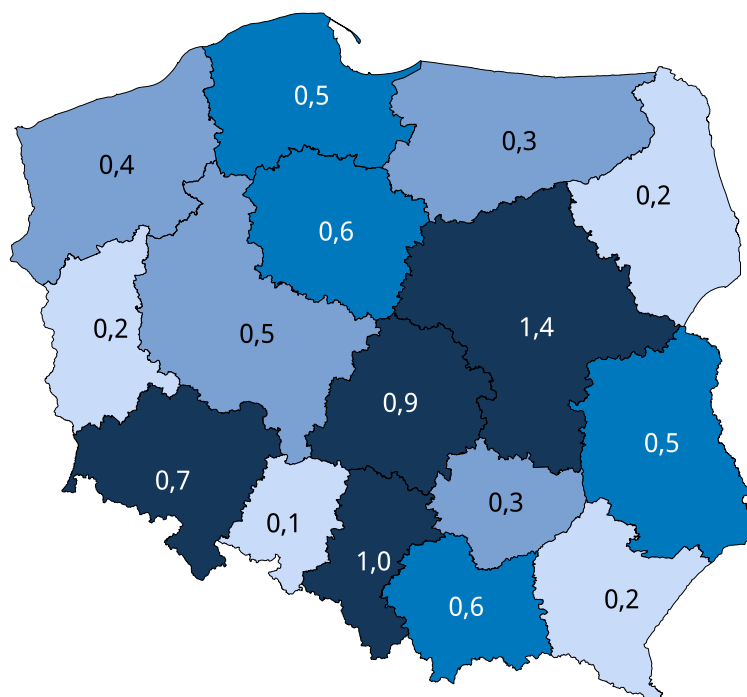
Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

Zapadalność rejestrowana - Przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu C

Zapadalność rejestrowana dla rozpoznań z grupy Przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu C w roku 2014 wyniosła 8,2 tys. przypadków w Polsce. Natomiast współczynnik zapadalności rejestrowanej na 100 tysięcy ludności wyniósł 21,2.

Mapa 1.5 prezentuje zapadalność rejestrowaną na choroby z analizowanej grupy w 2014 roku w podziale na województwa zamieszkania pacjenta. W województwie kujawsko-pomorskim zapadalność wyniosła 0,6 tys..

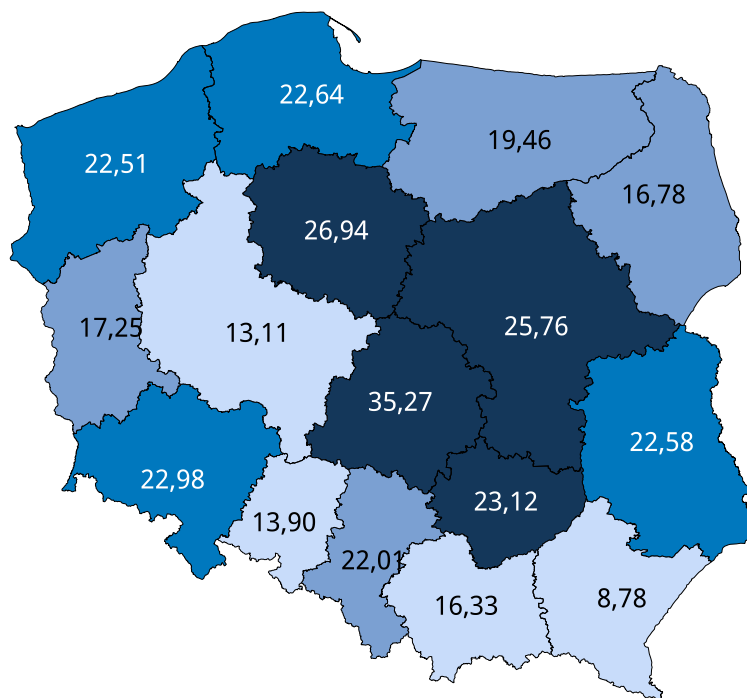
Mapa 1.5: Zapadalność rejestrowana w 2014 wg województwa zamieszkania pacjenta (w tys.)



Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

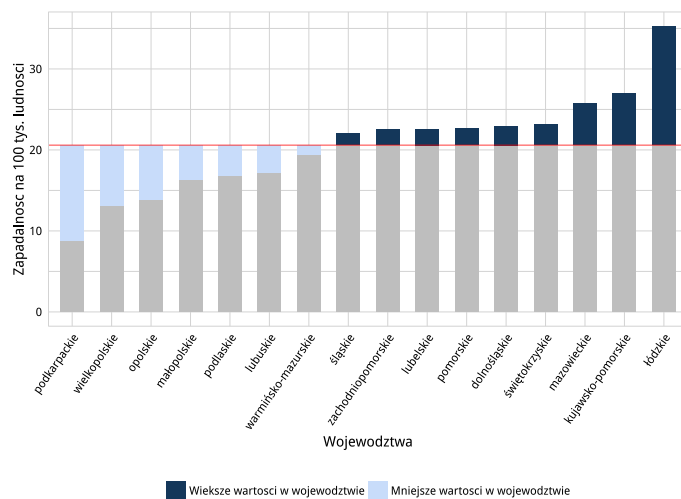
Mapa 1.6 oraz wykres 1.5 prezentują wartość wskaźników zapadalności rejestrowanej na choroby z analizowanej grupy w 2014 roku na 100 tysięcy mieszkańców w podziale na województwa. Wartość tego wskaźnika dla województwa kujawsko-pomorskiego wyniosła 26,9.

Mapa 1.6: Wskaźnik zapadalności rejestrowanej na 100 tysięcy ludności w 2014 wg zamieszkania pacjenta



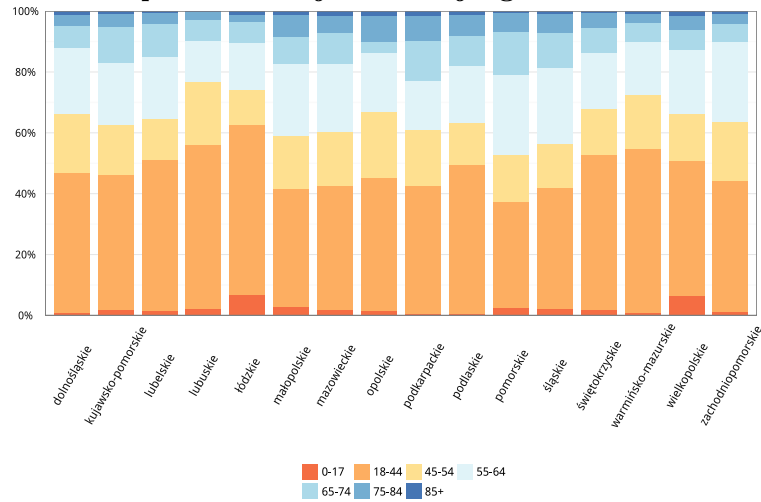
Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

Wykres 1.5: Wskaźnik zapadalności rejestrowanej na 100 tysięcy ludności w 2014 wg zamieszkania pacjenta



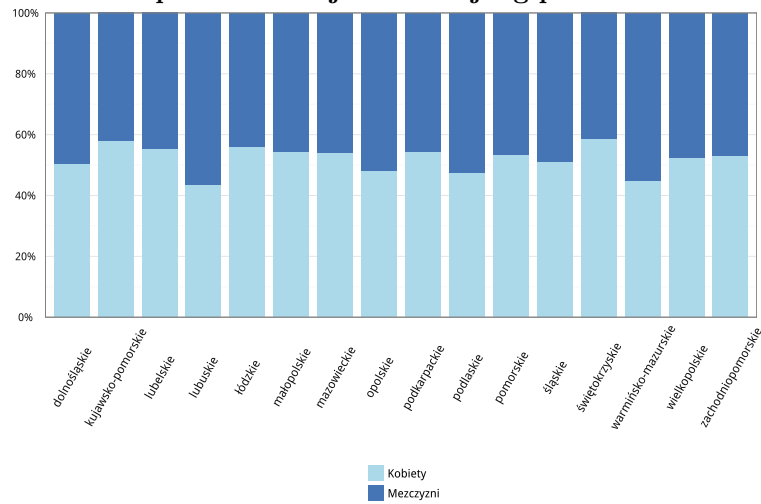
Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

Wykres 1.6: Struktura zapadalności rejestrowanej wg wieku i zamieszkania pacjenta



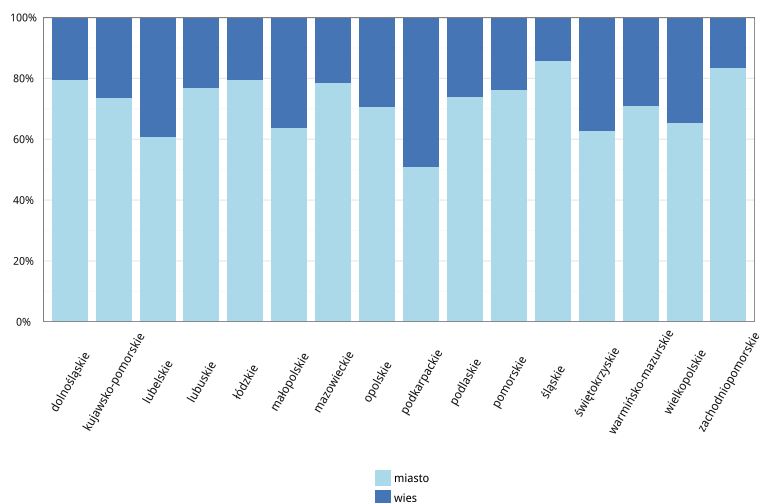
Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

Wykres 1.7: Struktura zapadalności rejestrowanej wg płci i zamieszkania pacjenta



Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

Wykres 1.8: Struktura zapadalności rejestrowanej wg miejsca (miasto/wieś) oraz zamieszkania pacjenta



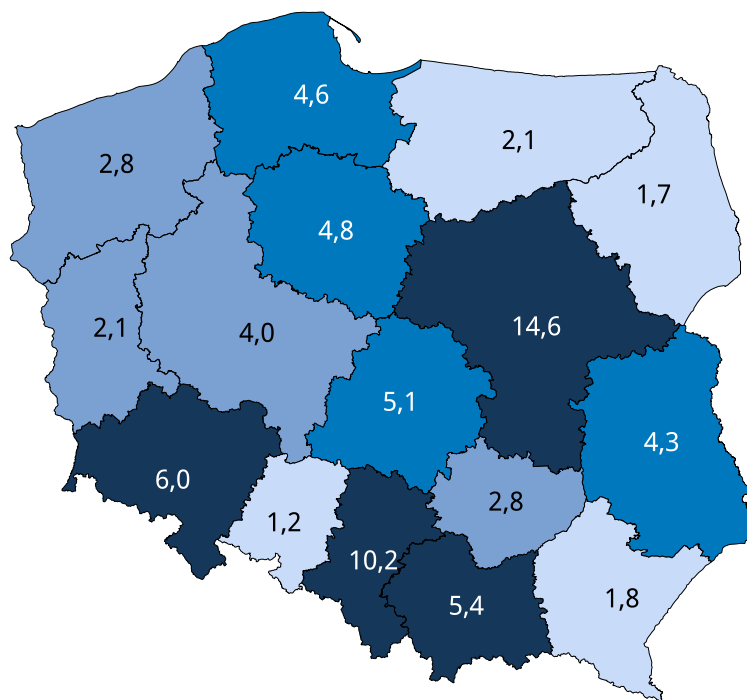
Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

Chorobowość rejestrowana - Przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu C

Chorobowość rejestrowaną oszacowano na dzień 31.12.2014. Za chorych w tym dniu uznano wszystkich pacjentów, zaklasyfikowanych jako nowe przypadki zachorowania w publicznym systemie opieki zdrowotnej od 2009 roku (na podstawie zawartych wyżej reguł klasyfikacyjnych) i którzy nie zmarli do 31.12.2014.

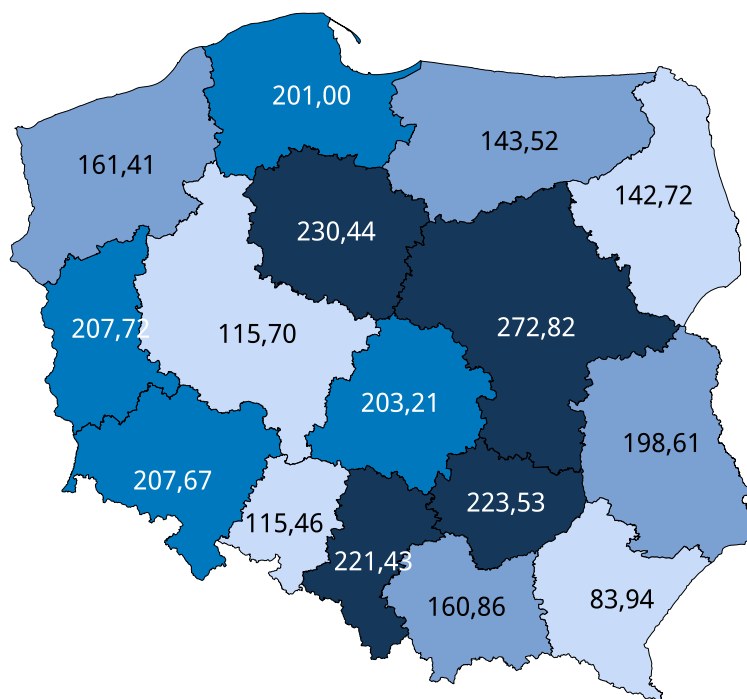
Liczbę chorych w analizowanej podgrupie w Polsce oszacowano na 73,4 tys. (w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców było to 190,8). Mapa 1.7 zawiera informacje o liczbie chorych w poszczególnych województwach, natomiast mapa 1.8 pokazuje liczbę chorych na 100 tysięcy mieszkańców w poszczególnych województwach.

Mapa 1.7: Chorobowość rejestrowana 31.12.2014 wg zamieszkania pacjenta (w tys.)



Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

Mapa 1.8: Wskaźnik chorobowości rejestrowanej na 100 tysięcy ludności 31.12.2014 wg zamieszkania pacjenta



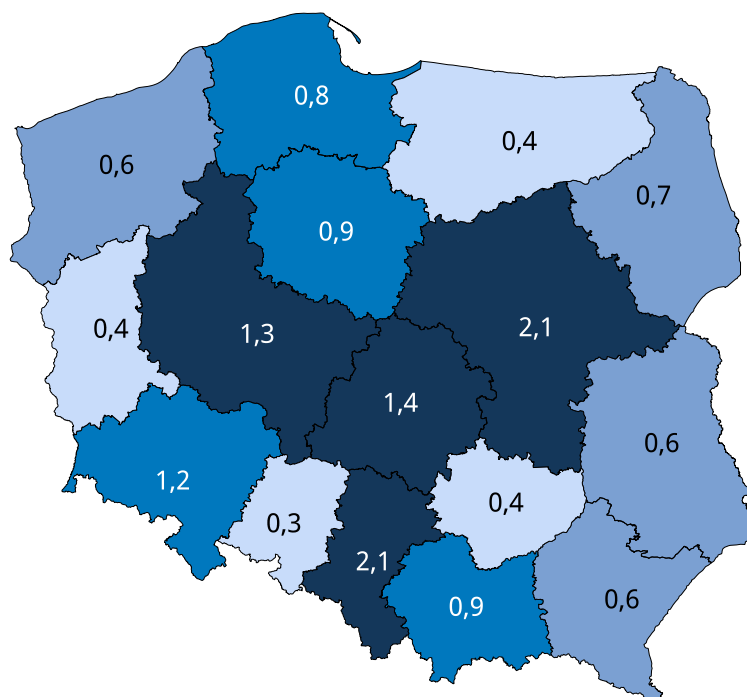
Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

Zapadalność rejestrowana - Inne i nieokreślone postacie przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby

Zapadalność rejestrowana dla rozpoznań z grupy Inne i nieokreślone postacie przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby w roku 2014 wyniosła 14,9 tys. przypadków w Polsce. Natomiast współczynnik zapadalności rejestrowanej na 100 tysięcy ludności wyniósł 38,8.

Mapa 1.9 prezentuje zapadalność rejestrowaną na choroby z analizowanej grupy w 2014 roku w podziale na województwa zamieszkania pacjenta. W województwie kujawsko-pomorskim zapadalność wyniosła 0,9 tys..

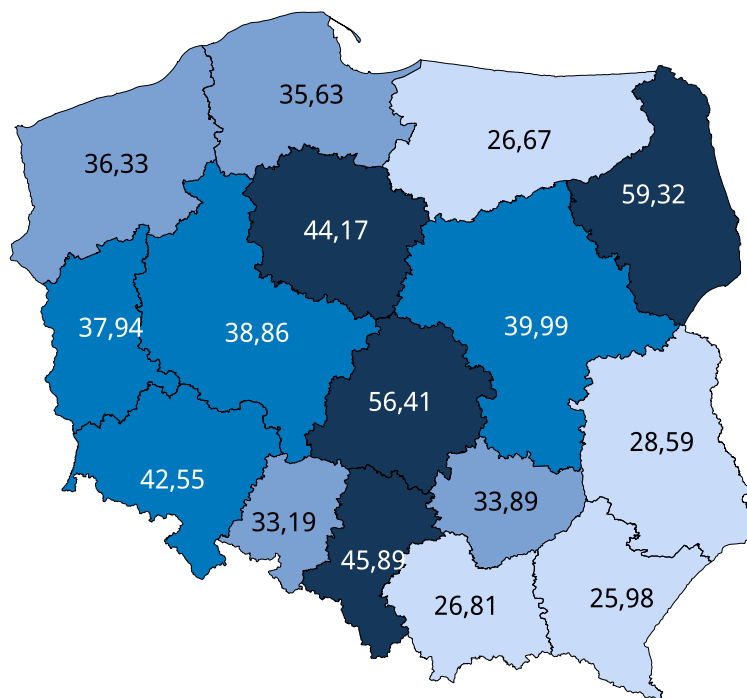
Mapa 1.9: Zapadalność rejestrowana w 2014 wg województwa zamieszkania pacjenta (w tys.)



Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

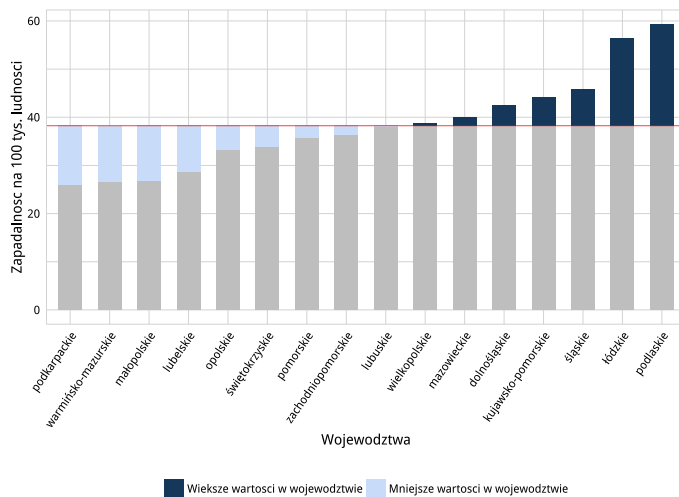
Mapa 1.10 oraz wykres 1.9 prezentują wartość wskaźników zapadalności rejestrowanej na choroby z analizowanej grupy w 2014 roku na 100 tysięcy mieszkańców w podziale na województwa. Wartość tego wskaźnika dla województwa kujawsko-pomorskiego wyniosła 44,2.

Mapa 1.10: Wskaźnik zapadalności rejestrowanej na 100 tysięcy ludności w 2014 wg zamieszkania pacjenta



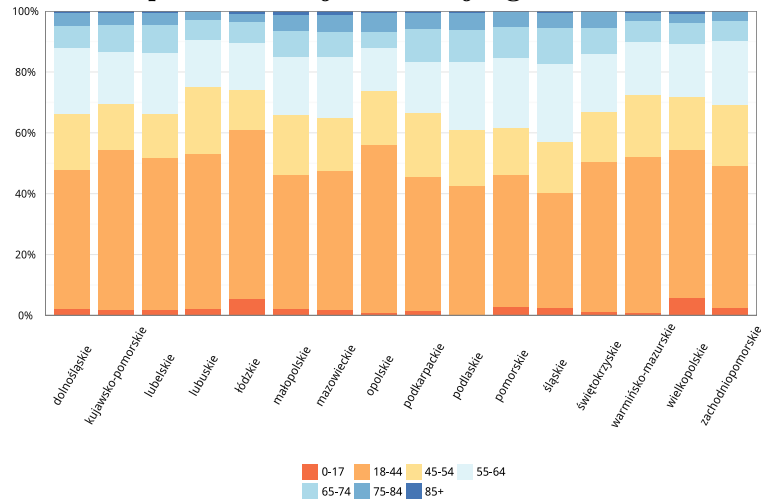
Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

Wykres 1.9: Wskaźnik zapadalności rejestrowanej na 100 tysięcy ludności w 2014 wg zamieszkania pacjenta



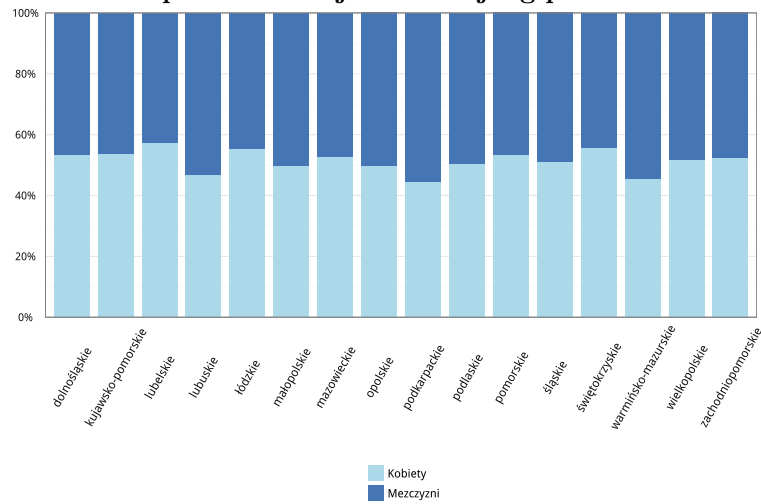
Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

Wykres 1.10: Struktura zapadalności rejestrowanej wg wieku i zamieszkania pacjenta



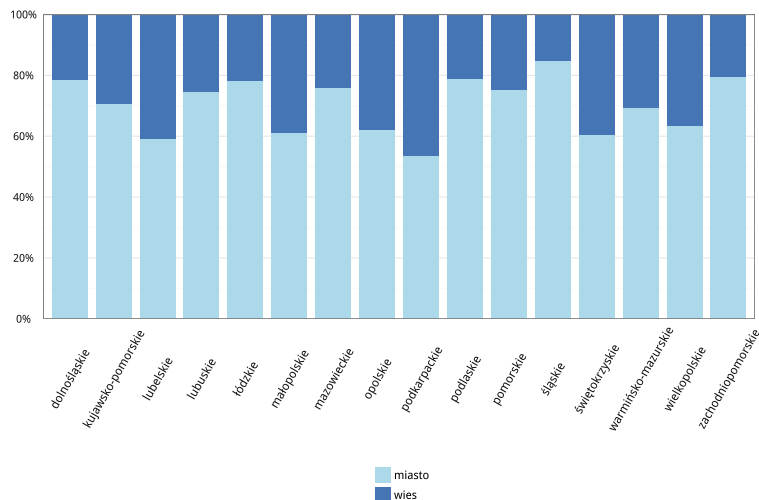
Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

Wykres 1.11: Struktura zapadalności rejestrowanej wg płci i zamieszkania pacjenta



Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

Wykres 1.12: **Struktura zapadalności rejestrowanej wg miejsca (miasto/wieś) oraz zamieszkania pacjenta**



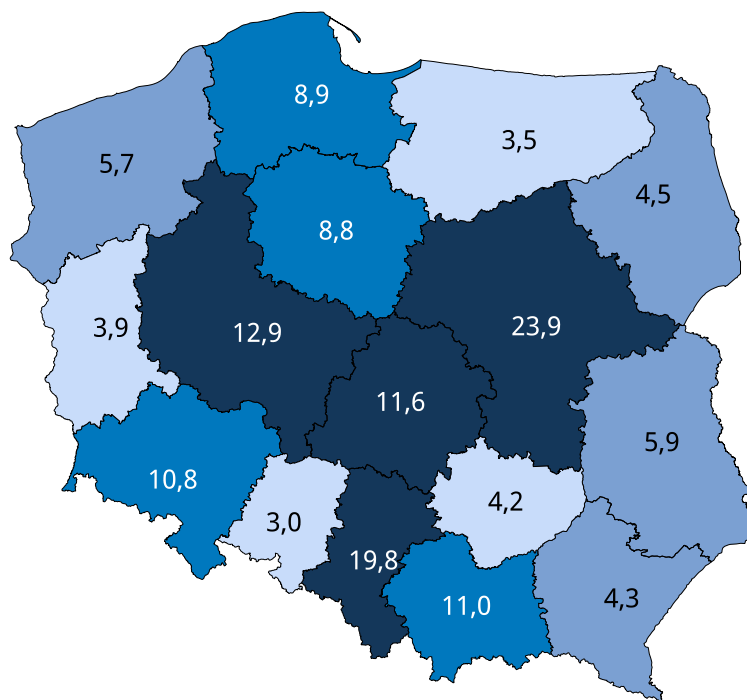
Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

Chorobowość rejestrowana - Inne i nieokreślone postacie przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby

Chorobowość rejestrowaną oszacowano na dzień 31.12.2014. Za chorych w tym dniu uznano wszystkich pacjentów, zaklasyfikowanych jako nowe przypadki zachorowania w publicznym systemie opieki zdrowotnej od 2009 roku (na podstawie zawartych wyżej reguł klasyfikacyjnych) i którzy nie zmarli do 31.12.2014.

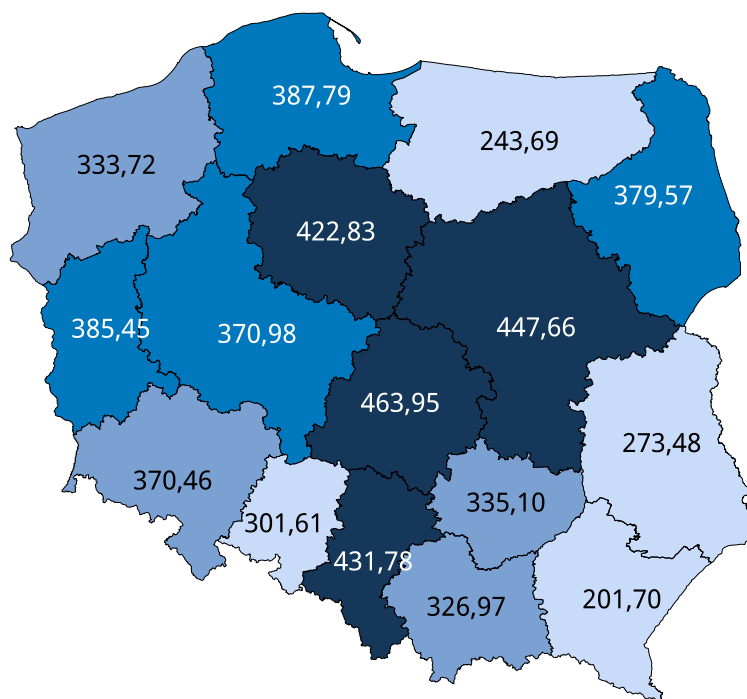
Liczbę chorych w analizowanej podgrupie w Polsce oszacowano na 142,8 tys. (w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców było to 371,3). Mapa 1.11 zawiera informacje o liczbie chorych w poszczególnych województwach, natomiast mapa 1.12 pokazuje liczbę chorych na 100 tysięcy mieszkańców w poszczególnych województwach.

Mapa 1.11: Chorobowość rejestrowana 31.12.2014 wg zamieszkania pacjenta (w tys.)



Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

Mapa 1.12: Wskaźnik chorobowości rejestrowanej na 100 tysięcy ludności 31.12.2014 wg zamieszkania pacjenta



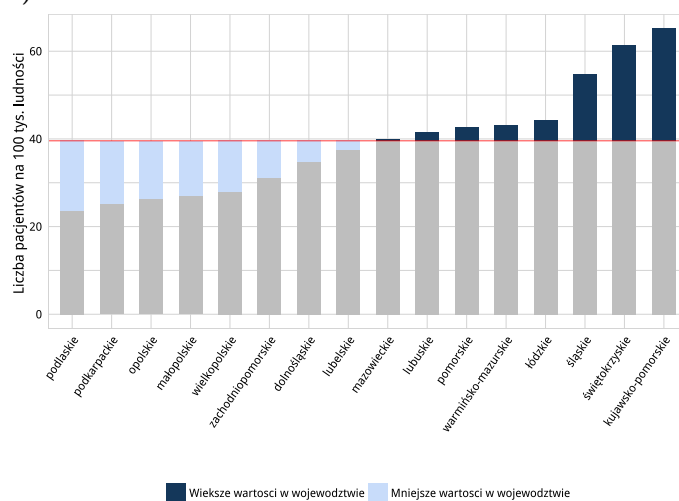
Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

1.3 Współczynniki chorobowości szpitalnej, chorobowości w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej i zgłaszalności w podstawowej opiece zdrowotnej

Chorobowość szpitalna

Współczynnik chorobowości szpitalnej wyraża liczbę osób hospitalizowanych wg miejsca zamieszkania z powodu analizowanej w niniejszym dokumencie grupy rozpoznaw w ciągu roku w przeliczeniu na 100 tys. ludności¹. W województwie kujawsko-pomorskim współczynnik chorobowości szpitalnej wyniósł 65,2 pacjentów na 100 tys. ludności. Był to 1. najwyższy wynik w kraju.

Wykres 1.13: Empiryczny współczynnik chorobowości szpitalnej wg województwa zamieszkania pacjenta (2014)

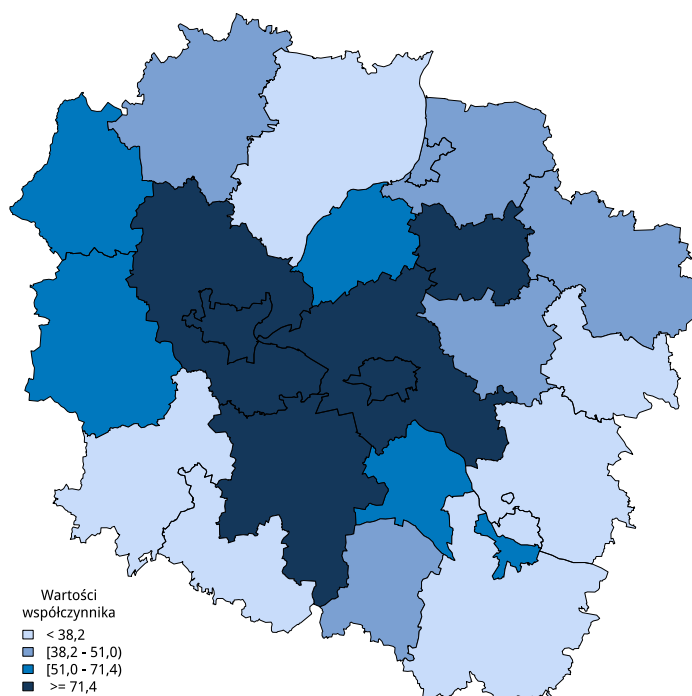


Źródło: opracowanie DAiS na podstawie danych GUS iNFZ.

W województwie kujawsko-pomorskim najwyższą wartością współczynnika chorobowości szpitalnej charakteryzowały się powiaty inowrocławski i wąbrzeski. Współczynnik wyniósł dla nich odpowiednio 97,4 i 94,7.

¹W niektórych wpisach do bazy danych Narodowego Funduszu Zdrowia, kod TERYT pacjenta został uzupełniony w sposób błędny i uniemożliwiający jednoznaczną identyfikację jednostki administracyjnej, na terenie której mieszka pacjent. W takich przypadkach założono, że miejsce zamieszkania osoby hospitalizowanej odpowiada miejscu jej leczenia. Mimo niepełnej informacji, zastosowana metoda w najlepszy możliwy sposób pokazuje rzeczywiste wykorzystanie świadczeń publicznej opieki zdrowotnej przez lokalną społeczność.

Mapa 1.13: Empiryczny współczynnik chorobowości szpitalnej wg powiatu zamieszkania pacjenta (2014)



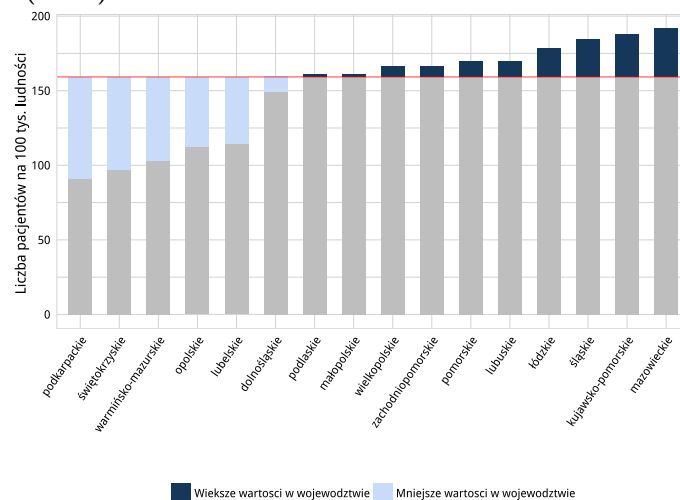
Źródło: opracowanie DAiS na podstawie danych GUS i NFZ.

Chorobowość ambulatoryjna

Współczynnik chorobowości ambulatoryjnej wyraża liczbę pacjentów, którym udzielono choć jednej porady w ambulatoryjnej poradni specjalistycznej wg miejsca zamieszkania z powodu analizowanej w niniejszym dokumencie grupy rozpoznań w ciągu roku w przeliczeniu na 100 tys. ludności². W województwie kujawsko-pomorskim współczynnik chorobowości ambulatoryjnej wyniósł 187,9 pacjentów na 100 tys. ludności. Był to 2. najwyższy wynik w kraju.

²W niektórych wpisach do bazy danych Narodowego Funduszu Zdrowia, kod TERYT pacjenta został uzupełniony w sposób błędny i uniemożliwiający jednoznaczną identyfikację jednostki administracyjnej, na terenie której mieszka pacjent. W takich przypadkach założono, że miejsce zamieszkania osoby hospitalizowanej odpowiada miejscu jej leczenia. Mimo niepełnej informacji, zastosowana metoda w najlepszy możliwy sposób pokazuje rzeczywiste wykorzystanie świadczeń publicznej opieki zdrowotnej przez lokalną społeczność.

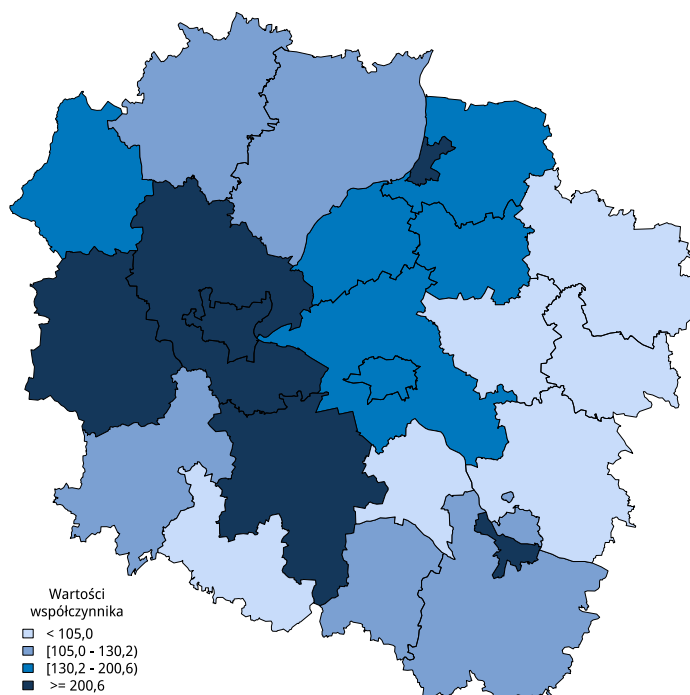
Wykres 1.14: Empiryczny współczynnik chorobowości ambulatoryjnej wg województwa zamieszkania pacjenta (2014)



Źródło: opracowanie DAiS na podstawie danych GUS iNFZ.

W województwie kujawsko-pomorskim najwyższą wartość współczynnika chorobowości ambulatoryjnej charakteryzowały się powiaty m. Bydgoszcz i inowrocławski. Współczynnik wyniósł dla nich odpowiednio 329,1 i 247,0.

Mapa 1.14: Empiryczny współczynnik chorobowości ambulatoryjnej wg powiatu zamieszkania pacjenta (2014)



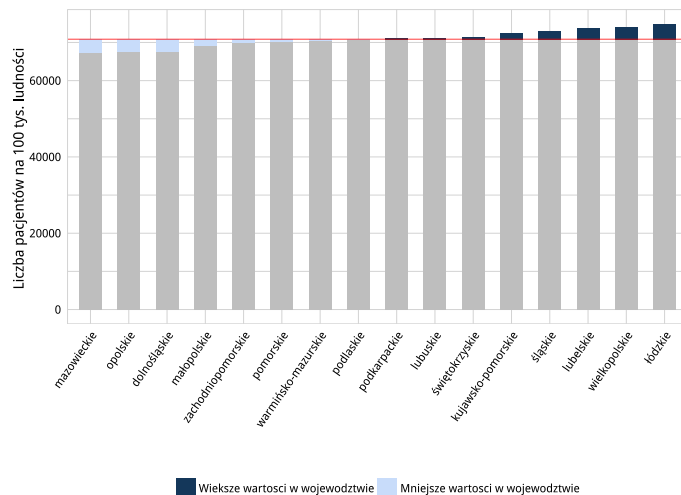
Źródło: opracowanie DAiS na podstawie danych GUS i NFZ.

Zgłaszalność w podstawowej opiece zdrowotnej

Współczynnik zgłaszalności w podstawowej opiece zdrowotnej (dalej: POZ) wyraża liczbę pacjentów, którzy choć raz skorzystali ze świadczeń POZ (tj. świadczenia lekarza POZ, pielęgniarki POZ lub położnej

POZ) wg miejsca zamieszkania w ciągu roku w przeliczeniu na 100 tys. ludności³. W województwie kujawsko-pomorskim współczynnik zgłaszalności w POZ wyniósł 72 420,4 pacjentów na 100 tys. ludności. Był to 5. najwyższy wynik w kraju.

Wykres 1.15: Empiryczny współczynnik zgłaszalności w POZ wg województwa zamieszkania pacjenta (2014)

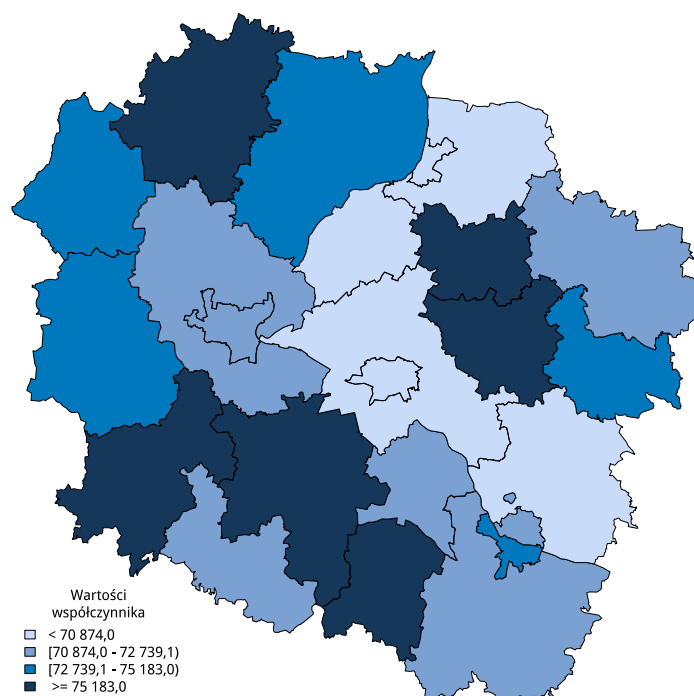


Źródło: opracowanie DAiS na podstawie danych GUS iNFZ.

W województwie kujawsko-pomorskim najwyższą wartością współczynnika zgłaszalności w POZ charakteryzowały się powiaty radziejowski i żniński. Współczynnik wyniósł dla nich odpowiednio 79 279,7 i 76 150,0.

³W niektórych wpisach do bazy danych Narodowego Funduszu Zdrowia, kod TERYT pacjenta został uzupełniony w sposób błędny i uniemożliwiający jednoznaczną identyfikację jednostki administracyjnej, na terenie której mieszka pacjent. W takich przypadkach założono, że miejsce zamieszkania osoby hospitalizowanej odpowiada miejscu jej leczenia. Mimo niepełnej informacji, zastosowana metoda w najlepszy możliwy sposób pokazuje rzeczywiste wykorzystanie świadczeń publicznej opieki zdrowotnej przez lokalną społeczność.

Mapa 1.15: Empiryczny współczynnik zgłaszalności w POZ wg powiatu zamieszkania pacjenta (2014)

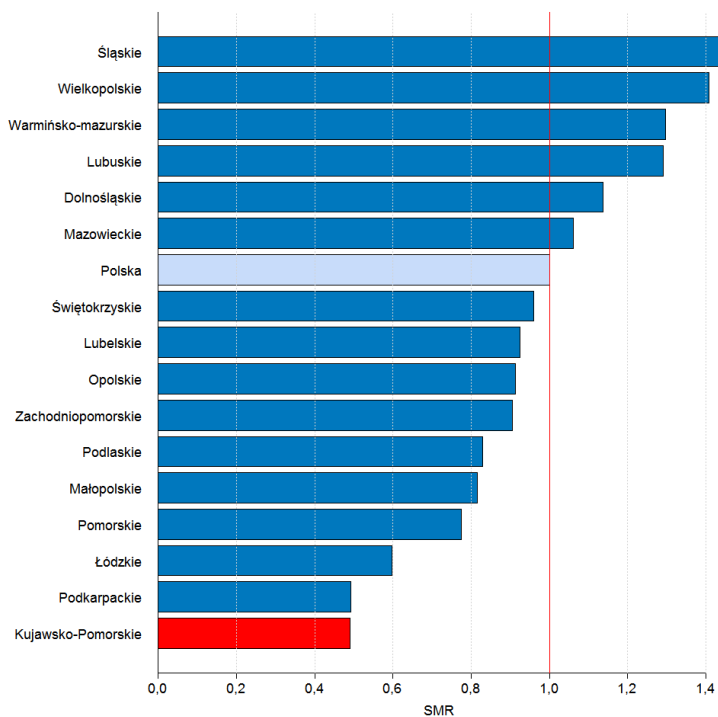


Źródło: opracowanie DAiS na podstawie danych GUS i NFZ.

1.4 Umieralność w województwie

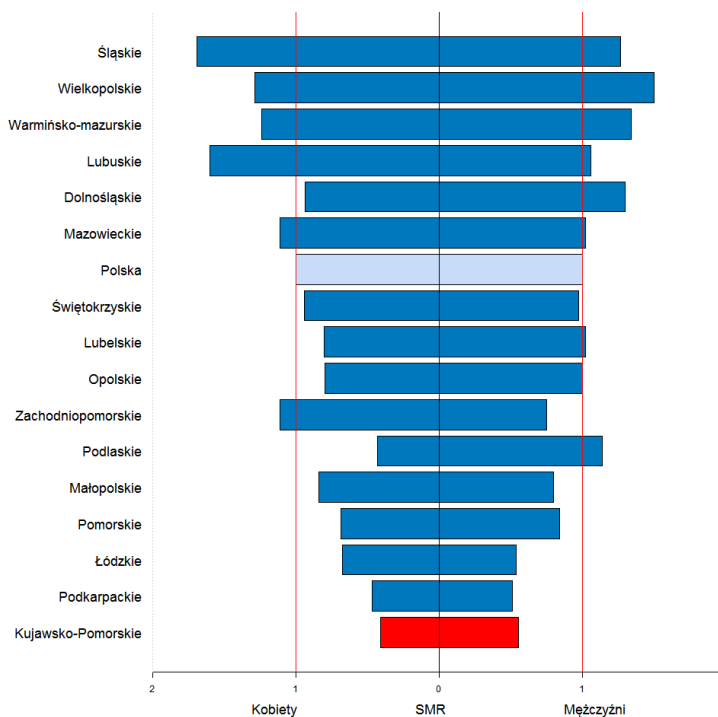
Analizowana grupa przyczyn zgonów obejmuje kody ICD-10: B15-B19. W okresie 2012-2014 w województwie kujawsko-pomorskim stwierdzono 22 zgony z powodu WZW, z których 36,4% dotyczyło osób w wieku 65 lat i starszym, 63,6% zmarłych stanowili mężczyźni. Współczynnik rzeczywisty umieralności z powodu tych chorób w województwie kujawsko-pomorskim wynosił 0,4/100 tys. ludności i był niższy od ogólnopolskiego o 42,9%. Ta wartość współczynnika plasuje województwo na 15. miejscu w Polsce, licząc od województwa o najwyższej wartości. Poziom umieralności mężczyzn jest niższy niż w kraju (o 37,5%), natomiast poziom umieralności kobiet jest znacząco niższy niż w kraju (o 66,7%). Współczynnik rzeczywisty umieralności mężczyzn plasował województwo na 14. miejscu, kobiet na 16., licząc od wartości najwyższych. Po wyeliminowaniu różnic w strukturze wieku mieszkańców województwa i Polski (wskaźnik SMR) zagrożenie życia mieszkańców województwa tymi chorobami jest niższe od ogólnopolskiego o 51,0%. Wartość SMR w województwie kujawsko-pomorskim plasuje je na 15-16. miejscu w Polsce, licząc od województwa o najwyższej wartości (Wykres 1.16). Wśród mężczyzn wskaźnik SMR jest niższy o 44,8% od ogólnopolskiego, wśród kobiet jest niższy o 59,1%. Wartości wskaźników SMR wśród mężczyzn i kobiet są na miejscach odpowiednio 14. i 16., licząc od najwyższych wartości (Wykres 1.17).

Wykres 1.16: Standaryzowany wskaźnik umieralności w województwie na tle innych województw i kraju



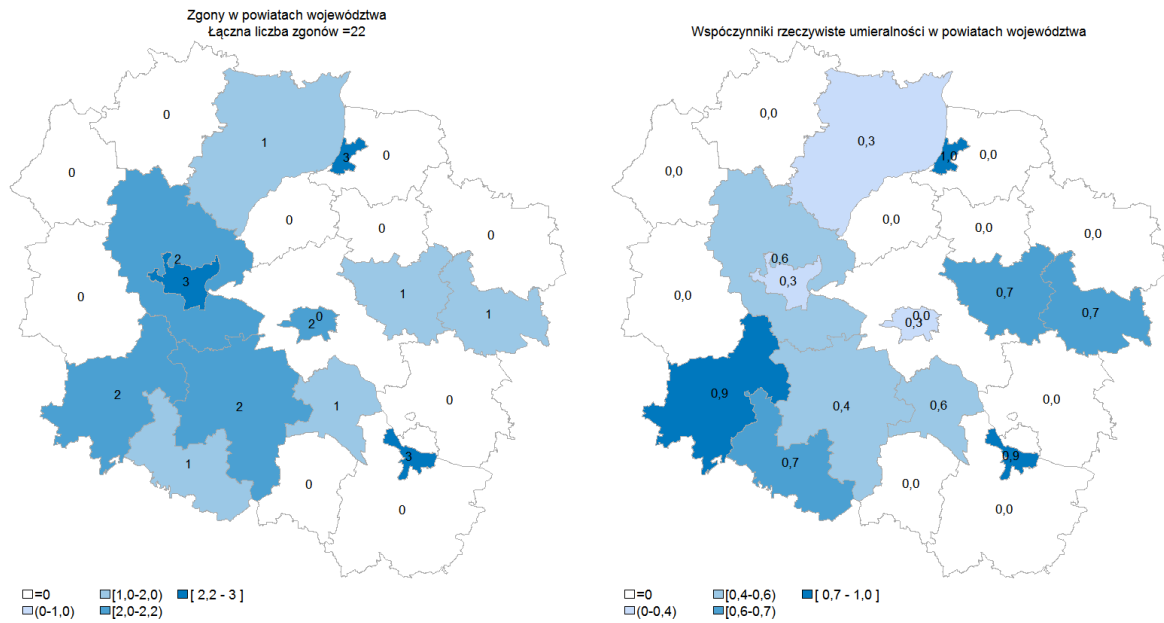
Źródło: opracowanie na podstawie danych NIZP-PZH.

Wykres 1.17: Standaryzowany wskaźnik umieralności w podziale na płeć, w województwie na tle innych województw i kraju



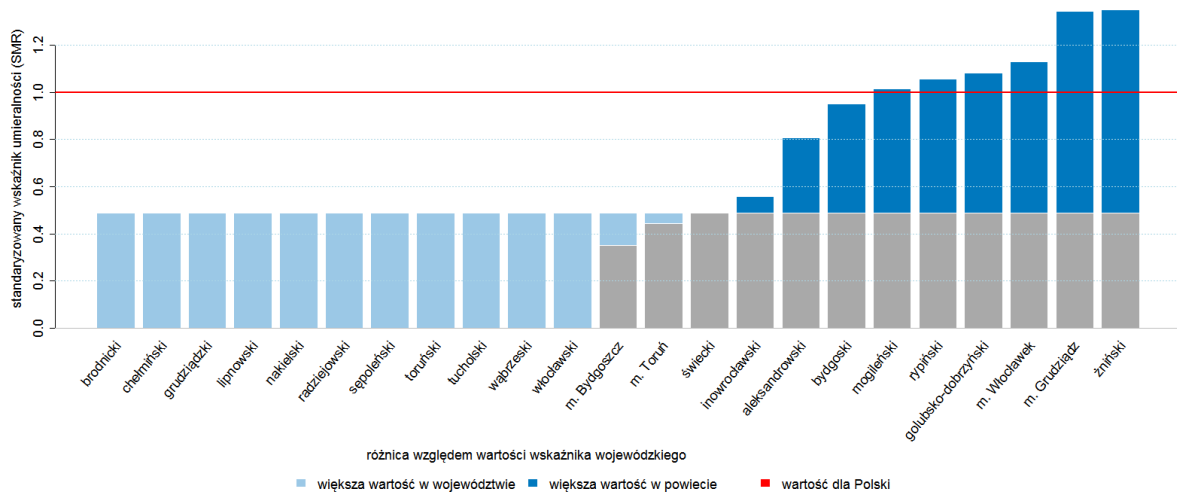
Źródło: opracowanie na podstawie danych NIZP-PZH.

Mapa 1.16: Umieralność w powiatach - liczba zgonów oraz współczynnik rzeczywisty umieralności



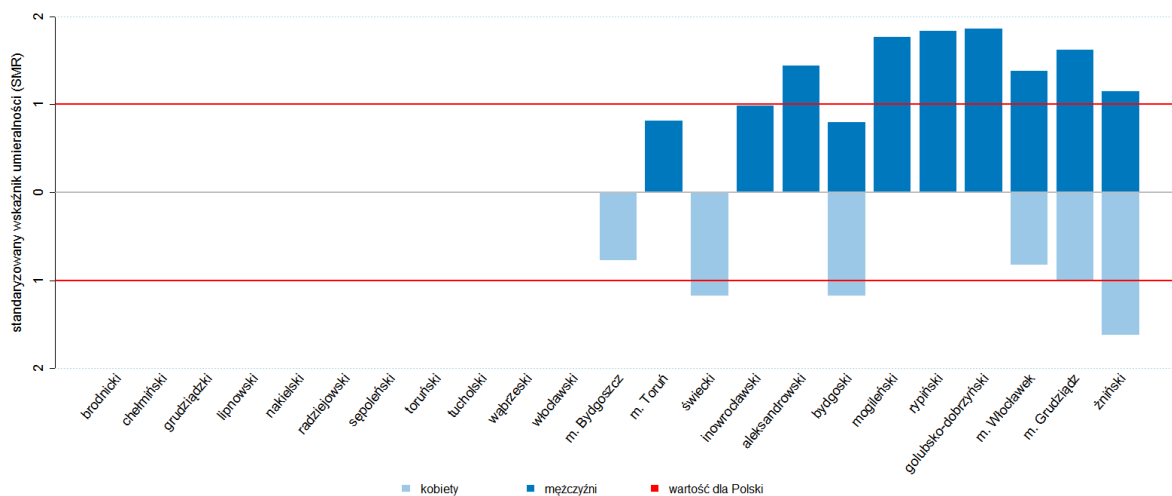
Źródło: opracowanie na podstawie danych NIZP-PZH.

Wykres 1.18: Umieralność w powiatach - standaryzowany wskaźnik umieralności ogółem



Źródło: opracowanie na podstawie danych NIZP-PZH.

Wykres 1.19: Umieralność w powiatach - standaryzowany wskaźnik umieralności w podziale na płeć



Źródło: opracowanie na podstawie danych NIZP-PZH.

Liczbę zgonów i współczynniki rzeczywiste umieralności w poszczególnych powiatach województwa przedstawiono na Mapie 1.16. Standaryzowany wskaźnik umieralności w poszczególnych powiatach ogółem i w podziale na płeć przedstawiono na Wykresach 1.18 i 1.19. SMR w powiatach województwa wahał się pomiędzy 0 a 1,352. W 11 powiatach nie zaobserwowano żadnego zgonu z powodu WZW. W 6/23 powiatów województwa kujawsko-pomorskiego umieralność z powodu WZW jest wyższa od ogólnopolskiej (Wykres 1.18). Wskaźnik SMR w żadnym z powiatów nie należy do 10% najwyższych w kraju. Ze względu na małą liczbę zgonów w województwie prezentowane wartości powinny być interpretowane z dużą ostrożnością.



EFEKTYWNE DZIAŁANIE
PRZEZ MAPOWANIE



Ministerstwo Zdrowia

Część II

Analiza stanu i wykorzystania zasobów

2.1 Lecznictwo szpitalne

Na potrzeby niniejszego opracowania wykorzystano dane jednostkowe Narodowego Funduszu Zdrowia (dalej: NFZ) dotyczące świadczeń szpitalnych sprawozdanych⁴ za rok 2014. Przez tego typu świadczenie, rozumie się produkty z katalogu 1a oraz 1b, które zostały zakończone w 2014 roku (na potrzeby poszczególnych analiz uwzględniono również te części hospitalizacji, które wykraczały poza rok 2014). Świadczenia realizowane w ramach umowy z płatnikiem w rodzaju rehabilitacja lecznicza zostały poddane oddzielnej analizie – tabele, zestawienia i grafiki dotyczącego tego typu świadczeń zostały jednoznacznie oznaczone. Zwraca się uwagę, że w części tabel dane są prezentowane w tys. do 2 miejsc po przecinku (tzn. wartości są zaokrąglane do części setnych). Stąd też wartość 0,00 wskazuje, że analizowana zmienna przyjęła wartość bliską zeru (nie większą niż 5). Tabela 2.1 prezentuje zbiór rozpoznań wg Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10, które zostały uwzględnione w dalszej analizie omawianej grupy chorób⁵. Rozpoznanie: K72, K74, C22 zostały zakwalifikowane jako możliwe powikłanie wirusowego zapalenia wątroby (Zwłóknienie i marskość wątroby) i zostały poddane oddzielnej analizie (oznacza to, że informacje o hospitalizacjach związanych z powikłaniami wirusowego WZW nie zostały uwzględnione w łącznej liczbie hospitalizacji dot. WZW). Informacje dot. powikłań WZW zostały przedstawione w oddzielnym rozdziale, jak również w mapie potrzeb w zakresie chorób wątroby, dróg żółciowych i trzustki oraz onkologii.

Tabela 2.1: Wykaz rozpoznań wg ICD-10 uwzględnionych w analizie

B15	B19
B16	K74
B17	K72
B18	C22

Źródło: opracowanie własne DAiS.

W roku 2014 w Polsce odnotowano 19,7 tys. hospitalizacji z powodu analizowanych rozpoznań (dalej: Grupa), zaś w województwie kujawsko-pomorskim 1,9 tys. hospitalizacji (w tym 5,51% hospitalizacji spoza województwa) z czego 0,03 tys. trwających jeden dzień. Stanowiło to 0,42% wszystkich hospitalizacji w województwie. Liczba hospitalizacji na 100 tys. mieszkańców wyniosła 90,36, co było 2. największą wartością wśród województw. W analizie wyróżniono kilka grup wiekowych:

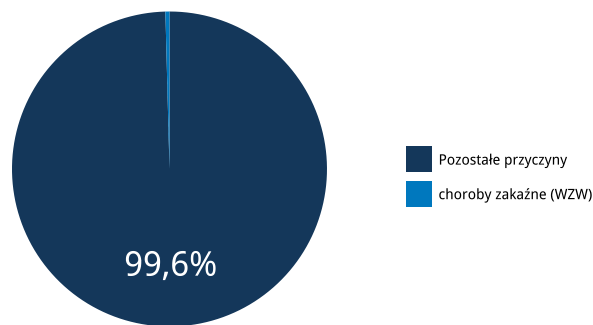
- w grupie wiekowej 0-17 liczba hospitalizacji w przeliczeniu na 100 tys. ludności wyniosła 14,35 (3. wartość wśród województw)
- w grupie wiekowej 18+ liczba hospitalizacji w przeliczeniu na 100 tys. ludności wyniosła 107,42 (2. wartość wśród województw)⁶

⁴Tj. wszystkie świadczenia wykazywane przez świadczeniodawców płatnikowi.

⁵Jako rozpoznanie główne hospitalizacji przyjęto rozpoznanie sprawozdane przy produkcie z katalogu 1a lub 1b.

⁶Pod pojęciem hospitalizacji dzieci rozumie się wszystkie hospitalizacje osób poniżej 18 roku życia wg rocznika urodzenia wśród danej grupy niezależnie od miejsca leczenia.

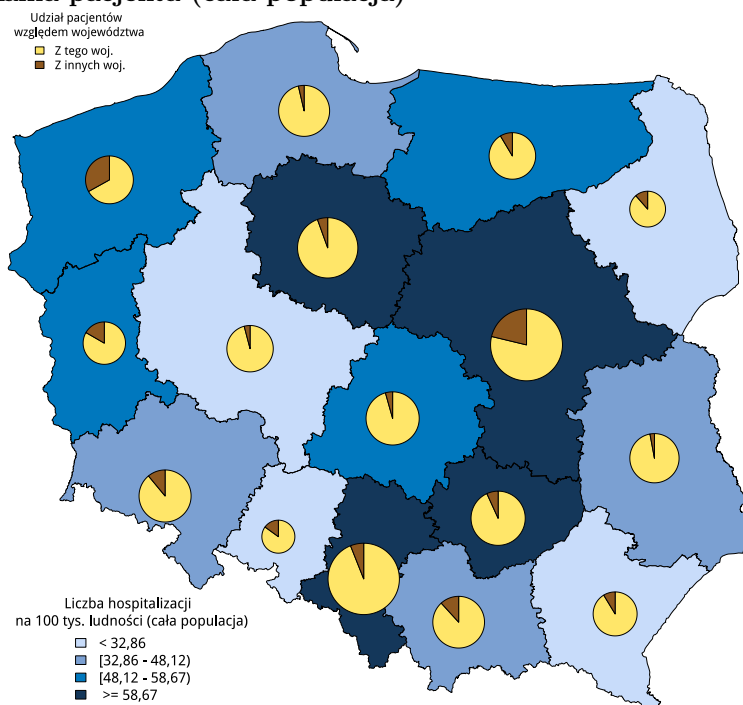
Wykres 2.1: Struktura hospitalizacji w województwie wg głównej przyczyny hospitalizacji



Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

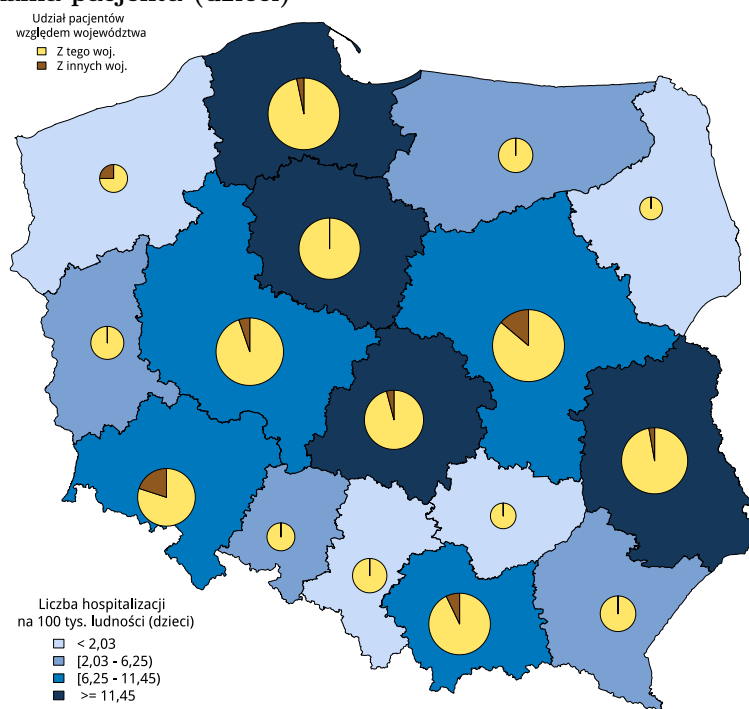
Wykresy 2.1, 2.2, 2.3 przedstawiają wizualizację danych w formie mapy dla poszczególnych województw. Wielkość wykresu kołowego odpowiada liczbie hospitalizacji z analizowanymi rozpoznaniem w województwie. Struktura wykresu kołowego odpowiada strukturze miejsca zamieszkania pacjentów (jasnym kolorem wyróżniono udział pacjentów z województwa, a ciemnym udział pacjentów spoza województwa). Z kolei odcień koloru wypełniającego obrys województwa wizualizuje liczbę hospitalizacji na 100 tys. ludności w województwach, liczoną względem miejsca udzielania świadczeń.

Mapa 2.1: Liczba hospitalizacji na 100 tys. ludności oraz struktura hospitalizacji względem miejsca zamieszkania pacjenta (cała populacja)



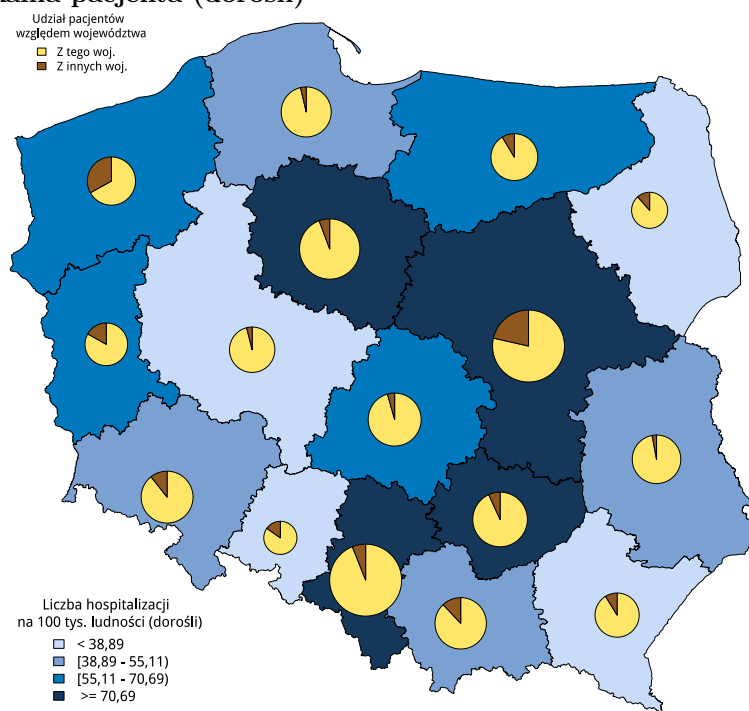
Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

Mapa 2.2: Liczba hospitalizacji na 100 tys. ludności oraz struktura hospitalizacji względem miejsca zamieszkania pacjenta (dzieci)



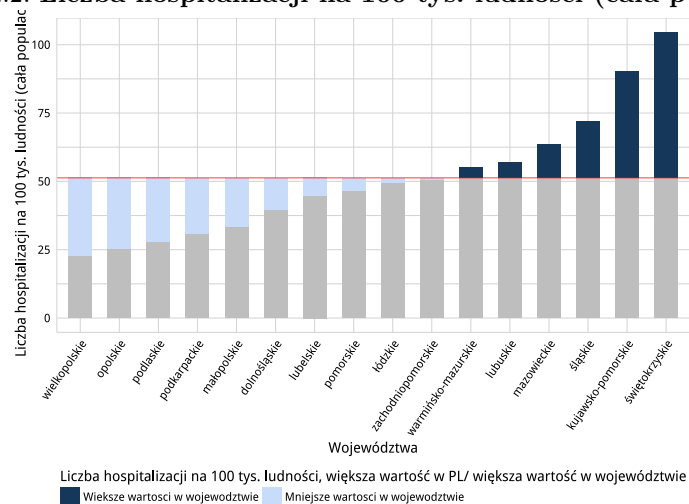
Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

Mapa 2.3: Liczba hospitalizacji na 100 tys. ludności oraz struktura hospitalizacji względem miejsca zamieszkania pacjenta (dorośli)



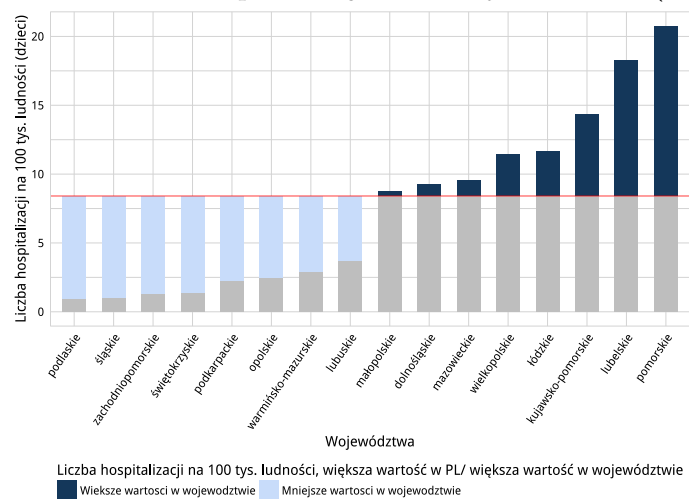
Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

Wykres 2.2: Liczba hospitalizacji na 100 tys. ludności (cała populacja)



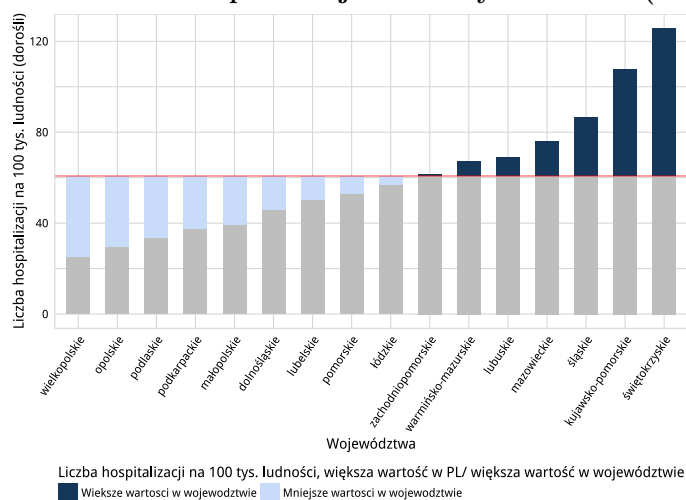
Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

Wykres 2.3: Liczba hospitalizacji na 100 tys. ludności (dzieci)



Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

Wykres 2.4: Liczba hospitalizacji na 100 tys. ludności (dorośli)



Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

Tabela 2.2: Podstawowe statystyki dotyczące liczby i struktury hospitalizacji w poszczególnych województwach.

Województwo	Łączna liczba hospitalizacji (w tys.; w tym tryb jednodniowy)	Liczba hospitalizacji trwających 1 dzień (w tys.; bez trybu jednodniowego)	Liczba hosp. (w tys.; w trybie jednodniowym)	% hosp. spoza województwa	Liczba hosp. pacj. z tego woj. w innych woj.	Liczba hosp. na 100 tys. ludności
dolnośląskie	1,2	0,0	-	11,0	184	39,7
kujawsko-pomorskie	1,9	0,0	-	5,5	87	90,4
lubelskie	1,0	0,0	-	2,9	117	44,7
lubuskie	0,6	0,0	-	16,7	78	57,1
łódzkie	1,2	0,1	-	4,4	161	49,5
małopolskie	1,1	0,0	-	11,8	172	33,5
mazowieckie	3,4	0,9	-	21,2	120	63,5
opolskie	0,3	0,0	-	15,0	97	25,3
podkarpackie	0,7	0,0	-	8,7	47	30,9
podlaskie	0,3	0,0	-	11,5	38	27,8
pomorskie	1,1	0,0	-	3,6	239	46,8
śląskie	3,3	0,1	-	6,0	169	72,1
świętokrzyskie	1,3	0,0	-	6,8	74	104,5
warmińsko-mazurskie	0,8	0,0	-	8,6	103	55,1
wielkopolskie	0,8	0,0	-	4,1	386	22,6
zachodniopomorskie	0,9	0,1	-	33,1	40	50,8

Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

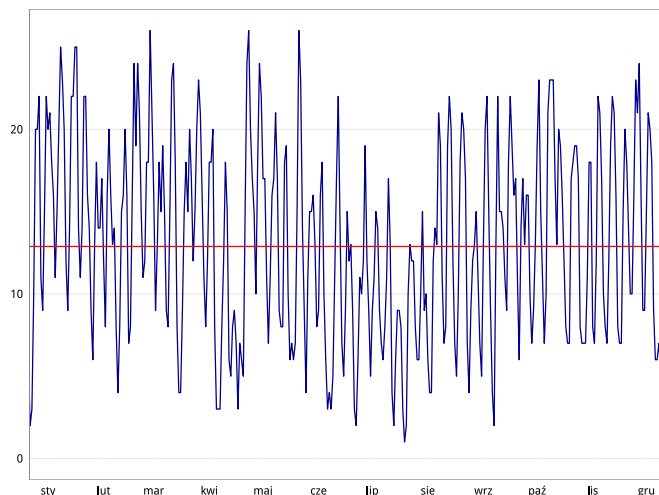
Tabela 2.3: Statystyki dotyczące liczby i struktury hospitalizacji w poszczególnych województwach w podziale na grupy wiekowe

Województwo	Grupa wiekowa	
	dzieci	dorośli
dolnośląskie	9,2	45,8
kujawsko-pomorskie	14,4	107,4
lubelskie	18,3	50,5
lubuskie	3,8	69,0
łódzkie	11,6	57,2
małopolskie	8,7	39,4
mazowieckie	9,5	75,8
opolskie	2,5	29,7
podkarpackie	2,2	37,5
podlaskie	1,0	33,5
pomorskie	20,7	53,0
śląskie	1,0	86,4
świętokrzyskie	1,4	125,7
warmińsko-mazurskie	3,0	67,1
wielkopolskie	11,4	25,3
zachodniopomorskie	1,3	61,3

Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

W województwie kujawsko-pomorskim maksymalna dzienna liczba hospitalizowanych wyniosła 26, minimalna 1, natomiast średnia 13,0. Liczbę osób hospitalizowanych w poszczególnych dniach 2014 roku prezentuje Wykres 2.5.

Wykres 2.5: **Dzienna liczba hospitalizacji**



Opracowanie DAiS MZ na podstawie danych NFZ.

Na potrzeby prezentacji kolejnych zestawień dalsze analizy zostały sporządzone dla pogrupowanych rozpoznań wg klasyfikacji ICD-10. Tabela 2.4 prezentuje wspomniany podział wraz z wykazem rozpoznań wchodzących w skład poszczególnych podgrup. Natomiast wykres 2.6 prezentuje procentowy udział wyróżnionych rozpoznań w analizowanej grupie⁷.

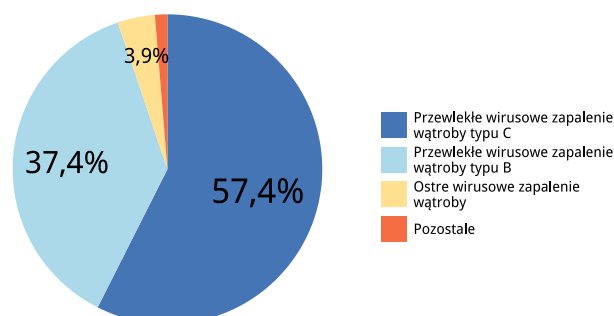
⁷Na potrzeby wykresu podgrupy dla których udział hospitalizacji nie przekroczył 2% względem Grupy zostały włączone do kategorii 'Pozostałe'

Tabela 2.4: Wykaz ICD-10 uwzględnionych w analizie

Podgrupa	ICD10
Ostre wirusowe zapalenie wątroby	B15, B16, B17
Przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu B	B18.0, B18.1
Przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu C	B18.2
Inne i nieokreślone postaci przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby	B18.8, B18.9, B18
Nieokreślone wirusowe zapalenie wątroby	B19

Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ.

Wykres 2.6: Struktura hospitalizacji wg podgrup



Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ.

Analizowane rozpoznania zostały podzielone na 6 podgrup (dalej: Podgrupa). Najliczniejszą podgrupą pod względem liczby hospitalizacji jest zbiór rozpoznań ICD-10, któremu nadano nazwę Przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu C. Hospitalizacje z rozpoznaniem należącym do tej podgrupy stanowiły 57,47% wszystkich hospitalizacji z analizowanymi rozpoznaniem. Tabela 2.5 prezentuje szczegółowe informacje dotyczące liczby hospitalizacji i liczby pacjentów w analizowanym województwie w podziale na podgrupy.

Tabela 2.5: Podstawowe statystyki wg podgrup analizowanej grupy chorób

Podgrupa	Liczba pacjentów	Łączna liczba hospitalizacji (w tym tryb jednolodowy)	Liczba hospitalizacji trwających 1 dzień (bez trybu jednolodowego)	Liczba hosp. w trybie jednolodowym	% hospitalizacji	skumulowany % hospitalizacji
Przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu C	758	1 085	17	-	57,47	57,47
Przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu B	546	706	17	-	37,39	94,86
Ostre wirusowe zapalenie wątroby	72	74	-	-	3,92	98,78
Nieokreślone wirusowe zapalenie wątroby	18	18	-	-	0,95	99,74

Podgrupa	Liczba pacjentów	Łączna liczba hospitalizacji (w tym tryb jednodniowy)	Liczba hospitalizacji trwających 1 dzień (bez trybu jednodniowego)	Liczba hosp. w trybie jednodniowym	% hospitalizacji	skumulowany % hospitalizacji
Inne i nieokreślone postacię przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby	5	5	-	-	0,26	100,00

Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ.

Tabela 2.6 prezentuje szczegółowe informacje dotyczące liczby hospitalizacji w podziale na podgrupy oraz oddziały⁸⁹, zaś Tabela 2.7 w podziale na podgrupy oraz zakresy świadczeń¹⁰¹¹.

Tabela 2.6: Liczba hospitalizacji w podgrupach wg oddziałów

Podgrupa	obserwacyjno-zakaźny	chorób zakaźnych	Pozostałe
Przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu C	728	348	9
Przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu B	431	259	16
Ostre wirusowe zapalenie wątroby	47	19	8
Nieokreślone wirusowe zapalenie wątroby	14	-	4
Inne i nieokreślone postacię przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby	2	-	3
Województwo	1 222	626	40
Polska	6 933	10 393	2 408

Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ.

⁸Przez oddział rozumie się VIII część kodu resortowego, charakteryzującego komórkę organizacyjną przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego.

⁹Na potrzeby tabeli oddziały, na których udział hospitalizacji względem Grupy nie przekroczył 2% zostały włączone do kategorii 'Pozostałe'.

¹⁰Przez zakres rozumie się zakres świadczeń szpitalnych definiowany przez NFZ (np. umowa w zakresie Choroby wewnętrzne - hospitalizacja).

¹¹Na potrzeby tabeli zakresy, na których udział hospitalizacji względem Grupy nie przekroczył 4% zostały włączone do kategorii 'Pozostałe'.

Tabela 2.7: Liczba hospitalizacji w podgrupach wg zakresów

Podgrupa	Choroby zakaźne - hospitalizacja	Pozostałe
Przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu C	1 078	7
Przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu B	706	-
Ostre wirusowe zapalenie wątroby	72	2
Nieokreślone wirusowe zapalenie wątroby	14	4
Inne i nieokreślone postaci przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby	3	2
Województwo	1 873	15
Polska	17 587	2 147

Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ.

Liczba świadczeniodawców w analizowanym województwie, którzy hospitalizowali co najmniej jednego pacjenta z analizowaną grupą rozpoznań wyniosła 11¹². Każdy z 3 największych świadczeniodawców sprawozdał co najmniej 8 hospitalizacji. Z kolei 80% wszystkich hospitalizacji w województwie zostało wykazane u 2 świadczeniodawców. Tabela 2.8 prezentuje listę analizowanych świadczeniodawców. Każdemu świadczeniodawcy nadano identyfikator (Kolumna ID). Identyfikator ten nie zmienia się dla kolejnych tabel, zestawień i wykresów w dokumencie.

Tabela 2.8: Lista świadczeniodawców hospitalizujących co najmniej jednego pacjenta z analizowanymi rozpoznaniem

ID	Nazwa	Powiat
02.0001	Wojewódzki Szpital Zespolony im. L. Rydygiera w Toruniu	m. Toruń
02.0003	Szpital Uniwersytecki Nr 2 im. dr Jana Bizuela w Bydgoszczy	m. Bydgoszcz
02.0004	Szpital Uniwersytecki Nr 1 im. dr Antoniego Jurasza w Bydgoszczy	m. Bydgoszcz
02.0006	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Włocławku	m. Włocławek
02.0007	Szpital Wielospecjalistyczny im. dr Ludwika Błażka w Inowrocławiu	inowrocławski
02.0009	Wielospecjalistyczny Szpital Miejski im. dr E. Warmińskiego SPZOZ w Bydgoszczy	m. Bydgoszcz
02.0012	NZOZ "Nowy Szpital sp. z o.o." Prowadzony przez Nowy Szpital sp. z o.o.	świecki
02.0017	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej	radziejowski
02.0020	Wojewódzki Szpital Obserwacyjno-Zakaźny im. Tadeusza Browicza w Bydgoszczy	m. Bydgoszcz
02.0022	Zespół Opieki Zdrowotnej w Brodnicy	brodnicki

¹²Jak już stwierdzono, na tym etapie analizy nie uwzględniono świadczeń rehabilitacyjnych.

ID	Nazwa	Powiat
02.0026	Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Powiatowy w Golubiu-Dobrzyniu pow. przez "Szpital Powiatowy" sp. z o.o.	golubsko-dobrzyński

Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ.

Największy świadczeniodawca sprawozdał 1 199 hospitalizacji dla 871 pacjentów. Tym samym 63,5% hospitalizacji z całego województwa odnotowano u największego (pod względem liczby hospitalizacji) świadczeniodawcy. Tabela 2.9 prezentuje szczegółowe informacje dotyczące liczby hospitalizacji i liczby pacjentów hospitalizowanych u poszczególnych świadczeniodawców.

Tabela 2.9: Liczba hospitalizacji wykazanych przez świadczeniodawców

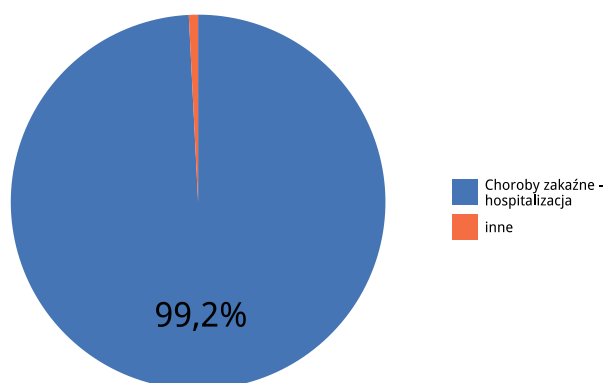
ID	Liczba pacjentów	Łączna liczba hospitalizacji (w tym tryb jednodniowy)	Liczba hospitalizacji trwających 1 dzień (bez trybu jednodniowego)	Liczba hospitalizacji jednodniowych	Procent hospitalizacji w województwie	Skumulowany procent hospitalizacji w województwie
02.0020	0,87	1,20	0,03	-	63,5	63,5
02.0001	0,49	0,66	0,00	-	35,2	98,7
02.0012	0,01	0,01	-	-	0,5	99,2
02.0006	0,00	0,00	-	-	0,3	99,5
02.0003	0,00	0,00	-	-	0,1	99,6
02.0007	0,00	0,00	-	-	0,1	99,7
02.0004	0,00	0,00	-	-	0,1	99,8
02.0009	0,00	0,00	-	-	0,1	99,8
02.0017	0,00	0,00	-	-	0,1	99,9
02.0022	0,00	0,00	-	-	0,1	99,9
02.0026	0,00	0,00	-	-	0,1	100,0
województwo	1,38	1,89	0,03	-	100,0	100,0

Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ.

Największą liczbą hospitalizacji w ramach analizowanej grupy charakteryzowały się oddziały: ¹³ obserwacyjno-zakaźny oraz chorób zakaźnych. Hospitalizacje na tych dwóch oddziałach stanowiły łącznie 97,9% w analizowanej grupie. Najwięcej hospitalizacji sprawozdano w ramach zakresów o nazwach: Choroby zakaźne - hospitalizacja oraz Choroby wewnętrzne - hospitalizacja. Hospitalizacje w ramach tych dwóch zakresów stanowiły łącznie 99,7% hospitalizacji w analizowanej grupie.

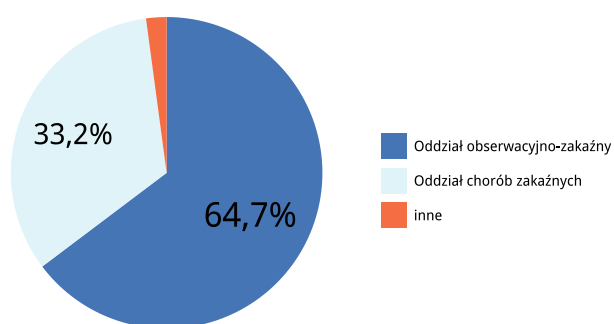
¹³Przez oddział rozumie się VIII część kodu resortowego, charakteryzującego komórkę organizacyjną przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego (Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2012 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadawania (Dz. U. 2012 poz. 594))

Wykres 2.7: Rozkład hospitalizacji wg zakresów



Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ.

Wykres 2.8: Rozkład hospitalizacji wg oddziałów



Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ.

Tabela 2.10: Liczba hospitalizacji na oddziałach wg zakresów

Oddział - zakres	Choroby zakaźne - hospitalizacja	Pozostałe
chorób zakaźnych	626	-
obserwacyjno-zakaźny	1 222	-
Pozostałe	25	15

Źródło: Opracowanie własne DAiS na podstawie danych NFZ.

Tabela 2.11 przedstawia procentowy rozkład hospitalizacji w poszczególnych szpitalach według analizowanych grup chorobowych.

Tabela 2.11: Udział hospitalizacji w szpitalach wg podgrup

ID	Ostre wirusowe zapalenie wątroby	Przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu B	Przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu C	Inne i nieokreślone postacie przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby	Nieokreślone wirusowe zapalenie wątroby
02.0020	2,8	35,9	59,9	0,2	1,2
02.0001	5,7	41,4	52,7	0,2	-
02.0012	-	-	100,0	-	-
02.0006	-	-	40,0	-	60,0
02.0003	-	-	100,0	-	-
02.0007	-	-	50,0	-	50,0
02.0004	50,0	-	-	50,0	-
02.0009	-	-	-	100,0	-
02.0017	100,0	-	-	-	-
02.0022	-	-	100,0	-	-
02.0026	-	-	100,0	-	-

Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ.

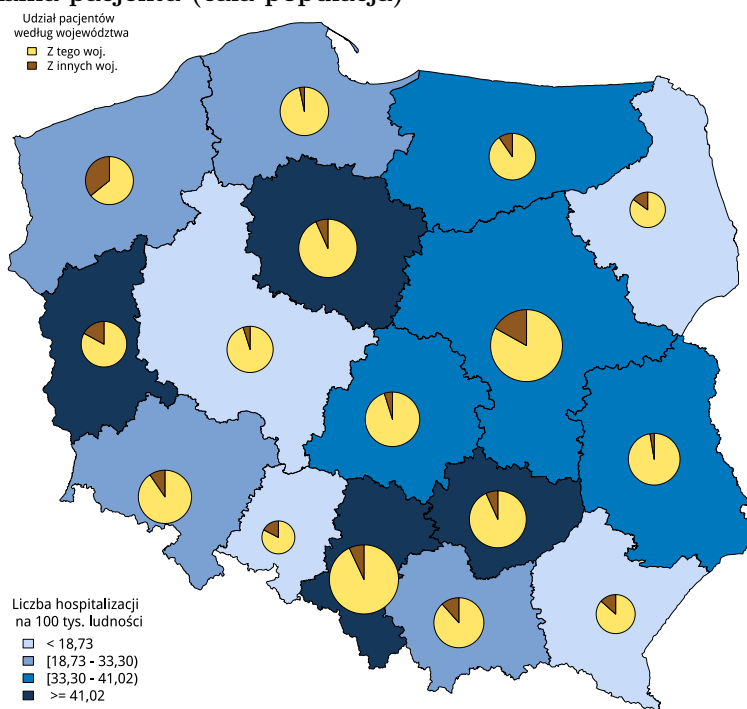
2.1.1 Przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu C

W 2014 roku w województwie kujawsko-pomorskim odnotowano 1,08 tys. hospitalizacji z powodu rozpoznań, zakwalifikowanych jako Przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu C (dalej: podgrupa)¹⁴, co stanowiło 57,47% wszystkich hospitalizacji z powodu rozpoznań, które przeanalizowano w niniejszym dokumencie. Liczba hospitalizacji na 100 tys. mieszkańców wyniosła 51,93 i była to 2. największa wartość wśród województw. W analizie wyróżniono kilka grup wiekowych:

- w grupie wiekowej 0-17 liczba hospitalizacji w przeliczeniu na 100 tys. ludności wyniosła 3,65 (3. największa wartość wśród województw)
- w grupie wiekowej 18+ liczba hospitalizacji w przeliczeniu na 100 tys. ludności wyniosła 62,77 (2. największa wartość wśród województw)

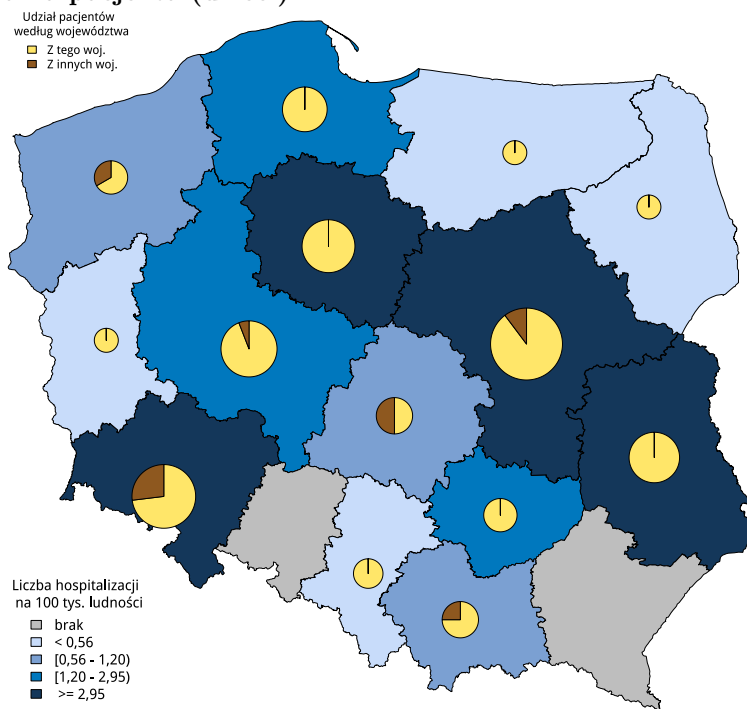
¹⁴W analizowanej podgrupie zostały uwzględnione następujące rozpoznania wg Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD10: B18.2.

Mapa 2.4: Liczba hospitalizacji na 100 tys. ludności oraz struktura hospitalizacji względem miejsca zamieszkania pacjenta (cała populacja)



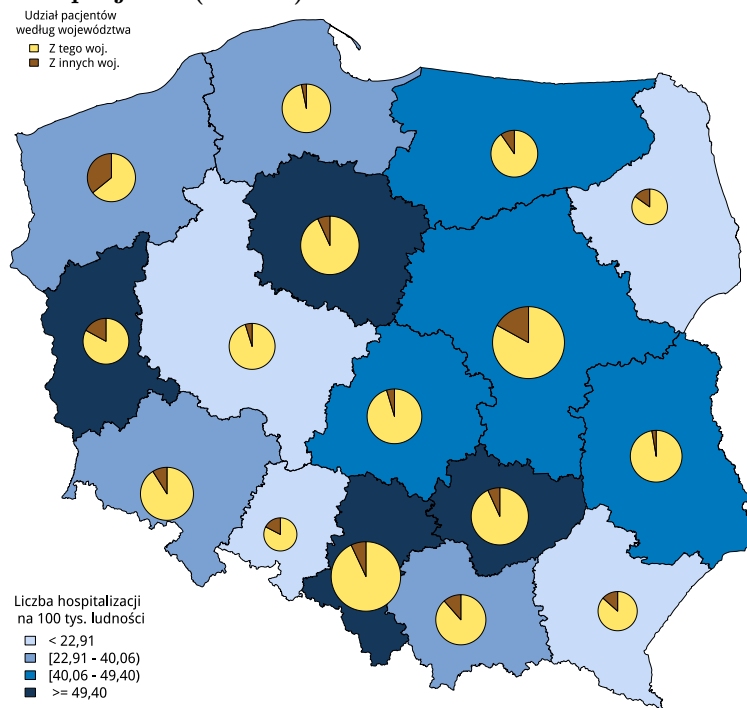
Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

Mapa 2.5: Liczba hospitalizacji na 100 tys. ludności oraz struktura hospitalizacji względem miejsca zamieszkania pacjenta (dzieci)



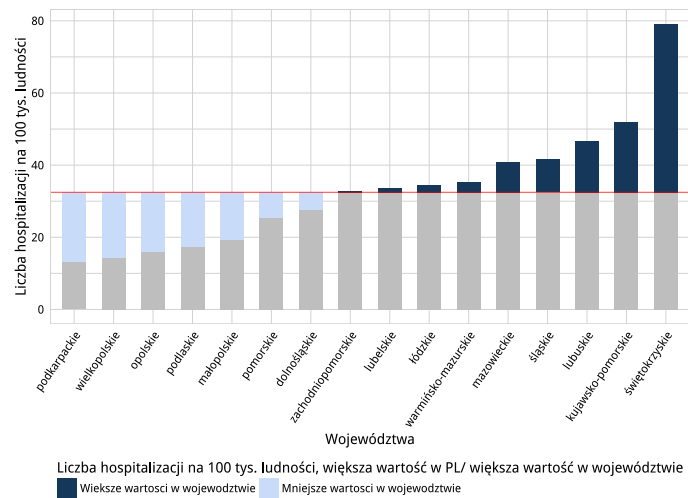
Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

Mapa 2.6: Liczba hospitalizacji na 100 tys. ludności oraz struktura hospitalizacji względem miejsca zamieszkania pacjenta (dorośli)



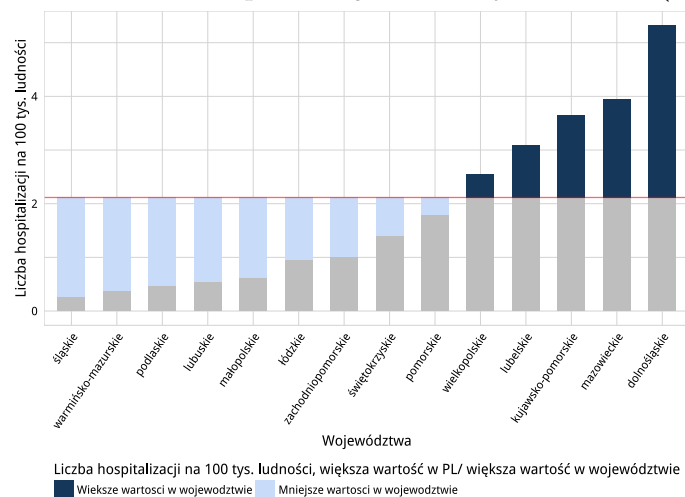
Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

Wykres 2.9: Liczba hospitalizacji na 100 tys. ludności (cała populacja)



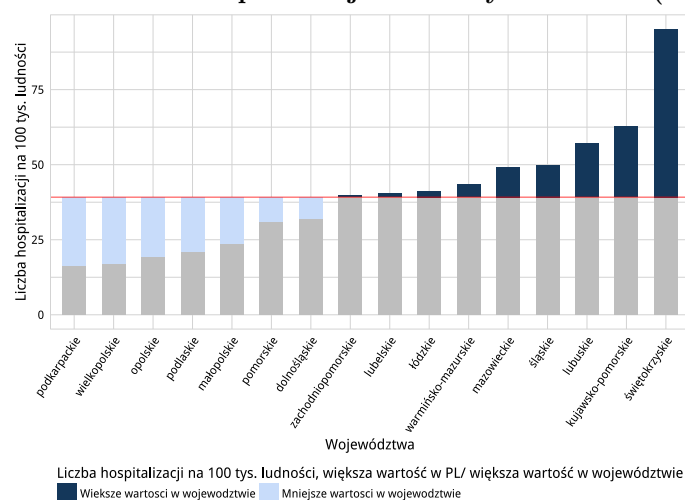
Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

Wykres 2.10: Liczba hospitalizacji na 100 tys. ludności (dzieci)



Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

Wykres 2.11: Liczba hospitalizacji na 100 tys. ludności (dorośli)



Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

Tabela 2.12: Podstawowe statystyki dotyczące liczby i struktury hospitalizacji w poszczególnych województwach.

Województwo	Łączna liczba hospitalizacji (w tys.)	Liczba hospitalizacji trwających 1 dzień (w tys.)	Liczba hosp. (w tys.) (w trybie jednodniowym)	% hosp. spoza województwa	Liczba hosp. pacj. z tego woj. w innych woj.	Liczba hosp. na 100 tys. ludności
dolnośląskie	0,80	0,03	-	9,5	145	27,48
kujawsko-pomorskie	1,08	0,02	-	6,7	54	51,93
lubelskie	0,72	0,00	-	2,6	79	33,71
lubuskie	0,48	-	-	17,0	61	46,66

Województwo	Łączna liczba hospitalizacji (w tys.)	Liczba hospitalizacji trwających 1 dzień (w tys.)	Liczba hosp. (w tys.) (w trybie jednodniowym)	% hosp. spoza województwa	Liczba hosp. pacj. z tego woj. w innych woj.	Liczba hosp. na 100 tys. ludności
łódzkie	0,86	0,07	-	4,9	76	34,47
małopolskie	0,65	0,00	-	11,6	111	19,21
mazowieckie	2,18	0,40	-	16,9	85	40,84
opolskie	0,16	0,00	-	17,4	51	16,10
podkarpackie	0,28	0,02	-	13,4	28	13,29
podlaskie	0,21	0,00	-	15,0	19	17,28
pomorskie	0,58	0,00	-	3,3	147	25,37
śląskie	1,91	0,04	-	7,0	102	41,59
świętokrzyskie	1,00	0,00	-	6,8	44	79,18
warmińsko-mazurskie	0,51	0,02	-	9,6	73	35,40
wielkopolskie	0,50	0,01	-	4,8	226	14,32
zachodniopomorskie	0,56	0,03	-	35,8	24	32,89

Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

Tabela 2.13: Statystyki dotyczące liczby i struktury hospitalizacji w poszczególnych województwach w podziale na grupy wiekowe na 100 tys. ludności z danej grupy wiekowej

Województwo	Grupa wiekowa	
	0-17	18+
dolnośląskie	5,3	32,0
kujawsko-pomorskie	3,7	62,8
lubelskie	3,1	40,5
lubuskie	0,5	57,0
łódzkie	0,9	41,3
małopolskie	0,6	23,6
mazowieckie	3,9	49,2
opolskie	-	19,2
podkarpackie	-	16,4
podlaskie	0,5	20,9
pomorskie	1,8	31,1
śląskie	0,3	49,9
świętokrzyskie	1,4	95,2
warmińsko-mazurskie	0,4	43,5
wielkopolskie	2,5	17,1
zachodniopomorskie	1,0	39,6

Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

Liczba świadczeniodawców w województwie kujawsko-pomorskim którzy hospitalizowali przynajmniej jednego pacjenta z analizowaną przyczyną wyniosła 8. Z kolei 80% wszystkich hospitalizacji w województwie z powodu rozpoznań wchodzących w skład analizowanej podgrupy zostało wykazane przez 2 świadczeniodawców. Największy świadczeniodawca sprawozdał 718 hospitalizacji dla 507 pacjentów. Tym samym 66,2% hospitalizacji z całego województwa odnotowano u największego (pod względem liczby hospitalizacji) świadczeniodawcy. Tabela 2.14 prezentuje szczegółowe informacje dotyczące liczby

hospitalizacji i liczby pacjentów hospitalizowanych w ramach poszczególnych świadczeniodawców.

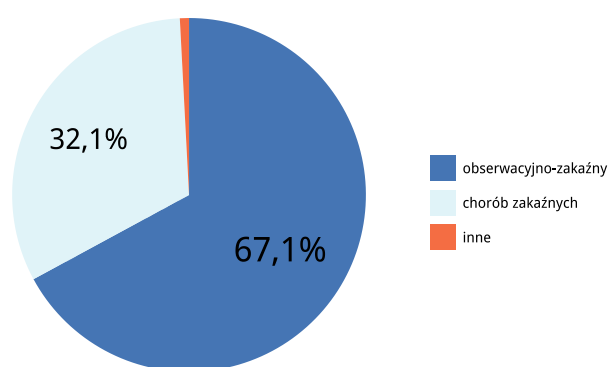
Tabela 2.14: Liczba hospitalizacji wykazanych przez świadczeniodawców.

ID	Liczba pacjentów	Łączna liczba hospitalizacji (w tym tryb jednolodowy)	Liczba hospitalizacji trwających 1 dzień (bez trybu jednolodowego)	Liczba hospitalizacji jednolodowych	Procent hospitalizacji w województwie	Skumulowany procent hospitalizacji w województwie
02.0020	507	718	14	-	66,2	66,2
02.0001	237	350	3	-	32,3	98,4
02.0012	9	10	-	-	0,9	99,4
02.0003	2	2	-	-	0,2	99,5
02.0006	1	2	-	-	0,2	99,7
02.0007	1	1	-	-	0,1	99,8
02.0022	1	1	-	-	0,1	99,9
02.0026	1	1	-	-	0,1	100,0
województwo	758	1 085	-	-	100,0	100,0

Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ.

Przeprowadzono analizę mającą na celu odpowiedź na pytanie na jakich oddziałach¹⁵ i w ramach jakich zakresów w 2014 roku hospitalizowani byli pacjenci z analizowaną przyczyną. Największą liczbą hospitalizacji charakteryzowały się oddziały: Oddział obserwacyjno-zakaźny oraz Oddział chorób zakaźnych. Hospitalizacje na tych dwóch oddziałach stanowiły łącznie 99,2% hospitalizacji w analizowanej grupie. Natomiast najwięcej hospitalizacji sprawozdano w ramach zakresów: Choroby zakaźne - hospitalizacja oraz Choroby wewnętrzne - hospitalizacja. Hospitalizacje w ramach tych dwóch zakresów stanowiły łącznie 99,9% .

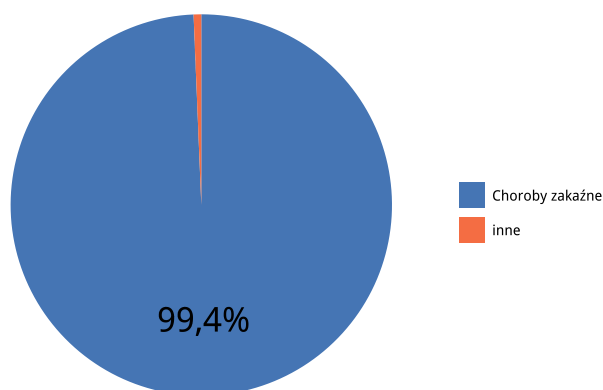
Wykres 2.12: Rozkład hospitalizacji wg oddziałów



Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ.

¹⁵Przez oddział rozumie się VIII część kodu resortowego, charakteryzującego komórkę organizacyjną przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego (Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2012 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadawania (Dz. U. 2012 poz. 594))

Wykres 2.13: Rozkład hospitalizacji wg zakresów



Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ.

Szczegółowe dane odnośnie liczby hospitalizacji na poszczególnych oddziałach i w ramach poszczególnych zakresów prezentują Tabela 2.15 oraz Tabela 2.16.

Tabela 2.15: Liczba hospitalizacji wykazanych przez świadczeniodawców wg oddziałów (w tys.)

ID	obserwacyjno-zakaźny	chorób zakaźnych	Pozostałe	Suma
02.0020	0,72	-	-	0,72
02.0001	-	0,35	0,00	0,35
02.0012	0,01	-	-	0,01
02.0003	-	-	0,00	0,00
02.0006	-	-	0,00	0,00
02.0007	-	-	0,00	0,00
02.0022	-	-	0,00	0,00
02.0026	-	-	0,00	0,00

Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ.

Tabela 2.16: Liczba hospitalizacji wykazanych przez świadczeniodawców wg zakresów (w tys.)

ID	Choroby zakaźne - hospitalizacja	Pozostałe	Suma
02.0020	0,72	-	0,72
02.0001	0,35	-	0,35

ID	Choroby zakaźne - hospitalizacja	Pozostałe	Suma
02.0012	0,01	-	0,01
02.0003	-	0,00	0,00
02.0006	-	0,00	0,00
02.0007	-	0,00	0,00
02.0022	-	0,00	0,00
02.0026	-	0,00	0,00

Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ.

Podział na hospitalizacje zabiegowe i zachowawcze został ustalony według słownika grup JGP, w związku z tym ich odsetek jest liczony względem hospitalizacji, w których rozliczono grupy JGP. W województwie kujawsko-pomorskim odnotowano 22,7% hospitalizacji zabiegowych, natomiast żadnych hospitalizacji specjalistycznych zabiegowych¹⁶. Odnotowano 77,3% hospitalizacji zachowawczych, natomiast żadnych hospitalizacji specjalistycznych zachowawczych¹⁷.

Tabela 2.17: Rozkład hospitalizacji według typu sprawozdanego produktu oraz szpitali

ID	Liczba hospitalizacji	% hospitalizacji nie JGP	% hospitalizacji JGP	% JGP zabiegowych	% JGP zachowawczych	% specjalistycznych zabiegowych	% specjalistycznych zachowawczych
02.0020	718	-	100,0	27,4	72,6	-	-
02.0001	350	-	100,0	14,0	86,0	-	-
02.0012	10	-	100,0	-	100,0	-	-
02.0003	2	-	100,0	-	100,0	-	-
02.0006	2	-	100,0	-	100,0	-	-
02.0007	1	-	100,0	-	100,0	-	-
02.0022	1	-	100,0	-	100,0	-	-
02.0026	1	-	100,0	-	100,0	-	-
Woj.	1 085	-	100,0	22,7	77,3	-	-
Polska	12 485	2,4	97,6	7,1	92,9	-	-

Źródło: opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ.

W województwie kujawsko-pomorskim odsetek pacjentów przyjętych w czasie¹⁸, w którym w Polsce przyjęto połowę z nich wyniósł 39,6%. W Polsce odsetek pacjentów przyjętych w trybie nagłym z rozpoznaniem wchodzącym w skład analizowanej grupy rozpoznań wyniósł 32,4%, podczas gdy wartość ta dla województwa wyniosła 19,0%. Liczba świadczeniodawców, dla których odnotowano wyższy niż w Polsce odsetek przyjęć w trybie nagłym wyniosła 5 (71,4%).

¹⁶Tj. takie, których sprawozdanie nie było możliwe w zakresie chirurgia ogólna.

¹⁷Tj. takie, których sprawozdanie nie było możliwe w zakresie chorób wewnętrznych lub pediatrii.

¹⁸Czas oczekiwania liczony jest metodą RTT (ang. Referral To Treatment) wyłącznie dla przyjęć planowych na leczenie szpitalne na podstawie skierowań

Informacje o wartości statystyki opisującej czas oczekiwania na przyjęcie do szpitala oraz strukturę trybów nagłych i planowych dla poszczególnych szpitali w województwie prezentuje Tabela 2.18. Przy interpretacji wskaźnika „% przyjętych do czasu wyznaczonego przez medianę PL” należy zwrócić uwagę na „% trybów nagłych” (nie należy wyciągać wniosków na podstawie pierwszego z tych wskaźników, w przypadku zaobserwowania niskich wartości dla drugiego z nich).

Tabela 2.18: Statystyki dotyczące czasu oczekiwania i trybów przyjęć

ID	% trybów nagłych	% trybów planowych	% inny tryb	mediana czasu oczekiwania (w dniach)	% przyjętych do czasu wyznaczonego przez medianę w PL
02.0020	21,6	78,4	-	41	23,3
02.0001	10,3	89,7	-	10	68,6
02.0012	90,0	10,0	-	5	100,0
02.0003	100,0	-	-	-	-
02.0006	100,0	-	-	-	-
02.0007	100,0	-	-	-	-
02.0022	100,0	-	-	-	-
02.0026	-	100,0	-	0	100,0
Woj.	19,0	81,0	-	29	39,6
Polska	32,4	67,6	0,0	22	50,9

Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ.

Tabela 2.19 prezentuje najczęściej sprawozdawane Jednorodne Grupy Pacjentów w ramach hospitalizacji z rozpoznaniem głównym wchodzącym w skład analizowanej podgrupy. Najczęściej wykorzystywaną grupą JGP do sprawozdawania hospitalizacji w analizowanej grupie rozpoznań była G18A PRZEWLEKŁE CHOROBY WĄTROBY BEZ PW > 17 R. Ż. (71,0% hospitalizacji sprawozdanych z JGP w województwie). Pełne nazwy grup JGP znajdują się w tabeli 2.20 poniżej.

Tabela 2.19: Udział hospitalizacji w szpitalach wg JGP (%)

ID	G18A	F44	G17	G14	G18B	F04	Pozostałe	Liczba hospitalizacji JGP (w tys.)
02.0020	65,5	27,2	4,9	-	2,2	0,3	-	0,72
02.0001	82,6	-	3,1	14,0	0,3	-	-	0,35
02.0012	80,0	-	20,0	-	-	-	-	0,01
02.0003	50,0	-	50,0	-	-	-	-	0,00
02.0006	100,0	-	-	-	-	-	-	0,00
02.0007	-	-	100,0	-	-	-	-	0,00
02.0022	-	-	100,0	-	-	-	-	0,00
02.0026	-	-	100,0	-	-	-	-	0,00
Województwo	71,0	18,0	4,8	4,5	1,6	0,2	-	1,08
Polska	77,9	1,6	13,7	5,1	1,1	0,3	0,3	12,19

Źródło: opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ.

Tabela 2.20: Nazwy grup JGP użytych w tabeli

Pełna nazwa produktu
G18A PRZEWLEKŁE CHOROBY WĄTROBY BEZ PW > 17 R. Ż.
F44 DIAGNOSTYCZNE I LECZNICZE ZABIEGI JAMY BRZUSZNEJ
G17 PRZEWLEKŁE CHOROBY WĄTROBY Z PW >5 DNI
G14 MAŁE ZABIEGI WĄTROBY
G18B PRZEWLEKŁE CHOROBY WĄTROBY BEZ PW < 18 R. Ż.
F04 DIAGNOSTYCZNE I MAŁE ZABIEGI PRZEWODU POKARMOWEGO

Źródło: opracowanie DAiS.

W województwie kujawsko-pomorskim 2,3% hospitalizacji zostało sprawozdanych jako hospitalizacje stanowiące zakończenie leczenia¹⁹, natomiast 97,1% hospitalizacji zakończyło się jako skierowanie do dalszej opieki.²⁰

Tabela 2.21: Informacje o trybach wypisu ze szpitala

ID	skierowanie do dalszej opieki [%]	skierowanie do innego szpitala [%]	zakończenie leczenia [%]	zgony [%]
02.0020	96,9	0,3	2,8	-
02.0001	98,9	-	1,1	-
02.0012	80,0	10,0	10,0	-
02.0003	-	-	-	100,0
02.0006	50,0	-	-	50,0
02.0007	100,0	-	-	-
02.0022	100,0	-	-	-
02.0026	100,0	-	-	-
Województwo	97,1	0,3	2,3	0,3
Polska	68,2	0,5	30,9	0,4

Źródło: opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ.

W województwie kujawsko-pomorskim odsetek hospitalizacji, po których nastąpiła ponowna hospitalizacja w ciągu 30 dni w tym samym szpitalu (niezależnie od rozpoznania) wyniósł 9,5% (3. najwyższa wartość wśród województw). Odsetek hospitalizacji, po których nastąpiła ponowna hospitalizacja z rozpoznaniem wchodzącym w skład analizowanej grupy²¹ w ciągu 30 dni wyniósł 8,5% (2. najwyższa wartość wśród województw). Tabela 2.22 prezentuje informacje nt. ponownych hospitalizacji dla poszczególnych szpitali.

¹⁹Przez zakończenie leczenia rozumie się tryb wypisu 1, 6, 7, 8, 10 wg sprawozdawczości NFZ.

²⁰Należy podkreślić, że przez 'zgon' rozumie się tryb wypisu '9' wg sprawozdawczości NFZ. Nie należy oceniać świadczeniodawcy wyłącznie na podstawie tej zmiennej, tj. bez analizy rodzaju udzielanych świadczeń oraz stanu ogólnego pacjentów hospitalizowanych w danej placówce.

²¹Pod pojęciem grupy rozumie się wszystkie rozpoznania ICD10 znajdujące się w tabeli 2.1.

Tabela 2.22: Udział hospitalizacji zakończonych lub poprzedzonych hospitalizacją.

ID	% hospitalizacji poprzedzonych do 30 dni hosp. z rozpoznaniem z grupy w innym szpitalu	% hospitalizacji zakończonych ponowną hosp. (30 dni) z rozpoznaniem z grupy w dowolnym szpitalu	% hospitalizacji zakończonych ponowną hosp. (30 dni) w tym szpitalu z dowolnym rozpoznaniem
02.0020	-	10,4	11,0
02.0001	-	4,9	6,9
02.0012	-	-	-
02.0003	-	-	-
02.0006	-	-	-
02.0007	-	-	-
02.0022	-	-	-
02.0026	-	-	-
Woj.	-	8,5	9,5
Polska	0,4	5,3	6,6

Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ.

Porównanie ponownych hospitalizacji²² w ciągu 30 dni ze średnim czasem pobytu wskazuje, że 1 świadczeniodawcę cechował względnie niski udział ponownych hospitalizacji (tj. mniejszy niż w województwie) oraz względnie krótki średni czas pobytu. 1 świadczeniodawca mimo względnie niskiego średniego czasu pobytu cechował się względnie wysokim współczynnikiem ponownych hospitalizacji pacjentów. Równocześnie 1 świadczeniodawca cechował się wyższymi wartościami analizowanych zmiennych niż wartości w województwie (długie pobyty z jednocześnie wysokim współczynnikiem ponownych hospitalizacji w ciągu 30 dni)²³.

Tabela 2.23: Statystyki dotyczące czasu pobytu

ID	ALOS (przeciętna długość pobytu)	MLOS (mediana czasu pobytu)	ALOS standaryzowany metodą bezpośrednią
02.0020	2,3	2,0	2,4
02.0001	2,3	2,0	2,4
02.0012	5,8	3,5	5,9
02.0003	8,5	8,5	4,0
02.0006	5,0	5,0	4,0
02.0007	6,0	6,0	4,2
02.0022	8,0	8,0	4,6
02.0026	10,0	10,0	4,1
Woj.	2,3	2,0	2,5
Polska	4,0	2,0	4,0

Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ.

²²Niezależnie od tego, czy ponowna hospitalizacja miała miejsce u tego świadczeniodawcy czy u innego świadczeniodawcy realizującego świadczenia w ramach kontraktu z NFZ w Polsce.

²³Wnioskowanie o przyczynach tego stanu rzeczy wymaga pogłębionej analizy z wykorzystaniem informacji o stanie i strukturze wiekowej pacjentów.

Jedną z kategorii czynników wpływających na różnice w przyjmowanych wartościach przez wskaźniki w poszczególnych szpitalach, są cechy demograficzne pacjentów oraz ich stan zdrowia. Tabela 2.24 prezentuje statystyki dotyczące struktury wieku i płci pacjentów w poszczególnych szpitalach. Dodatkowo zawarto w niej informacje o współczynniku wielochorobowości. Współczynnik wielochorobowości oparty jest na pracy Mary E. Charlson. Jest to zmienna, która pozwala określić w jakim stopniu obciążony innymi chorobami jest pacjent, którego przyjęto do szpitala. Celem było stworzenie współczynnika wyrażającego się w liczbach całkowitych, który wraz z podstawowymi danymi demograficznymi (płeć, wiek) byłby dobrym predyktorem śmiertelności. Charlson (1987)²⁴ proponuje 17 grup schorzeń i każdej z tych grup, na podstawie analizy przeżywalności, przypisuje pewną wagę (od 1 do 6). Wyższa wartość wagi oznacza większy wpływ danej grupy chorób na prawdopodobieństwo zgonu (np. w ciągu 30 dni). Z zasady schorzenia wyróżnione przez Charlson (1987) są poważnymi chorobami przewlekłymi.

Dla każdego pacjenta określa się, czy cierpi on na jakąś chorobę z konkretnej grupy i jeśli tak to przypisuje mu się daną grupę. Wartość współczynnika dla takiego pacjenta będzie zatem sumą wag przypisanych mu grup. Na potrzeby niniejszego opracowania przypisywanie grup do pacjentów zostało oparte na pracy Quan (2011)²⁵ przypisując odpowiednie grupy schorzeń danemu pacjentowi na podstawie kodów ICD-10 głównych i współistniejących.

Powstało wiele różnych propozycji co do wag odpowiednich grup chorób w zależności od badanej grupy pacjentów (region, wiek, konkretne schorzenia), a także wiele grupowań kodów ICD do 17 grup schorzeń wyróżnionych w pierwotnej pracy. W celu opracowania najlepszego dla Polski wskaźnika przetestowano pojawiające się w literaturze grupowania oraz wagi, a także opracowano własną metodykę grupowania, a za pomocą modeli statystycznych własne zestawy wag. Testowanie na podstawie danych NFZ wykazało, że najlepszym predyktorem śmiertelności jest klasyfikacja kodów ICD-10 do 17 grup chorób opracowana na potrzeby map (klasyfikacja oparta na syntezie grupowań Quan (2005)²⁶ oraz Thygesen (2011)²⁷.

Wyznaczony współczynnik jest statystyką, którą opisuje się wyłącznie osoby dorosłe. Dlatego też osobom poniżej 18 roku życia nie przypisywano żadnych wartości współczynnika i nie ujęto ich w zestawieniach dotyczących współczynnika wielochorobowości.²⁸

Tabela 2.24: Informacje o pacjentach

ID	Średni wiek pacjenta	Udział pacjentów 65+ [%]	Udział pacjentów 80+ [%]	Udział kobiet [%]	Udział pacjentów z współczynnikiem Charlson równym od 1 do 2	Udział pacjentów z współczynnikiem Charlson równym od 3 do 4	Udział pacjentów z współczynnikiem Charlson równym 5 lub więcej
02.0020	43,04	10,06	0,39	60,72	95,32	4,68	-
02.0001	44,16	9,28	1,27	49,71	95,42	4,58	-

²⁴Charlson, Mary E., et al. 'A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation.' *Journal of chronic diseases* 40.5 (1987): 373-383.

²⁵Quan, Hude, et al. 'Updating and validating the Charlson comorbidity index and score for risk adjustment in hospital discharge abstracts using data from 6 countries.' *American journal of epidemiology* 173.6 (2011): 676-682.

²⁶Quan, Hude, et al. 'Coding algorithms for defining comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data.' *Medical care* (2005): 1130-1139.

²⁷Thygesen, Sandra K., et al. 'The predictive value of ICD-10 diagnostic coding used to assess Charlson comorbidity index conditions in the population-based Danish National Registry of Patients.' *BMC medical research methodology* 11.1 (2011): 1.

²⁸Interpretacja wartości współczynnika powinna być następująca. Zasadniczo pacjent z zerowym współczynnikiem wielochorobowości jest osobą, która w przeciągu ostatniego roku nie była hospitalizowana z powodu chorób ujętych w opracowanej klasyfikacji (czyli chorób o najwyższej śmiertelności oraz chorób przewlekłych zwiększających znacznie ryzyko zgonu). Nie oznacza to, że tych chorób nie miała. To jest niemożliwe do określenia na podstawie danych administracyjnych ze względu na ich sprawozdawczo-rozliczeniowy, a nie medyczny cel i charakter. Wnioskuje się jednak, że hospitalizacja z powodu danego rozpoznania przewlekłego świadczy o jego poważnym charakterze i ma znaczny wpływ na śmiertelność (w odróżnieniu od np. rozpoznania w AOS lub POZ – stąd też te formy opieki nie zostały uwzględnione w analizie). Zatem osobę o zerowym współczynniku wielochorobowości należy interpretować w następujący sposób: jest to pacjent, który nie ma chorób przewlekłych określonych w grupowaniu, bądź też choroby te mają na tyle niegroźną formę, że nie wpływają znacząco na jakość życia i zdrowia, a przede wszystkim prawdopodobieństwo zgonu tego pacjenta (przy kontroli wiekiem i płcią). Analogiczne myśleć należy o pacjentach z dodatnimi wartościami współczynnika.

ID	Średni wiek pacjenta	Udział pacjentów 65+ [%]	Udział pacjentów 80+ [%]	Udział kobiet [%]	Udział pacjentów z współczynnikiem Charlson równym od 1 do 2	Udział pacjentów z współczynnikiem Charlson równym od 3 do 4	Udział pacjentów z współczynnikiem Charlson równym 5 lub więcej
02.0012	53,90	22,22	11,11	50,00	60,00	40,00	-
02.0003	87,00	100,00	100,00	-	50,00	50,00	-
02.0006	66,00	100,00	-	100,00	100,00	-	-
02.0007	48,00	-	-	-	100,00	-	-
02.0022	58,00	-	-	100,00	100,00	-	-
02.0026	24,00	-	-	100,00	-	100,00	-
Woj.	43,62	10,29	1,06	57,05	94,86	5,14	-
Polska	49,37	14,66	1,68	50,30	92,29	6,76	0,95

Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ

O charakterze danego szpitala świadczy między innymi struktura pacjentów pod względem ich miejsca zamieszkania. U żadnego ze świadczeniodawców nie odnotowano znacznego (tj. powyżej 20%) udziału pacjentów spoza województwa). Najwyższy udział wyniósł 10,6%. Informacje w tym zakresie prezentuje Tabela 2.25.

Tabela 2.25: Struktura hospitalizacji ze względu na miejsce zamieszkania pacjenta

ID	% hospitalizacji pacjentów spoza województwa	% hospitalizacji pacjentów ze swojego województwa, ale spoza powiatu	% hospitalizacji pacjentów ze swojego powiatu
02.0020	8,6	55,0	36,4
02.0001	3,1	67,7	29,1
02.0012	-	10,0	90,0
02.0003	-	-	100,0
02.0006	-	-	100,0
02.0007	-	-	100,0
02.0022	-	-	100,0
02.0026	-	-	100,0
Woj.	6,7	58,3	34,9
Polska	10,6	54,8	34,6

Źródło: opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ.

2.1.2 Przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu B

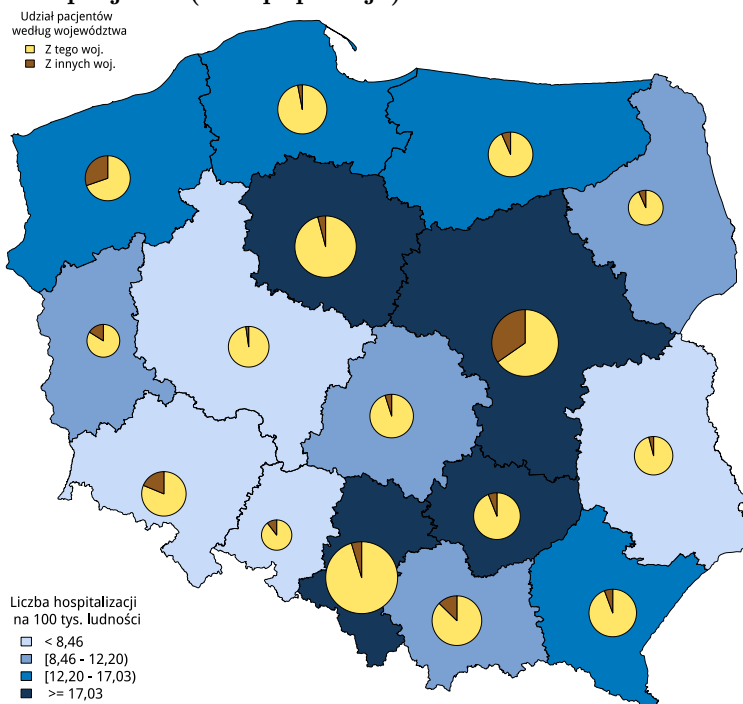
W 2014 roku w województwie kujawsko-pomorskim odnotowano 706 hospitalizacji z powodu rozpoznań, zakwalifikowanych jako Przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu B (dalej: podgrupa)²⁹, co stanowiło 37,39% wszystkich hospitalizacji z powodu rozpoznań, które przeanalizowano w niniejszym

²⁹W analizowanej podgrupie zostały uwzględnione następujące rozpoznania wg Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD10: B18.0, B18.1.

dokumencie. Liczba hospitalizacji na 100 tys. mieszkańców wyniosła 33,79 i była to największa wartość wśród województw. W analizie wyróżniono kilka grup wiekowych:

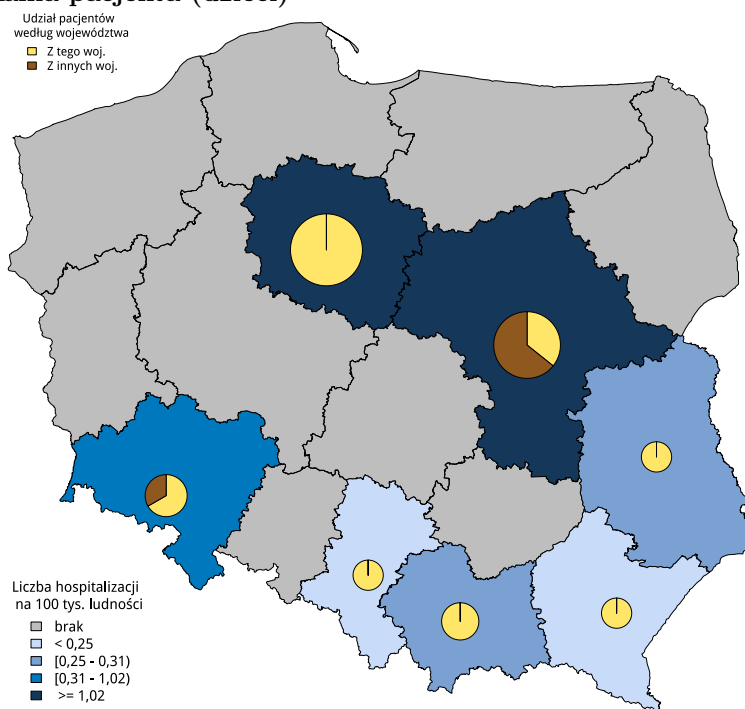
- w grupie wiekowej 0-17 liczba hospitalizacji w przeliczeniu na 100 tys. ludności wyniosła 4,70 (1. największa wartość wśród województw)
- w grupie wiekowej 18+ liczba hospitalizacji w przeliczeniu na 100 tys. ludności wyniosła 40,32 (1. największa wartość wśród województw)

Mapa 2.7: Liczba hospitalizacji na 100 tys. ludności oraz struktura hospitalizacji względem miejsca zamieszkania pacjenta (cała populacja)



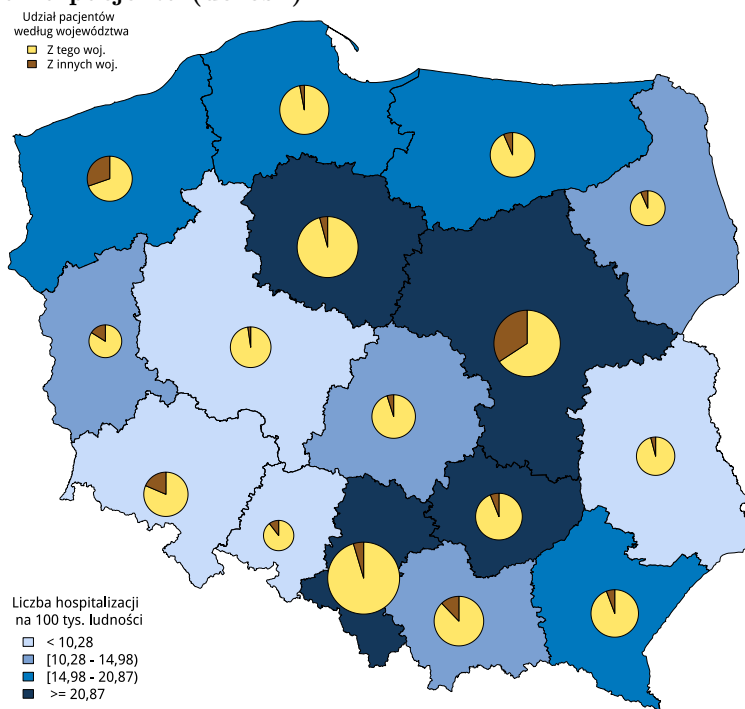
Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

Mapa 2.8: Liczba hospitalizacji na 100 tys. ludności oraz struktura hospitalizacji względem miejsca zamieszkania pacjenta (dzieci)



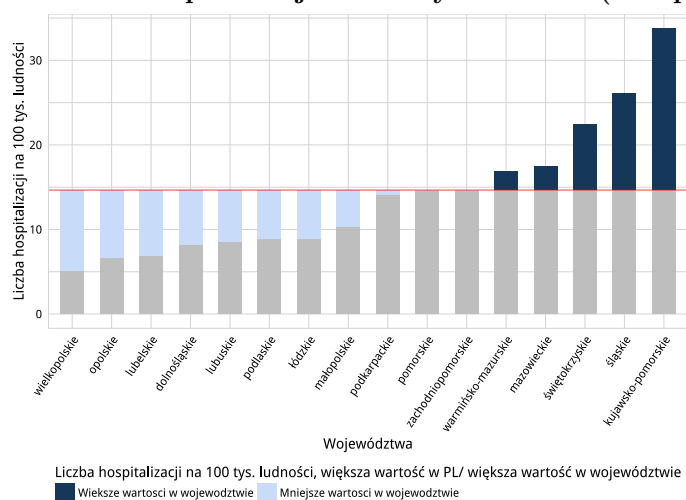
Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

Mapa 2.9: Liczba hospitalizacji na 100 tys. ludności oraz struktura hospitalizacji względem miejsca zamieszkania pacjenta (dorośli)



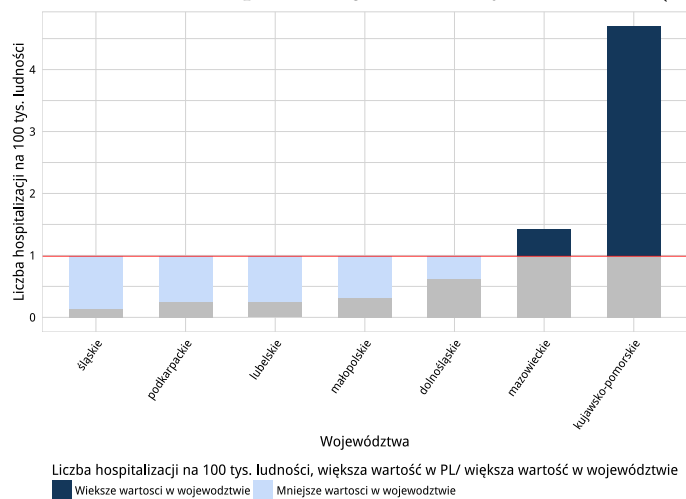
Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

Wykres 2.14: Liczba hospitalizacji na 100 tys. ludności (cała populacja)



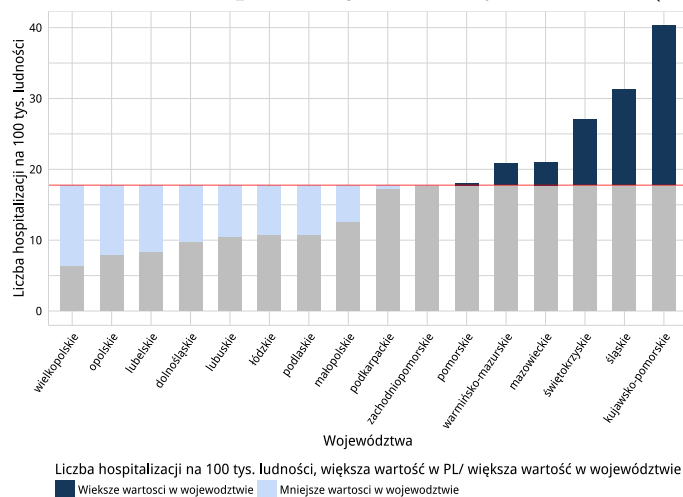
Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

Wykres 2.15: Liczba hospitalizacji na 100 tys. ludności (dzieci)



Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

Wykres 2.16: Liczba hospitalizacji na 100 tys. ludności (dorośli)



Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

Tabela 2.26: Podstawowe statystyki dotyczące liczby i struktury hospitalizacji w poszczególnych województwach.

Województwo	Łączna liczba hospitalizacji	Liczba hospitalizacji trwających 1 dzień	Liczba hosp. (w trybie jednodniowym)	% hosp. spoza województwa	Liczba hosp. pacj. z tego woj. w innych woj.	Liczba hosp. na 100 tys. ludności
dolnośląskie	240	10	-	18,8	33	8,25
kujawsko-pomorskie	706	17	-	4,1	26	33,79
lubelskie	148	3	-	4,1	34	6,89
lubuskie	87	2	-	16,1	11	8,53
łódzkie	224	37	-	4,9	77	8,95
małopolskie	347	3	-	12,7	57	10,30
mazowieckie	929	500	-	34,7	27	17,42
opolskie	67	-	-	10,4	39	6,70
podkarpackie	300	13	-	5,7	17	14,09
podlaskie	106	9	-	6,6	19	8,89
pomorskie	335	4	-	3,0	81	14,56
śląskie	1 195	17	-	4,6	56	26,06
świętokrzyskie	283	-	-	6,0	23	22,41
warmińsko-mazurskie	244	15	-	6,6	24	16,90
wielkopolskie	178	3	-	2,2	145	5,13
zachodniopomorskie	251	12	-	30,3	11	14,64

Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

Tabela 2.27: Statystyki dotyczące liczby i struktury hospitalizacji w poszczególnych województwach w podziale na grupy wiekowe na 100 tys. ludności z danej grupy wiekowej

Województwo	Grupa wiekowa	
	0-17	18+
dolnośląskie	0,6	9,8
kujawsko-pomorskie	4,7	40,3
lubelskie	0,3	8,4
lubuskie	-	10,4
łódzkie	-	10,8
małopolskie	0,3	12,7
mazowieckie	1,4	21,1
opolskie	-	8,0
podkarpackie	0,2	17,3
podlaskie	-	10,8
pomorskie	-	18,1
śląskie	0,1	31,3
świętokrzyskie	-	27,0
warmińsko-mazurskie	-	20,8
wielkopolskie	-	6,3
zachodniopomorskie	-	17,7

Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

Liczba świadczeniodawców w województwie kujawsko-pomorskim którzy hospitalizowali przynajmniej jednego pacjenta z analizowaną przyczyną wyniosła 2. Z kolei 80% wszystkich hospitalizacji w województwie z powodu rozpoznań wchodzących w skład analizowanej podgrupy zostało wykazane przez 2 świadczeniodawców. Największy świadczeniodawca sprawozdał 431 hospitalizacji dla 326 pacjentów. Tym samym 61,0% hospitalizacji z całego województwa odnotowano u największego (pod względem liczby hospitalizacji) świadczeniodawcy. Tabela 2.28 prezentuje szczegółowe informacje dotyczące liczby hospitalizacji i liczby pacjentów hospitalizowanych w ramach poszczególnych świadczeniodawców.

Tabela 2.28: Liczba hospitalizacji wykazanych przez świadczeniodawców.

ID	Liczba pacjentów	Łączna liczba hospitalizacji (w tym tryb jednolodniowy)	Liczba hospitalizacji trwających 1 dzień (bez trybu jednolodniowego)	Liczba hospitalizacji jednolodniowych	Procent hospitalizacji w województwie	Skumulowany procent hospitalizacji w województwie
02.0020	326	431	15	-	61,0	61,0
02.0001	220	275	2	-	39,0	100,0
województwo	546	706	-	-	100,0	100,0

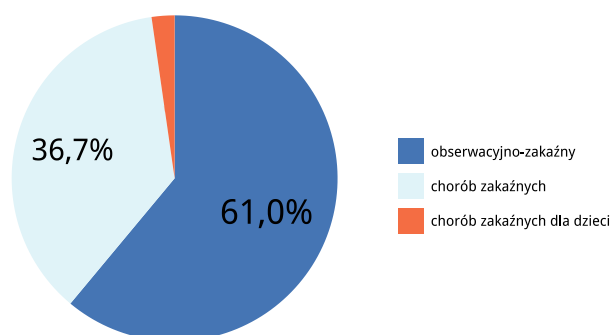
Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ.

Przeprowadzono analizę mającą na celu odpowiedź na pytanie na jakich oddziałach³⁰ i w ramach jakich zakresów w 2014 roku hospitalizowani byli pacjenci z analizowaną przyczyną. Największą liczbą hospitalizacji charakteryzowały się oddziały: Oddział obserwacyjno-zakaźny oraz Oddział chorób zakaźnych. Hospitalizacje na tych dwóch oddziałach stanowiły łącznie 97,7% hospitalizacji w analizowanej

³⁰Przez oddział rozumie się VIII część kodu resortowego, charakteryzującego komórkę organizacyjną przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego (Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2012 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadawania (Dz. U. 2012 poz. 594))

grupie. Hospitalizacje sprawozdawane były tylko w ramach zakresu Choroby zakaźne - hospitalizacja .

Wykres 2.17: **Rozkład hospitalizacji wg oddziałów**



Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ.

Szczegółowe dane odnośnie liczby hospitalizacji na poszczególnych oddziałach i w ramach poszczególnych zakresów prezentują Tabela 2.29 oraz Tabela 2.30.

Tabela 2.29: Liczba hospitalizacji wykazanych przez świadczeniodawców wg oddziałów (w tys.)

ID	obserwacyjno-zakaźny	chorób zakaźnych	Pozostałe	Suma
02.0020	0,43	-	-	0,43
02.0001	-	0,26	0,02	0,28

Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ.

Tabela 2.30: Liczba hospitalizacji wykazanych przez świadczeniodawców wg zakresów (w tys.)

ID	Choroby zakaźne - hospitalizacja	Suma
02.0020	0,43	0,43
02.0001	0,28	0,28

Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ.

Podział na hospitalizacje zabiegowe i zachowawcze został ustalony według słownika grup JGP, w związku z tym ich odsetek jest liczony względem hospitalizacji, w których rozliczono grupy JGP. W województwie kujawsko-pomorskim odnotowano 16,9% hospitalizacji zabiegowych, natomiast żadnych hospitalizacji specjalistycznych zabiegowych³¹. Odnotowano 83,1% hospitalizacji zachowawczych, natomiast żadnych hospitalizacji specjalistycznych zachowawczych³².

Tabela 2.31: Rozkład hospitalizacji według typu sprawozdanego produktu oraz szpitali

ID	Liczba hospitalizacji	% hospitalizacji nie JGP	% hospitalizacji JGP	% JGP zabiegowych	% JGP zachowawczych	% specjalistycznych zabiegowych	% specjalistycznych zachowawczych
02.0020	431	-	100,0	17,6	82,4	-	-
02.0001	275	-	100,0	15,6	84,4	-	-
Woj.	706	-	100,0	16,9	83,1	-	-
Polska	5 640	6,7	93,3	6,6	93,4	-	-

Źródło: opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ.

W województwie kujawsko-pomorskim odsetek pacjentów przyjętych w czasie³³, w którym w Polsce przyjęto połowę z nich wyniósł 44,6%. W Polsce odsetek pacjentów przyjętych w trybie nagłym z rozpoznaniem wchodzącym w skład analizowanej grupy rozpoznań wyniósł 31,2%, podczas gdy wartość ta dla województwa wyniosła 12,5%. Liczba świadczeniodawców, dla których odnotowano wyższy niż w Polsce odsetek przyjęć w trybie nagłym wyniosła - (0%).

Informacje o wartości statystyki opisującej czas oczekiwania na przyjęcie do szpitala oraz strukturę trybów nagłych i planowych dla poszczególnych szpitali w województwie prezentuje Tabela 2.32. Przy interpretacji wskaźnika „% przyjętych do czasu wyznaczonego przez medianę PL” należy zwrócić uwagę na „% trybów nagłych” (nie należy wyciągać wniosków na podstawie pierwszego z tych wskaźników, w przypadku zaobserwowania niskich wartości dla drugiego z nich).

Tabela 2.32: Statystyki dotyczące czasu oczekiwania i trybów przyjęć

ID	% trybów nagłych	% trybów planowych	% inny tryb	mediana czasu oczekiwania (w dniach)	% przyjętych do czasu wyznaczonego przez medianę w PL
02.0020	16,5	83,1	0,5	46	29,9
02.0001	6,2	93,8	-	16	65,0
Woj.	12,5	87,3	0,3	32	44,6
Polska	31,2	68,8	0,0	26	50,0

Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ.

³¹Tj. takie, których sprawozdanie nie było możliwe w zakresie chirurgia ogólna.

³²Tj. takie, których sprawozdanie nie było możliwe w zakresie chorób wewnętrznych lub pediatrii.

³³Czas oczekiwania liczony jest metodą RTT (ang. Referral To Treatment) wyłącznie dla przyjęć planowych na leczenie szpitalne na podstawie skierowań

Tabela 2.33 prezentuje najczęściej sprawozdawane Jednorodne Grupy Pacjentów w ramach hospitalizacji z rozpoznaniem głównym wchodzącym w skład analizowanej podgrupy. Najczęściej wykorzystywaną grupą JGP do sprawozdawania hospitalizacji w analizowanej grupie rozpoznań była G18A PRZEWLEKŁE CHOROBY WĄTROBY BEZ PW > 17 R. Ż. (78,8% hospitalizacji sprawozdanych z JGP w województwie). Pełne nazwy grup JGP znajdują się w tabeli 2.34 poniżej.

Tabela 2.33: Udział hospitalizacji w szpitalach wg JGP (%)

ID	G18A	F44	G14	G18B	G17	F34	Pozostałe	Liczba hospitalizacji JGP (w tys.)
02.0020	75,9	17,4	-	4,9	1,6	0,2	-	0,43
02.0001	83,3	-	15,6	0,4	0,7	-	-	0,28
Województwo	78,8	10,6	6,1	3,1	1,3	0,1	-	0,71
Polska	84,2	1,4	4,9	0,8	8,4	0,1	0,2	5,26

Źródło: opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ.

Tabela 2.34: Nazwy grup JGP użytych w tabeli

Pełna nazwa produktu
G18A PRZEWLEKŁE CHOROBY WĄTROBY BEZ PW > 17 R. Ż.
F44 DIAGNOSTYCZNE I LECZNICZE ZABIEGI JAMY BRZUSZNEJ
G14 MAŁE ZABIEGI WĄTROBY
G18B PRZEWLEKŁE CHOROBY WĄTROBY BEZ PW < 18 R. Ż.
G17 PRZEWLEKŁE CHOROBY WĄTROBY Z PW >5 DNI
F34 ŚREDNIE I ENDOSKOPOWE ZABIEGI PRZEWODU POKARMOWEGO

Źródło: opracowanie DAiS.

W województwie kujawsko-pomorskim 1,7% hospitalizacji zostało sprawozdanych jako hospitalizacje stanowiące zakończenie leczenia³⁴, natomiast 97,5% hospitalizacji zakończyło się jako skierowanie do dalszej opieki.³⁵

Tabela 2.35: Informacje o trybach wypisu ze szpitala

ID	skierowanie do dalszej opieki [%]	skierowanie do innego szpitala [%]	zakończenie leczenia [%]	zgony [%]
02.0020	96,5	1,2	2,3	-
02.0001	98,9	-	0,7	0,4

³⁴Przez zakończenie leczenia rozumie się tryb wypisu 1, 6, 7, 8, 10 wg sprawozdawczości NFZ.

³⁵Należy podkreślić, że przez 'zgon' rozumie się tryb wypisu '9' wg sprawozdawczości NFZ. Nie należy oceniać świadczeniodawcy wyłącznie na podstawie tej zmiennej, tj. bez analizy rodzaju udzielanych świadczeń oraz stanu ogólnego pacjentów hospitalizowanych w danej placówce.

ID	skierowanie do dalszej opieki [%]	skierowanie do innego szpitala [%]	zakończenie leczenia [%]	zgony [%]
Województwo	97,5	0,7	1,7	0,1
Polska	70,3	0,4	28,9	0,4

Źródło: opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ.

W województwie kujawsko-pomorskim odsetek hospitalizacji, po których nastąpiła ponowna hospitalizacja w ciągu 30 dni w tym samym szpitalu (niezależnie od rozpoznania) wyniósł 8,5% (2. najwyższa wartość wśród województw). Odsetek hospitalizacji, po których nastąpiła ponowna hospitalizacja z rozpoznaniem wchodzącym w skład analizowanej grupy³⁶ w ciągu 30 dni wyniósł 7,5% (1. najwyższa wartość wśród województw). Tabela 2.36 prezentuje informacje nt. ponownych hospitalizacji dla poszczególnych szpitali.

Tabela 2.36: Udział hospitalizacji zakończonych lub poprzedzonych hospitalizacją.

ID	% hospitalizacji poprzedzonych do 30 dni hosp. z rozpoznaniem z grupy w innym szpitalu	% hospitalizacji zakończonych ponowną hosp. (30 dni) z rozpoznaniem z grupy w dowolnym szpitalu	% hospitalizacji zakończonych ponowną hosp. (30 dni) w tym szpitalu z dowolnym rozpoznaniem
02.0020	-	9,7	10,7
02.0001	-	4,0	5,1
Woj.	-	7,5	8,5
Polska	0,2	2,8	3,9

Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ.

Porównanie ponownych hospitalizacji³⁷ w ciągu 30 dni ze średnim czasem pobytu wskazuje, że 0 świadczeniodawców cechował względnie niski udział ponownych hospitalizacji (tj. mniejszy niż w województwie) oraz względnie krótki średni czas pobytu. 1 świadczeniodawca mimo względnie niskiego średniego czasu pobytu cechował się względnie wysokim współczynnikiem ponownych hospitalizacji pacjentów. Równocześnie 0 świadczeniodawców cechowało się wyższymi wartościami analizowanych zmiennych niż wartości w województwie (długie pobyty z jednocześnie wysokim współczynnikiem ponownych hospitalizacji w ciągu 30 dni)³⁸.

³⁶Pod pojęciem grupy rozumie się wszystkie rozpoznania ICD10 znajdujące się w tabeli 2.1.

³⁷Niezależnie od tego, czy ponowna hospitalizacja miała miejsce u tego świadczeniodawcy czy u innego świadczeniodawcy realizującego świadczenia w ramach kontraktu z NFZ w Polsce.

³⁸Wnioskowanie o przyczynach tego stanu rzeczy wymaga pogłębionej analizy z wykorzystaniem informacji o stanie i strukturze wiekowej pacjentów.

Tabela 2.37: Statystyki dotyczące czasu pobytu

ID	ALOS (przeciętna długość pobytu)	MLOS (mediana czasu pobytu)	ALOS standaryzowany metodą bezpośrednią
02.0020	2,2	2,0	2,4
02.0001	2,3	2,0	2,3
Woj.	2,3	2,0	2,4
Polska	3,3	2,0	3,3

Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ.

Jedną z kategorii czynników wpływających na różnice w przyjmowanych wartościach przez wskaźniki w poszczególnych szpitalach, są cechy demograficzne pacjentów oraz ich stan zdrowia. Tabela 2.38 prezentuje statystyki dotyczące struktury wieku i płci pacjentów w poszczególnych szpitalach. Dodatkowo zawarto w niej informacje o współczynniku wielochorobowości. Współczynnik wielochorobowości oparty jest na pracy Mary E. Charlson. Jest to zmienna, która pozwala określić w jakim stopniu obciążony innymi chorobami jest pacjent, którego przyjęto do szpitala. Celem było stworzenie współczynnika wyrażającego się w liczbach całkowitych, który wraz z podstawowymi danymi demograficznymi (płeć, wiek) byłby dobrym predyktorem śmiertelności. Charlson (1987)³⁹ proponuje 17 grup schorzeń i każdej z tych grup, na podstawie analizy przeżywalności, przypisuje pewną wagę (od 1 do 6). Wyższa wartość wagi oznacza większy wpływ danej grupy chorób na prawdopodobieństwo zgonu (np. w ciągu 30 dni). Z zasady schorzenia wyróżnione przez Charlson (1987) są poważnymi chorobami przewlekłymi.

Dla każdego pacjenta określa się, czy cierpi on na jakąś chorobę z konkretnej grupy i jeśli tak to przypisuje mu się daną grupę. Wartość współczynnika dla takiego pacjenta będzie zatem sumą wag przypisanych mu grup. Na potrzeby niniejszego opracowania przypisywanie grup do pacjentów zostało oparte na pracy Quan (2011)⁴⁰ przypisując odpowiednie grupy schorzeń danemu pacjentowi na podstawie kodów ICD-10 głównych i współistniejących.

Powstało wiele różnych propozycji co do wag odpowiednich grup chorób w zależności od badanej grupy pacjentów (region, wiek, konkretne schorzenia), a także wiele grupowań kodów ICD do 17 grup schorzeń wyróżnionych w pierwotnej pracy. W celu opracowania najlepszego dla Polski wskaźnika przetestowano pojawiające się w literaturze grupowania oraz wagi, a także opracowano własną metodykę grupowania, a za pomocą modeli statystycznych własne zestawy wag. Testowanie na podstawie danych NFZ wykazało, że najlepszym predyktorem śmiertelności jest klasyfikacja kodów ICD-10 do 17 grup chorób opracowana na potrzeby map (klasyfikacja oparta na syntezie grupowań Quan (2005)⁴¹ oraz Thygesen (2011)⁴².

Wyznaczony współczynnik jest statystyką, którą opisuje się wyłącznie osoby dorosłe. Dlatego też osobom poniżej 18 roku życia nie przypisywano żadnych wartości współczynnika i nie ujęto ich w zestawieniach dotyczących współczynnika wielochorobowości.⁴³

³⁹Charlson, Mary E., et al. 'A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation.' *Journal of chronic diseases* 40.5 (1987): 373-383.

⁴⁰Quan, Hude, et al. 'Updating and validating the Charlson comorbidity index and score for risk adjustment in hospital discharge abstracts using data from 6 countries.' *American journal of epidemiology* 173.6 (2011): 676-682.

⁴¹Quan, Hude, et al. 'Coding algorithms for defining comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data.' *Medical care* (2005): 1130-1139.

⁴²Thygesen, Sandra K., et al. 'The predictive value of ICD-10 diagnostic coding used to assess Charlson comorbidity index conditions in the population-based Danish National Registry of Patients.' *BMC medical research methodology* 11.1 (2011): 1.

⁴³Interpretacja wartości współczynników powinna być następująca. Zasadniczo pacjent z zerowym współczynnikiem wielochorobowości jest osobą, która w przeciągu ostatniego roku nie była hospitalizowana z powodu chorób ujętych w opracowanej klasyfikacji (czyli chorób o najwyższej śmiertelności oraz chorób przewlekłych zwiększających znacznie ryzyko zgonu). Nie oznacza to, że tych chorób nie miała. To jest niemożliwe do określenia na podstawie danych administracyjnych ze względu na ich sprawozdawczo-rozliczeniowy, a nie medyczny cel i charakter. Wnioskuje się jednak, że hospitalizacja z powodu danego rozpoznania przewlekłego świadczy o jego poważnym charakterze i ma znaczny wpływ na śmiertelność (w

Tabela 2.38: Informacje o pacjentach

ID	Średni wiek pacjenta	Udział pacjentów 65+ [%]	Udział pacjentów 80+ [%]	Udział kobiet [%]	Udział pacjentów z współczynnikiem Charlson równym od 1 do 2	Udział pacjentów z współczynnikiem Charlson równym od 3 do 4	Udział pacjentów z współczynnikiem Charlson równym 5 lub więcej
02.0020	32,93	3,37	0,61	31,79	96,62	3,38	-
02.0001	33,74	2,27	-	37,82	95,99	4,01	-
Woj.	33,24	2,93	0,37	34,14	96,37	3,63	-
Polska	41,89	7,43	1,44	37,32	93,04	6,21	0,75

Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ

O charakterze danego szpitala świadczy między innymi struktura pacjentów pod względem ich miejsca zamieszkania. U żadnego ze świadczeniodawców nie odnotowano znacznego (tj. powyżej 20%) udziału pacjentów spoza województwa). Najwyższy udział wyniósł 12,1%. Informacje w tym zakresie prezentuje Tabela 2.39.

Tabela 2.39: Struktura hospitalizacji ze względu na miejsce zamieszkania pacjenta

ID	% hospitalizacji pacjentów spoza województwa	% hospitalizacji pacjentów ze swojego województwa, ale spoza powiatu	% hospitalizacji pacjentów ze swojego powiatu
02.0020	4,2	66,4	29,5
02.0001	4,0	72,4	23,6
Woj.	4,1	68,7	27,2
Polska	12,1	58,1	29,8

Źródło: opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ.

2.1.3 Ostre wirusowe zapalenie wątroby

W 2014 roku w województwie kujawsko-pomorskim odnotowano 74 hospitalizacji z powodu rozpoznań, zakwalifikowanych jako Ostre wirusowe zapalenie wątroby (dalej: podgrupa)⁴⁴, co stanowiło 3,92% wszystkich hospitalizacji z powodu rozpoznań, które przeanalizowano w niniejszym dokumencie. Liczba hospitalizacji na 100 tys. mieszkańców wyniosła 3,54 i była to 4. największa wartość wśród województw. W analizie wyróżniono kilka grup wiekowych:

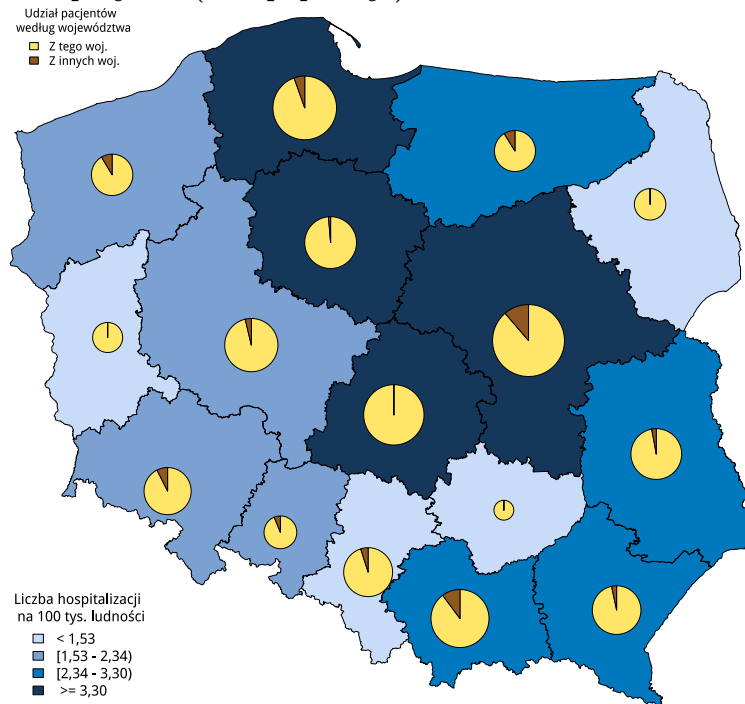
- w grupie wiekowej 0-17 liczba hospitalizacji w przeliczeniu na 100 tys. ludności wyniosła 4,96 (6. największa wartość wśród województw)

odróżnieniu od np. rozpoznania w AOS lub POZ – stąd też te formy opieki nie zostały uwzględnione w analizie). Zatem osobę o zerowym współczynniku wielochorobowości należy interpretować w następujący sposób: jest to pacjent, który nie ma chorób przewlekłych określonych w grupowaniu, bądź też choroby te mają na tyle niegroźną formę, że nie wpływają znacząco na jakość życia i zdrowia, a przede wszystkim prawdopodobieństwo zgonu tego pacjenta (przy kontroli wiekiem i picią). Analogicznie myśleć należy o pacjentach z dodatnimi wartościami współczynnika.

⁴⁴W analizowanej podgrupie zostały uwzględnione następujące rozpoznania wg Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD10: B15, B16, B17.

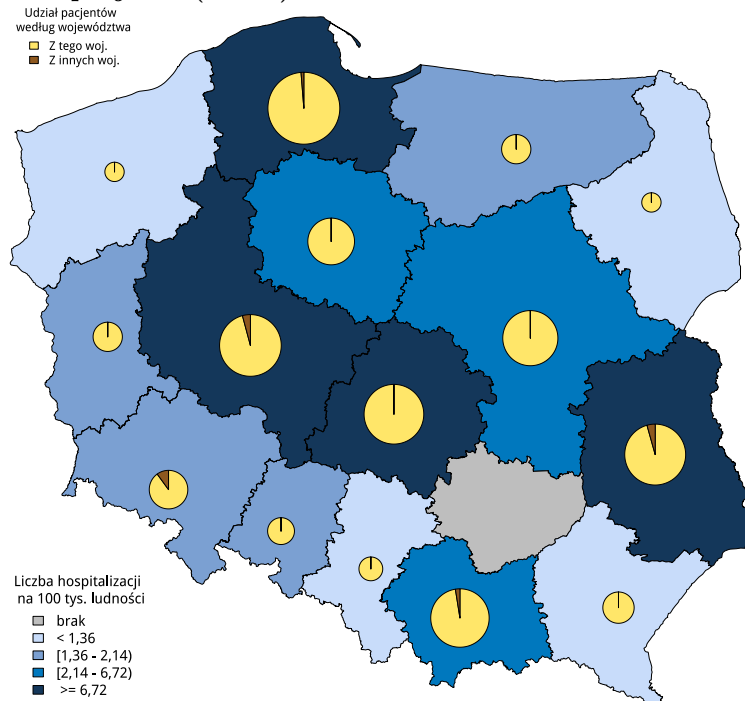
- w grupie wiekowej 18+ liczba hospitalizacji w przeliczeniu na 100 tys. ludności wyniosła 3,22 (4. największa wartość wśród województw)

Mapa 2.10: Liczba hospitalizacji na 100 tys. ludności oraz struktura hospitalizacji względem miejsca zamieszkania pacjenta (cała populacja)



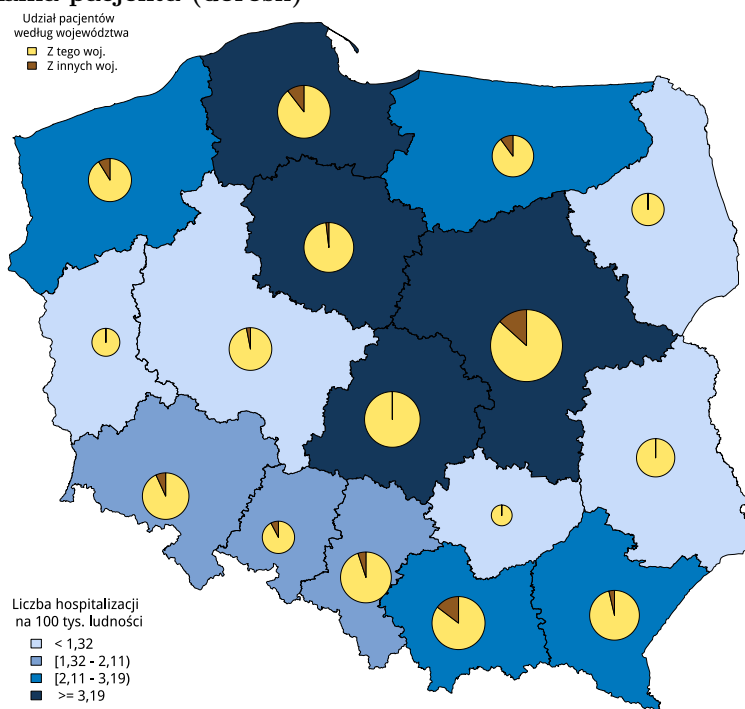
Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

Mapa 2.11: Liczba hospitalizacji na 100 tys. ludności oraz struktura hospitalizacji względem miejsca zamieszkania pacjenta (dzieci)



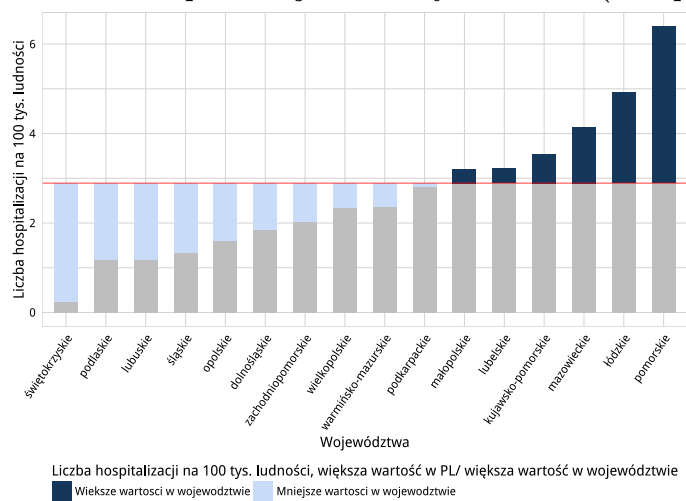
Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

Mapa 2.12: Liczba hospitalizacji na 100 tys. ludności oraz struktura hospitalizacji względem miejsca zamieszkania pacjenta (dorośli)



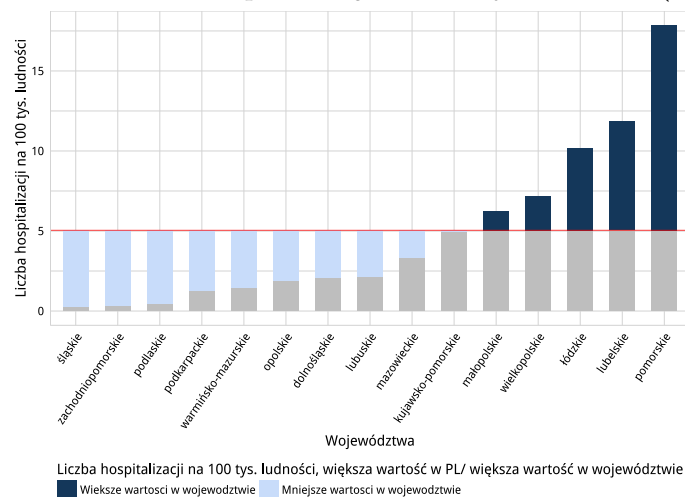
Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

Wykres 2.18: Liczba hospitalizacji na 100 tys. ludności (cała populacja)



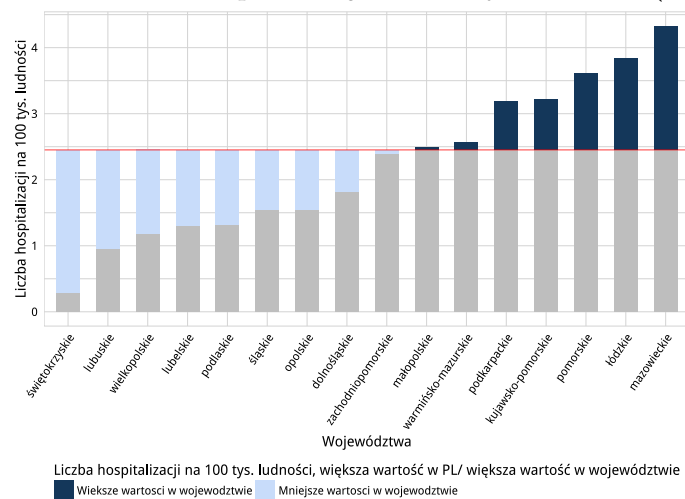
Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

Wykres 2.19: Liczba hospitalizacji na 100 tys. ludności (dzieci)



Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

Wykres 2.20: Liczba hospitalizacji na 100 tys. ludności (dorośli)



Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

Tabela 2.40: Podstawowe statystyki dotyczące liczby i struktury hospitalizacji w poszczególnych województwach.

Województwo	Łączna liczba hospitalizacji	Liczba hospitalizacji trwających 1 dzień	Liczba hosp. (w trybie jednodniowym)	% hosp. spoza województwa	Liczba hosp. pacj. z tego woj. w innych woj.	Liczba hosp. na 100 tys. ludności
dolnośląskie	54	-	-	7,4	3	1,86
kujawsko-pomorskie	74	-	-	1,4	5	3,54
lubelskie	69	1	-	2,9	4	3,21
lubuskie	12	-	-	-	5	1,18

Województwo	Łączna liczba hospitalizacji	Liczba hospitalizacji trwających 1 dzień	Liczba hosp. (w trybie jednodniowym)	% hosp. spoza województwa	Liczba hosp. pacj. z tego woj. w innych woj.	Liczba hosp. na 100 tys. ludności
łódzkie	123	8	-	-	4	4,91
małopolskie	108	3	-	10,2	2	3,21
mazowieckie	221	10	-	11,3	4	4,14
opolskie	16	-	-	6,2	2	1,60
podkarpackie	60	1	-	3,3	-	2,82
podlaskie	14	1	-	-	-	1,17
pomorskie	147	-	-	5,4	5	6,39
śląskie	61	2	-	4,9	8	1,33
świętokrzyskie	3	-	-	-	7	0,24
warmińsko-mazurskie	34	1	-	8,8	3	2,36
wielkopolskie	81	3	-	3,7	11	2,33
zachodniopomorskie	35	-	-	8,6	3	2,04

Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

Tabela 2.41: Statystyki dotyczące liczby i struktury hospitalizacji w poszczególnych województwach w podziale na grupy wiekowe na 100 tys. ludności z danej grupy wiekowej

Województwo	Grupa wiekowa	
	0-17	18+
dolnośląskie	2,0	1,8
kujawsko-pomorskie	5,0	3,2
lubelskie	11,8	1,3
lubuskie	2,1	1,0
łódzkie	10,2	3,8
małopolskie	6,2	2,5
mazowieckie	3,3	4,3
opolskie	1,9	1,6
podkarpackie	1,2	3,2
podlaskie	0,5	1,3
pomorskie	17,8	3,6
śląskie	0,3	1,5
świętokrzyskie	-	0,3
warmińsko-mazurskie	1,5	2,6
wielkopolskie	7,2	1,2
zachodniopomorskie	0,3	2,4

Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

Liczba świadczeniodawców w województwie kujawsko-pomorskim którzy hospitalizowali przynajmniej jednego pacjenta z analizowaną przyczyną wyniosła 4. Z kolei 80% wszystkich hospitalizacji w województwie z powodu rozpoznanych wchodzących w skład analizowanej podgrupy zostało wykazane przez 2 świadczeniodawców. Największy świadczeniodawca sprawozdał 38 hospitalizacje dla 38 pacjentów. Tym samym 51,4% hospitalizacji z całego województwa odnotowano u największego (pod względem liczby hospitalizacji) świadczeniodawcy. Tabela 2.42 prezentuje szczegółowe informacje dotyczące liczby hospi-

talizacji i liczby pacjentów hospitalizowanych w ramach poszczególnych świadczeniodawców.

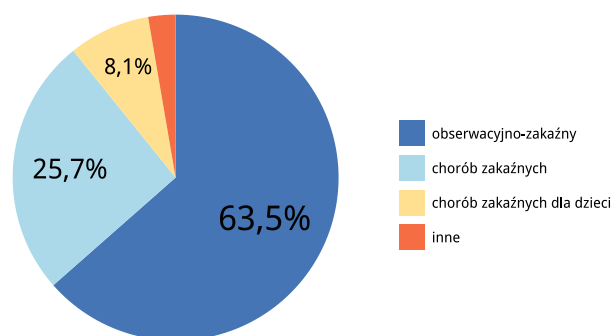
Tabela 2.42: Liczba hospitalizacji wykazanych przez świadczeniodawców.

ID	Liczba pacjentów	Łączna liczba hospitalizacji (w tym tryb jednodniowy)	Liczba hospitalizacji trwających 1 dzień (bez trybu jednodniowego)	Liczba hospitalizacji jednodniowych	Procent hospitalizacji w województwie	Skumulowany procent hospitalizacji w województwie
02.0001	38	38	-	-	51,4	51,4
02.0020	32	34	-	-	45,9	97,3
02.0017	1	1	-	-	1,4	98,6
02.0004	1	1	-	-	1,4	100,0
województwo	72	74	-	-	100,0	100,0

Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ.

Przeprowadzono analizę mającą na celu odpowiedź na pytanie na jakich oddziałach⁴⁵ i w ramach jakich zakresów w 2014 roku hospitalizowani byli pacjenci z analizowaną przyczyną. Największą liczbą hospitalizacji charakteryzowały się oddziały: Oddział obserwacyjno-zakaźny oraz Oddział chorób zakaźnych. Hospitalizacje na tych dwóch oddziałach stanowiły łącznie 89,2% hospitalizacji w analizowanej grupie. Natomiast najwięcej hospitalizacji sprawozdano w ramach zakresów: Choroby zakaźne - hospitalizacja oraz Chirurgia ogólna - hospitalizacja. Hospitalizacje w ramach tych dwóch zakresów stanowiły łącznie 98,6% .

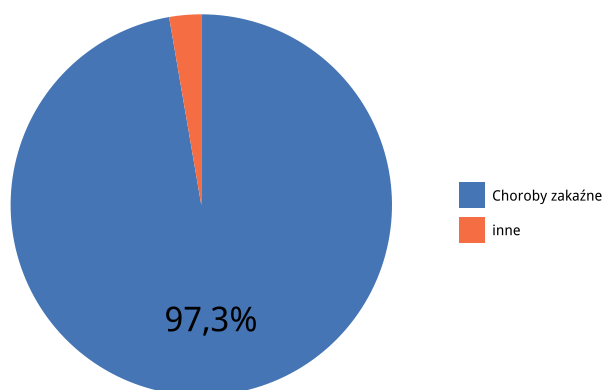
Wykres 2.21: Rozkład hospitalizacji wg oddziałów



Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ.

⁴⁵Przez oddział rozumie się VIII część kodu resortowego, charakteryzującego komórkę organizacyjną przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego (Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2012 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadawania (Dz. U. 2012 poz. 594))

Wykres 2.22: Rozkład hospitalizacji wg zakresów



Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ.

Szczegółowe dane odnośnie liczby hospitalizacji na poszczególnych oddziałach i w ramach poszczególnych zakresów prezentują Tabela 2.43 oraz Tabela 2.44.

Tabela 2.43: Liczba hospitalizacji wykazanych przez świadczeniodawców wg oddziałów (w tys.)

ID	obserwacyjno-zakaźny	chorób zakaźnych	Pozostałe	Suma
02.0001	0,01	0,02	0,01	0,04
02.0020	0,03	-	-	0,03
02.0004	-	-	0,00	0,00
02.0017	-	-	0,00	0,00

Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ.

Tabela 2.44: Liczba hospitalizacji wykazanych przez świadczeniodawców wg zakresów (w tys.)

ID	Choroby zakaźne - hospitalizacja	Pozostałe	Suma
02.0001	0,04	-	0,04
02.0020	0,03	-	0,03
02.0004	-	0,00	0,00
02.0017	-	0,00	0,00

Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ.

Podział na hospitalizacje zabiegowe i zachowawcze został ustalony według słownika grup JGP, w związku z tym ich odsetek jest liczony względem hospitalizacji, w których rozliczono grupy JGP. W województwie kujawsko-pomorskim nie odnotowano hospitalizacji zabiegowych. Odnotowano 100,0% hospitalizacji zachowawczych, natomiast żadnych hospitalizacji specjalistycznych zachowawczych⁴⁶.

Tabela 2.45: Rozkład hospitalizacji według typu sprawozdanego produktu oraz szpitali

ID	Liczba hospitalizacji	% hospitalizacji nie JGP	% hospitalizacji JGP	% JGP zabiegowych	% JGP zachowawczych	% specjalistycznych zabiegowych	% specjalistycznych zachowawczych
02.0001	38	-	100,0	-	100,0	-	-
02.0020	34	-	100,0	-	100,0	-	-
02.0004	1	-	100,0	-	100,0	-	-
02.0017	1	-	100,0	-	100,0	-	-
Woj.	74	-	100,0	-	100,0	-	-
Polska	1 112	1,2	98,8	0,2	99,8	-	-

Źródło: opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ.

W województwie kujawsko-pomorskim odsetek pacjentów przyjętych w czasie⁴⁷, w którym w Polsce przyjęto połowę z nich wyniósł 40,0%. W Polsce odsetek pacjentów przyjętych w trybie nagłym z rozpoznaniem wchodzącym w skład analizowanej grupy rozpoznań wyniósł 82,6%, podczas gdy wartość ta dla województwa wyniosła 93,2%. Liczba świadczeniodawców, dla których odnotowano wyższy niż w Polsce odsetek przyjęć w trybie nagłym wyniosła 3 (100,0%).

Informacje o wartości statystyki opisującej czas oczekiwania na przyjęcie do szpitala oraz strukturę trybów nagłych i planowych dla poszczególnych szpitali w województwie prezentuje Tabela 2.46. Przy interpretacji wskaźnika „% przyjętych do czasu wyznaczonego przez medianę PL” należy zwrócić uwagę na „% trybów nagłych” (nie należy wyciągać wniosków na podstawie pierwszego z tych wskaźników, w przypadku zaobserwowania niskich wartości dla drugiego z nich).

Tabela 2.46: Statystyki dotyczące czasu oczekiwania i trybów przyjęć

ID	% trybów nagłych	% trybów planowych	% inny tryb	mediana czasu oczekiwania (w dniach)	% przyjętych do czasu wyznaczonego przez medianę w PL
02.0001	97,4	2,6	-	2	100,0
02.0020	91,2	8,8	-	43	-
02.0004	100,0	-	-	-	-
02.0017	-	100,0	-	0	100,0
Woj.	93,2	6,8	-	29	40,0
Polska	82,6	17,4	-	3	50,5

Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ.

⁴⁶Tj. takie, których sprawozdanie nie było możliwe w zakresie chorób wewnętrznych lub pediatrii.

⁴⁷Czas oczekiwania liczony jest metodą RTT (ang. Referral To Treatment) wyłącznie dla przyjęć planowych na leczenie szpitalne na podstawie skierowań

Tabela 2.47 prezentuje najczęściej sprawozdane Jednorodne Grupy Pacjentów w ramach hospitalizacji z rozpoznaniem głównym wchodzącym w skład analizowanej podgrupy. Najczęściej wykorzystywaną grupą JGP do sprawozdawania hospitalizacji w analizowanej grupie rozpoznań była G16 OSTRE CHOROBY WĄTROBY (100,0% hospitalizacji sprawozdanych z JGP w województwie). Pełne nazwy grup JGP znajdują się w tabeli 2.48 poniżej.

Tabela 2.47: Udział hospitalizacji w szpitalach wg JGP (%)

ID	G16	Pozostałe	Liczba hospitalizacji JGP (w tys.)
02.0001	100,0	-	0,04
02.0020	100,0	-	0,03
02.0004	100,0	-	0,00
02.0017	100,0	-	0,00
Województwo	100,0	-	0,07
Polska	98,8	1,2	1,10

Źródło: opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ.

Tabela 2.48: Nazwy grup JGP użytych w tabeli

Pełna nazwa produktu
G16 OSTRE CHOROBY WĄTROBY

Źródło: opracowanie DAiS.

W województwie kujawsko-pomorskim 2,7% hospitalizacji zostało sprawozdanych jako hospitalizacje stanowiące zakończenie leczenia⁴⁸, natomiast 91,9% hospitalizacji zakończyło się jako skierowanie do dalszej opieki.⁴⁹

Tabela 2.49: Informacje o trybach wypisu ze szpitala

ID	skierowanie do dalszej opieki [%]	skierowanie do innego szpitala [%]	zakończenie leczenia [%]	zgony [%]
02.0001	97,4	-	2,6	-
02.0020	91,2	5,9	2,9	-
02.0004	-	-	-	100,0
02.0017	-	100,0	-	-
Województwo	91,9	4,1	2,7	1,4
Polska	58,0	3,3	37,8	0,9

⁴⁸Przez zakończenie leczenia rozumie się tryb wypisu 1, 6, 7, 8, 10 wg sprawozdawczości NFZ.

⁴⁹Należy podkreślić, że przez 'zgon' rozumie się tryb wypisu '9' wg sprawozdawczości NFZ. Nie należy oceniać świadczeniodawcy wyłącznie na podstawie tej zmiennej, tj. bez analizy rodzaju udzielanych świadczeń oraz stanu ogólnego pacjentów hospitalizowanych w danej placówce.

ID	skierowanie do dalszej opieki [%]	skierowanie do innego szpitala [%]	zakończenie leczenia [%]	zgony [%]
----	-----------------------------------	------------------------------------	--------------------------	-----------

Źródło: opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ.

W województwie kujawsko-pomorskim odsetek hospitalizacji, po których nastąpiła ponowna hospitalizacja w ciągu 30 dni w tym samym szpitalu (niezależnie od rozpoznania) wyniósł 1,4% (12. najwyższa wartość wśród województw). Tabela 2.50 prezentuje informacje nt. ponownych hospitalizacji dla poszczególnych szpitali.

Tabela 2.50: Udział hospitalizacji zakończonych lub poprzedzonych hospitalizacją.

ID	% hospitalizacji poprzedzonych do 30 dni hosp. z rozpoznaniem z grupy w innym szpitalu	% hospitalizacji zakończonych ponowną hosp. (30 dni) z rozpoznaniem z grupy w dowolnym szpitalu	% hospitalizacji zakończonych ponowną hosp. (30 dni) w tym szpitalu z dowolnym rozpoznaniem
02.0001	-	-	-
02.0020	-	-	2,9
02.0004	-	-	-
02.0017	-	-	-
Woj.	-	-	1,4
Polska	0,3	5,2	8,5

Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ.

Porównanie ponownych hospitalizacji⁵⁰ w ciągu 30 dni ze średnim czasem pobytu wskazuje, że 1 świadczeniodawcę cechował względnie niski udział ponownych hospitalizacji (tj. mniejszy niż w województwie) oraz względnie krótki średni czas pobytu. 1 świadczeniodawca mimo względnie niskiego średniego czasu pobytu cechował się względnie wysokim współczynnikiem ponownych hospitalizacji pacjentów. Równocześnie 1 świadczeniodawca cechował się wyższymi wartościami analizowanych zmiennych niż wartości w województwie (długie pobyty z jednocześnie wysokim współczynnikiem ponownych hospitalizacji w ciągu 30 dni)⁵¹.

Tabela 2.51: Statystyki dotyczące czasu pobytu

ID	ALOS (przeciętna długość pobytu)	MLOS (mediana czasu pobytu)	ALOS standaryzowany metodą bezpośrednią
02.0001	7,6	6,0	8,1

⁵⁰Niezależnie od tego, czy ponowna hospitalizacja miała miejsce u tego świadczeniodawcy czy u innego świadczeniodawcy realizującego świadczenia w ramach kontraktu z NFZ w Polsce.

⁵¹Wnioskowanie o przyczynach tego stanu rzeczy wymaga pogłębionej analizy z wykorzystaniem informacji o stanie i strukturze wiekowej pacjentów.

ID	ALOS (przeciętna długość pobytu)	MLOS (mediana czasu pobytu)	ALOS standaryzowany metodą bezpośrednią
02.0020	6,3	5,0	6,5
02.0004	7,0	7,0	7,9
02.0017	3,0	3,0	7,8
Woj.	6,9	6,0	6,9
Polska	7,9	6,0	7,9

Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ.

Jedną z kategorii czynników wpływających na różnice w przyjmowanych wartościach przez wskaźniki w poszczególnych szpitalach, są cechy demograficzne pacjentów oraz ich stan zdrowia. Tabela 2.52 prezentuje statystyki dotyczące struktury wieku i płci pacjentów w poszczególnych szpitalach. Dodatkowo zawarto w niej informacje o współczynniku wielochorobowości. Współczynnik wielochorobowości oparty jest na pracy Mary E. Charlson. Jest to zmienna, która pozwala określić w jakim stopniu obciążony innymi chorobami jest pacjent, którego przyjęto do szpitala. Celem było stworzenie współczynnika wyrażającego się w liczbach całkowitych, który wraz z podstawowymi danymi demograficznymi (płeć, wiek) byłby dobrym predyktorem śmiertelności. Charlson (1987)⁵² proponuje 17 grup schorzeń i każdej z tych grup, na podstawie analizy przeżywalności, przypisuje pewną wagę (od 1 do 6). Wyższa wartość wagi oznacza większy wpływ danej grupy chorób na prawdopodobieństwo zgonu (np. w ciągu 30 dni). Z zasady schorzenia wyróżnione przez Charlson (1987) są poważnymi chorobami przewlekłymi.

Dla każdego pacjenta określa się, czy cierpi on na jakąś chorobę z konkretnej grupy i jeśli tak to przypisuje mu się daną grupę. Wartość współczynnika dla takiego pacjenta będzie zatem sumą wag przypisanych mu grup. Na potrzeby niniejszego opracowania przypisywanie grup do pacjentów zostało oparte na pracy Quan (2011)⁵³ przypisując odpowiednie grupy schorzeń danemu pacjentowi na podstawie kodów ICD-10 głównych i współistniejących.

Powstało wiele różnych propozycji co do wag odpowiednich grup chorób w zależności od badanej grupy pacjentów (region, wiek, konkretne schorzenia), a także wiele grupowań kodów ICD do 17 grup schorzeń wyróżnionych w pierwotnej pracy. W celu opracowania najlepszego dla Polski wskaźnika przetestowano pojawiające się w literaturze grupowania oraz wagi, a także opracowano własną metodykę grupowania, a za pomocą modeli statystycznych własne zestawy wag. Testowanie na podstawie danych NFZ wykazało, że najlepszym predyktorem śmiertelności jest klasyfikacja kodów ICD-10 do 17 grup chorób opracowana na potrzeby map (klasyfikacja oparta na syntezie grupowań Quan (2005)⁵⁴ oraz Thygesen (2011)⁵⁵.

Wyznaczony współczynnik jest statystyką, którą opisuje się wyłącznie osoby dorosłe. Dlatego też osobom poniżej 18 roku życia nie przypisywano żadnych wartości współczynnika i nie ujęto ich w zestawieniach dotyczących współczynnika wielochorobowości. Udział hospitalizacji z najniższą wartością tego współczynnika dla województwa wyniósł 94,5%.⁵⁶

⁵²Charlson, Mary E., et al. 'A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation.' *Journal of chronic diseases* 40.5 (1987): 373-383.

⁵³Quan, Hude, et al. 'Updating and validating the Charlson comorbidity index and score for risk adjustment in hospital discharge abstracts using data from 6 countries.' *American journal of epidemiology* 173.6 (2011): 676-682.

⁵⁴Quan, Hude, et al. 'Coding algorithms for defining comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data.' *Medical care* (2005): 1130-1139.

⁵⁵Thygesen, Sandra K., et al. 'The predictive value of ICD-10 diagnostic coding used to assess Charlson comorbidity index conditions in the population-based Danish National Registry of Patients.' *BMC medical research methodology* 11.1 (2011): 1.

⁵⁶Interpretacja wartości współczynników powinna być następująca. Zasadniczo pacjent z zerowym współczynnikiem wielochorobowości jest osobą, która w przeciągu ostatniego roku nie była hospitalizowana z powodu chorób ujętych w opracowanej klasyfikacji (czyli chorób o najwyższej śmiertelności oraz chorób przewlekłych zwiększających znacznie ryzyko zgonu). Nie oznacza to, że tych chorób nie miała. To jest niemożliwe do określenia na podstawie danych administracyjnych ze względu na ich sprawozdawczo-rozliczeniowy, a nie medyczny cel i charakter. Wnioskuje się jednak, że hospitalizacja z

Tabela 2.52: Informacje o pacjentach

ID	Średni wiek pacjenta	Udział pacjentów 65+ [%]	Udział pacjentów 80+ [%]	Udział kobiet [%]	Udział pacjentów z współczynnikiem Charlson równym 0	Udział pacjentów z współczynnikiem Charlson równym od 1 do 2	Udział pacjentów z współczynnikiem Charlson równym od 3 do 4	Udział pacjentów z współczynnikiem Charlson równym 5 lub więcej
02.0001	26,34	-	-	34,21	96,77	3,23	-	-
02.0020	27,50	3,12	-	41,18	90,91	-	4,55	4,55
02.0017	65,00	100,00	-	100,00	100,00	-	-	-
02.0004	33,00	-	-	100,00	100,00	-	-	-
Woj.	27,49	2,78	-	39,19	94,55	1,82	1,82	1,82
Polska	29,72	5,51	1,90	49,91	80,72	13,20	5,17	0,91

Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ

O charakterze danego szpitala świadczy między innymi struktura pacjentów pod względem ich miejsca zamieszkania. U żadnego ze świadczeniodawców nie odnotowano znacznego (tj. powyżej 20%) udziału pacjentów spoza województwa). Najwyższy udział wyniósł 5,9%. Informacje w tym zakresie prezentuje Tabela 2.53.

Tabela 2.53: Struktura hospitalizacji ze względu na miejsce zamieszkania pacjenta

ID	% hospitalizacji pacjentów spoza województwa	% hospitalizacji pacjentów ze swojego województwa, ale spoza powiatu	% hospitalizacji pacjentów ze swojego powiatu
02.0001	2,6	44,7	52,6
02.0020	-	44,1	55,9
02.0017	-	-	100,0
02.0004	-	-	100,0
Woj.	1,4	43,2	55,4
Polska	5,9	47,5	46,6

Źródło: opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ.

2.1.4 Zwłóknienie i marskość i rak wątroby jako możliwe powikłanie WZW

W 2014 roku w województwie kujawsko-pomorskim odnotowano 824 hospitalizacji z powodu rozpoznania, zakwalifikowanych jako Zwłóknienie i marskość wątroby (dalej: podgrupa)⁵⁷, co stanowiło 100,00%

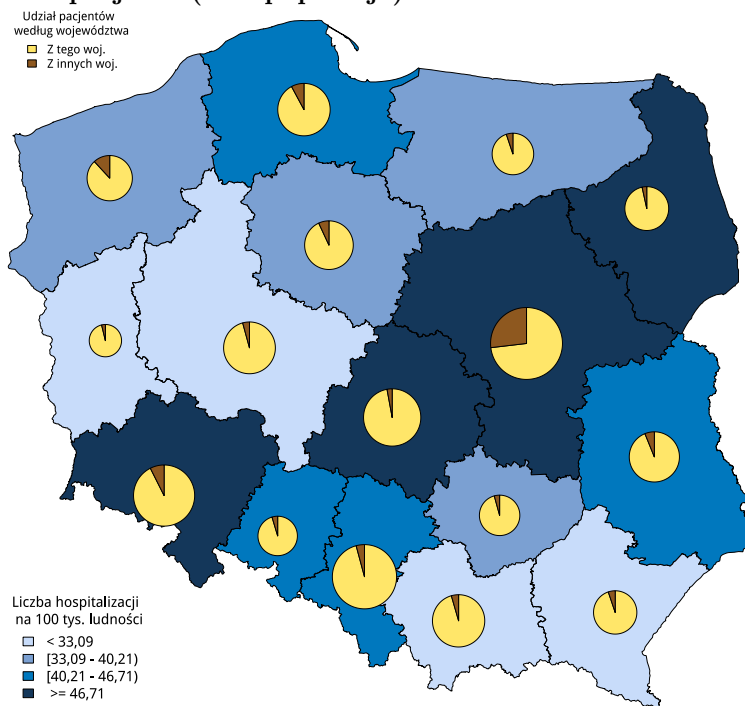
powodu danego rozpoznania przewlekłego świadczy o jego poważnym charakterze i ma znaczny wpływ na śmiertelność (w odróżnieniu od np. rozpoznania w AOS lub POZ – stąd też te formy opieki nie zostały uwzględnione w analizie). Zatem osobę o zerowym współczynniku wielochorobowości należy interpretować w następujący sposób: jest to pacjent, który nie ma chorób przewlekłych określonych w grupowaniu, bądź też choroby te mają na tyle niegroźną formę, że nie wpływają znacząco na jakość życia i zdrowia, a przede wszystkim prawdopodobieństwo zgonu tego pacjenta (przy kontroli wiekiem i płcią). Analogicznie myśleć należy o pacjentach z dodatnimi wartościami współczynnika.

⁵⁷W analizowanej podgrupie zostały uwzględnione następujące rozpoznania wg Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD10: K74, K72, C22.

wszystkich hospitalizacji z powodu rozpoznań, które przeanalizowano w niniejszym dokumencie. Liczba hospitalizacji na 100 tys. mieszkańców wyniosła 39,44 i była to 9. największa wartość wśród województw. W analizie wyróżniono kilka grup wiekowych:

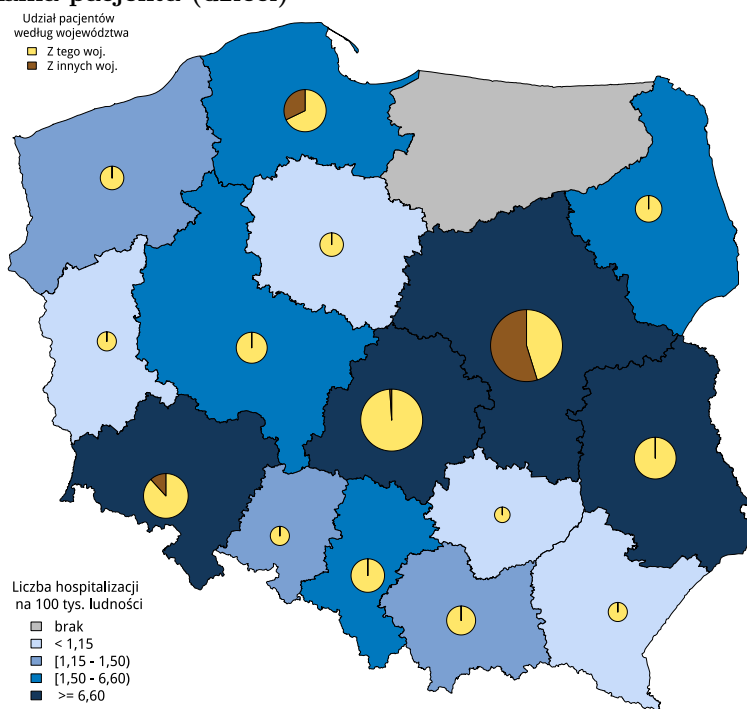
- w grupie wiekowej 0-17 liczba hospitalizacji w przeliczeniu na 100 tys. ludności wyniosła 1,04 (13. największa wartość wśród województw)
- w grupie wiekowej 18+ liczba hospitalizacji w przeliczeniu na 100 tys. ludności wyniosła 48,06 (9. największa wartość wśród województw)

Mapa 2.13: Liczba hospitalizacji na 100 tys. ludności oraz struktura hospitalizacji względem miejsca zamieszkania pacjenta (cała populacja)



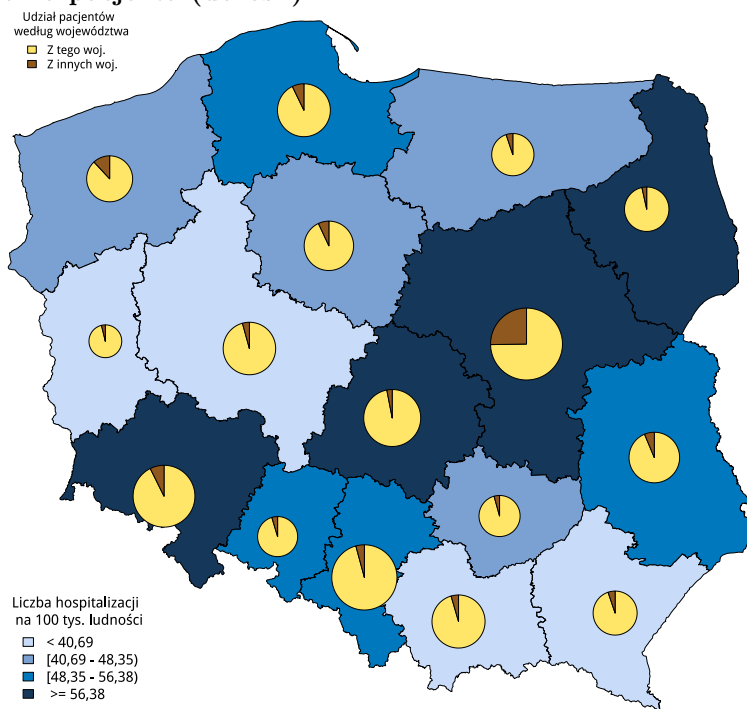
Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

Mapa 2.14: Liczba hospitalizacji na 100 tys. ludności oraz struktura hospitalizacji względem miejsca zamieszkania pacjenta (dzieci)



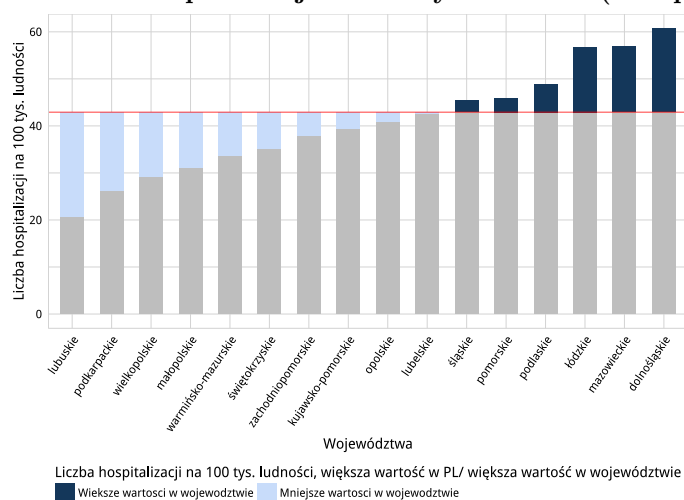
Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

Mapa 2.15: Liczba hospitalizacji na 100 tys. ludności oraz struktura hospitalizacji względem miejsca zamieszkania pacjenta (dorośli)



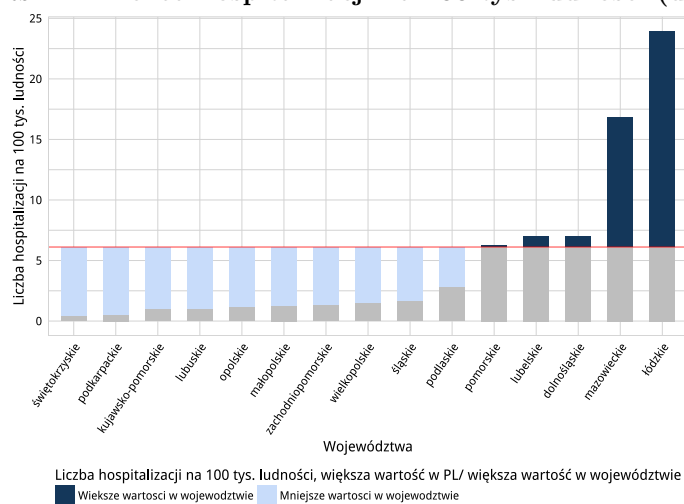
Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

Wykres 2.23: Liczba hospitalizacji na 100 tys. ludności (cała populacja)



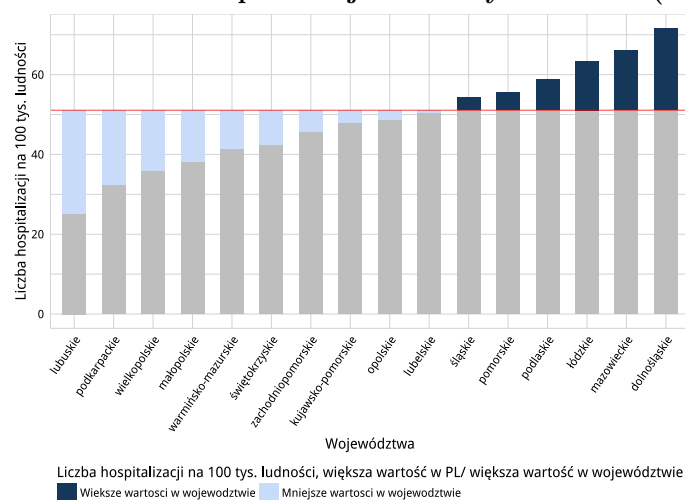
Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

Wykres 2.24: Liczba hospitalizacji na 100 tys. ludności (dzieci)



Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

Wykres 2.25: Liczba hospitalizacji na 100 tys. ludności (dorośli)



Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

Tabela 2.54: Podstawowe statystyki dotyczące liczby i struktury hospitalizacji w poszczególnych województwach.

Województwo	Łączna liczba hospitalizacji (w tys.)	Liczba hospitalizacji trwających 1 dzień (w tys.)	Liczba hosp. (w tys.) (w trybie jednodniowym)	% hosp. spoza województwa	Liczba hosp. pacj. z tego woj. w innych woj.	Liczba hosp. na 100 tys. ludności
dolnośląskie	1,77	0,05	-	7,4	67	60,74
kujawsko-pomorskie	0,82	0,01	-	6,9	72	39,44
lubelskie	0,91	0,04	-	6,1	93	42,56
lubuskie	0,21	0,01	-	3,8	88	20,68
łódzkie	1,42	0,12	-	2,9	137	56,80
małopolskie	1,05	0,01	-	4,5	135	31,15
mazowieckie	3,03	0,20	0,00	26,9	64	56,89
opolskie	0,41	0,00	-	4,6	68	40,99
podkarpackie	0,56	0,01	-	5,2	111	26,30
podlaskie	0,58	0,01	-	3,4	49	48,91
pomorskie	1,06	0,02	0,00	7,8	91	45,97
śląskie	2,08	0,04	-	4,2	144	45,41
świętokrzyskie	0,44	0,00	-	4,3	86	35,24
warmińsko-mazurskie	0,49	0,01	-	5,1	101	33,73
wielkopolskie	1,01	0,04	0,01	4,2	196	29,21
zachodniopomorskie	0,65	0,02	-	11,9	55	37,84

Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

Tabela 2.55: Statystyki dotyczące liczby i struktury hospitalizacji w poszczególnych województwach w podziale na grupy wiekowe na 100 tys. ludności z danej grupy wiekowej

Województwo	Grupa wiekowa	
	0-17	18+
dolnośląskie	7,0	71,6
kujawsko-pomorskie	1,0	48,1
lubelskie	6,9	50,4
lubuskie	1,1	25,1
łódzkie	23,9	63,5
małopolskie	1,2	38,2
mazowieckie	16,8	66,0
opolskie	1,2	48,7
podkarpackie	0,5	32,3
podlaskie	2,9	58,8
pomorskie	6,2	55,6
śląskie	1,7	54,2
świętokrzyskie	0,5	42,4
warmińsko-mazurskie	-	41,5
wielkopolskie	1,5	35,8
zachodniopomorskie	1,3	45,6

Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

2.1.5 Częstość występowania chorób współistniejących u zakażonych HBV i HCV

Tabela 2.56: Częstość występowania chorób współistniejących i powikłań u chorych zakażonych HBV i HCV w Polsce (na podstawie analizy rozpoznań szpitalnych)

Choroba współistniejąca	Zakażenie HBV [%]	Zakażenie HCV [%]	Koinfekcja HBV i HCV [%]
Marskość wątroby (K74)	4,7	11,8	16,2
Niewydolność wątroby (K72)	1,1	2,0	4,6
Nowotwory pierwotne wątroby (C22)	1,2	1,6	5,3
Zakażenie HIV (B20-B24)	0,4	3,4	6,1
Ziarnica złośliwa i chłoniaki (C81-85)	1,1	0,3	0,2

Źródło: opracowanie DAS na podstawie danych NFZ.

Wśród zakażonych HCV hospitalizowanych w Polsce w roku 2014 prawie 12% miało rozpoznanie (postawione przy tej bądź innej hospitalizacji) marskości wątroby oraz 5% niewydolności wątroby, co zdecydowanie przekracza wartości obserwowane w zakażeniu HBV. U chorych z współzakażeniem HBV i HCV zdecydowanie częściej notowano rozpoznanie marskości wątroby w porównano z monoinfekcją. Nowotwory pierwotne wątroby dotyczyły ponad 1% zakażonych zarówno HBV jak i HCV, zaś w koinfekcji HBV/HCV wartość ta przekroczyła 5%. Zakażenie HIV dotyczy ponad 3% chorych z HCV, zaś jedynie 0,4% z HBV. Ponadto zwraca uwagę ponad 3-krotnie częstsze współwystępowanie ziarnicy złośliwej i

chłoniaków złośliwych wśród zakażonych HBV w porównaniu do chorych z zakażeniem HCV.

2.1.6 Programy lekowe w leczeniu przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu B lub C

W Polsce w 2014 roku program lekowy o nazwie 'Leczenie przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu B' był realizowany przez 64 świadczeniodawców, z czego 2 znajdowało się w województwie kujawsko-pomorskim. Należy podkreślić, że w niniejszym rozdziale analizowani są świadczeniodawcy, którzy przyjęli przynajmniej jednego pacjenta w ramach programu lekowego, a nie świadczeniodawcy, którzy mają umowę na realizację tego programu lekowego. W związku z tym liczba świadczeniodawców uprawnionych do leczenia analizowanym programem lekowym może być większa niż liczba świadczeniodawców przedstawiona w poniższej tabeli. Tabela 2.57 prezentuje listę świadczeniodawców, którzy udzielali świadczenia z zakresu Leczenie przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu B. W kolejnych kolumnach zaprezentowano odpowiednio dla każdego świadczeniodawcy: liczbę pacjentów w programie lekowych, liczbę kontaktów w programie lekowym oraz udział kontaktów rozliczonych jako hospitalizacja⁵⁸.

Tabela 2.57: Świadczeniodawcy realizujący program lekowy 'Leczenie przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu B'

Nazwa	Powiat	Liczba pacjentów	Liczba kontaktów (w tys.)	w tym % hospitalizacji	w tym % hospitalizacji trwających 1 dzień
Specjalistyczny Szpital im. dr Alfreda Sokołowskiego	m. Wałbrzych	45	485	100,00	100,00
Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Jana Mikulicza-Radeckiego we Wrocławiu	m. Wrocław	20	216	100,00	99,54
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. J. Gromkowskiego	m. Wrocław	215	1789	0,39	14,29
Zespół Opieki Zdrowotnej w Bolesławcu	bolesławiecki	15	151	0,66	-
Wojewódzki Szpital Zespolony im. L. Rydygiera w Toruniu	m. Toruń	159	933	100,00	94,75
Wojewódzki Szpital Obserwacyjno-Zakaźny im. Tadeusza Browicza w Bydgoszczy	m. Bydgoszcz	324	2128	3,48	58,11
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Puławach	puławski	7	87	2,30	-
Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1 w Lublinie	m. Lublin	119	943	0,11	-
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Łukowie	łukowski	5	30	100,00	70,00
Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Chełmie	m. Chełm	1	46	-	-
Wielospecjalistyczny Szpital Wojewódzki w Gorzowie Wlkp. sp. z o.o.	m. Gorzów Wielkopolski	31	271	-	-
Lubuska Specjalistyczna Poradnia Chorób Wątroby	m. Zielona Góra	90	804	-	-
Wojewódzki Specjalistyczny Szpital im. dr Wł. Biegańskiego	m. Łódź	534	3247	-	-

⁵⁸Hospitalizacje oraz wizyty w programie lekowym nie były brane pod uwagę przy wcześniejszej analizie lecznictwa szpitalnego i ambulatoryjnego.

Nazwa	Powiat	Liczba pacjentów	Liczba kontaktów (w tys.)	w tym % hospitalizacji	w tym % hospitalizacji trwających 1 dzień
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Uniwersytecki w Krakowie	m. Kraków	255	1577	-	-
Szpital Specjalistyczny im. Stefana Żeromskiego Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Krakowie	m. Kraków	34	634	0,32	-
Zespół Opieki Zdrowotnej w Suchej Beskidzkiej	suski	2	14	100,00	85,71
5 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką - Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Krakowie	m. Kraków	2	15	100,00	93,33
Krakowski Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II	m. Kraków	162	1029	32,36	43,84
Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Proszowicach	proszowicki	4	144	0,69	-
Wojskowy Instytut Medyczny	m. st. Warszawa	31	311	4,50	78,57
Centralny Szpital Kliniczny MSW w Warszawie	m. st. Warszawa	67	658	1,52	-
Wojewódzki Szpital Zespolony w Płocku	m. Płock	81	500	76,20	100,00
Specjalistyczny Szpital Wojewódzki w Ciechanowie	ciechanowski	23	250	20,80	98,08
Radomski Szpital Specjalistyczny im. dr Tytusa Chałubińskiego	m. Radom	65	425	-	-
Mazowiecki Szpital Specjalistyczny im. dr Józefa Psarskiego w Ostrołęce	m. Ostrołęka	12	25	100,00	100,00
Wojewódzki Szpital Zakaźny w Warszawie	m. st. Warszawa	753	4855	67,48	98,47
Szpital Wojewódzki w Opolu sp. z o.o.	m. Opole	156	979	5,62	3,64
Wojewódzki Szpital im. św. Ojca Pio w Przemyślu	m. Przemyśl	1	2	-	-
Szpital Powiatowy im. Edmunda Biernackiego w Mielcu	mielecki	5	17	11,76	-
Szpital Specjalistyczny w Jaśle	jasielski	36	235	34,04	73,75
Zespół Opieki Zdrowotnej w Dębicy	dębicki	96	733	2,46	-
Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Sanoku	sanocki	28	164	35,98	88,14
Centrum Opieki Medycznej w Jarosławiu	jarosławski	8	30	6,67	50,00
Centrum Medyczne w Łańcucie	łańcucki	99	1054	1,23	-
Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku	m. Białystok	158	736	-	-
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Bielsku Podlaskim	bielski	1	13	38,46	40,00
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Janusza Korczaka	m. Słupsk	4	27	-	-
Pomorskie Centrum Chorób Zakaźnych i Gruźlicy sp. z o.o.	m. Gdańsk	357	1849	3,46	-

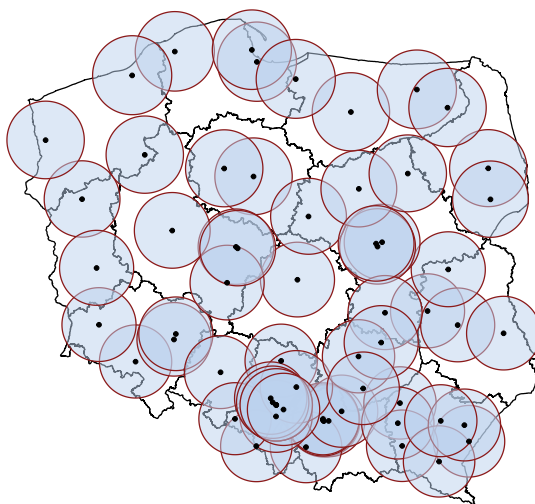
Nazwa	Powiat	Liczba pacjentów	Liczba kontaktów (w tys.)	w tym % hospitalizacji	w tym % hospitalizacji trwających 1 dzień
Uniwersyteckie Centrum Medycyny Morskiej i Tropikalnej	m. Gdynia	1	3	-	-
Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Cieszynie	cieszyński	68	599	0,33	-
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. N.M.P.	m. Częstochowa	24	261	1,15	-
Megrez sp. z o.o.	m. Tychy	88	828	0,24	-
SP Centralny Szpital Kliniczny im. prof. Kornela Gibińskiego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach	m. Katowice	37	366	-	-
Szpital Rejonowy im. dr Józefa Rostka w Raciborzu	raciborski	162	930	-	-
Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny im. Andrzeja Mielęckiego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach,	m. Katowice	47	225	-	-
Szpital Powiatowy w Zawierciu	zawierciański	25	201	-	-
Szpital Specjalistyczny Nr 1 w Bytomiu	m. Bytom	97	532	-	-
Szpital Specjalistyczny w Chorzowie	m. Chorzów	354	1556	0,06	-
Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej All-Medicus	m. Katowice	42	379	-	-
Arkadiusz Pisula	m. Mysłowice	136	787	-	-
Wojewódzki Szpital Zespolony w Kielcach	m. Kielce	103	141	100,00	-
Powiatowy Zakład Opieki Zdrowotnej	starachowicki	7	78	14,10	-
Zespół Opieki Zdrowotnej w Busku-Zdroju	buski	18	142	31,69	-
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie	m. Olsztyn	27	210	-	-
"Szpital Giżycki" sp. z o.o.	giżycki	17	109	100,00	66,06
Samodzielny Publiczny Specjalistyczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Miejski im. Jana Pawła II w Elblągu	m. Elbląg	31	290	-	-
S.c. Zdrowie - Andrzej Skrzyppowski, Krzysztof Grzegorz Kropiwnicki, Lilla Szypulska	ełcki	6	94	-	-
Wojewódzki Szpital Zespolony w Koninie	m.Konin	31	149	100,00	98,66
Wielospecjalistyczny Szpital Miejski im. Józefa Strusia z Zakładem Opiekuńczo-Lecznym. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej z Siedzibą w Poznaniu przy ul. Szwajcarskiej 3	m.Poznań	566	3853	-	-
Wojewódzki Szpital Zespolony im. Ludwika Perzyny w Kaliszu	m.Kalisz	3	9	33,33	-
Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Przychodnia Specjalistyczna Gemini	koniński	9	53	-	-
Szpital Wojewódzki im. M. Kopernika w Koszalinie	m. Koszalin	34	302	1,66	-
Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Zespolony	m. Szczecin	239	2367	0,34	12,50

Nazwa	Powiat	Liczba pacjentów	Liczba kontaktów (w tys.)	w tym % hospitalizacji	w tym % hospitalizacji trwających 1 dzień
107 Szpital Wojskowy z Przychodnią Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Wałczu	wałecki	4	24	37,50	-

Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ.

Mapa 2.16 prezentuje lokalizacje świadczeniodawców (por. Tabela 2.57) z okręgiem wskazującym 50 kilometrów od tej lokalizacji.

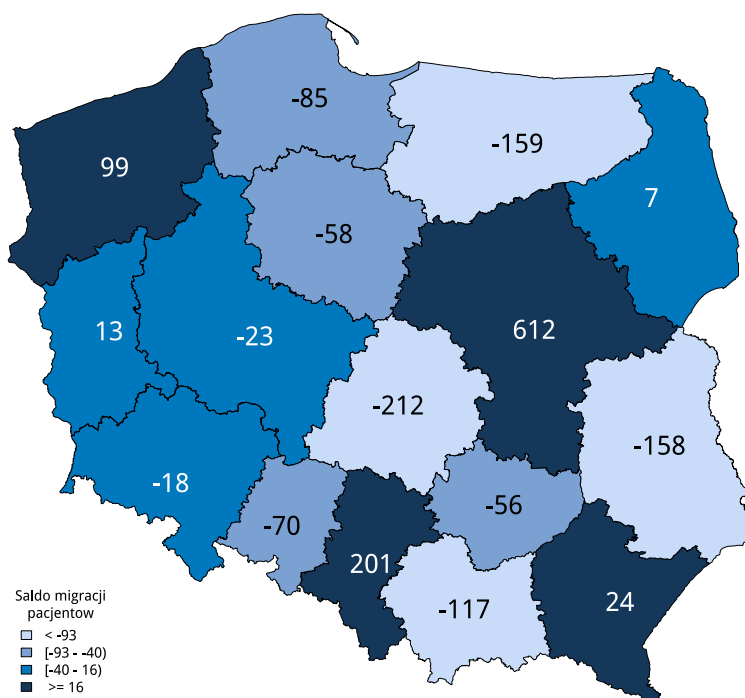
Mapa 2.16: Rozmieszczenie świadczeniodawców realizujących programy lekowy



Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ.

Mapa 2.17 przedstawia saldo migracji dla poszczególnych województw. Jest to różnica pomiędzy liczbą kontaktów pacjentów spoza danego województwa, którym udzielono świadczeń w danym województwie, a liczbą kontaktów pacjentów z danego województwa, którym udzielono świadczeń w innym województwie. Przez kontakt rozumie się przyjęcie hospitalizacyjne lub ambulatoryjne.

Mapa 2.17: Saldo migracji w programie lekowym 'Leczenie przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu B'



Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ.

W Polsce w 2014 roku program lekowy o nazwie 'Leczenie przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C' był realizowany przez 73 świadczeniodawców, z czego 2 znajdowało się w województwie kujawsko-pomorskim. Należy podkreślić, że w niniejszym rozdziale analizowani są świadczeniodawcy, którzy przyjęli przynajmniej jednego pacjenta w ramach programu lekowego, a nie świadczeniodawcy, którzy mają umowę na realizację tego programu lekowego. W związku z tym liczba świadczeniodawców uprawnionych do leczenia analizowanym programem lekowym może być większa niż liczba świadczeniodawców przedstawiona w poniższej tabeli. Tabela 2.58 prezentuje listę świadczeniodawców, którzy udzielali świadczenia z zakresu Leczenie przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C. W kolejnych kolumnach zaprezentowano odpowiednio dla każdego świadczeniodawcy: liczbę pacjentów w programie lekowych, liczbę kontaktów w programie lekowym oraz udział kontaktów rozliczonych jako hospitalizacja⁵⁹.

Tabela 2.58: Świadczeniodawcy realizujący program lekowy 'Leczenie przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C'

Nazwa	Powiat	Liczba pacjentów	Liczba kontaktów (w tys.)	w tym % hospitalizacji	w tym % hospitalizacji trwających 1 dzień
Specjalistyczny Szpital im. dr Alfreda Sokołowskiego	m. Wałbrzych	103	722	100,00	100,00
Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1 we Wrocławiu	m. Wrocław	7	22	100,00	86,36
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. J. Gromkowskiego	m. Wrocław	487	4396	5,94	0,38
Zespół Opieki Zdrowotnej w Bolesławcu	bolesławiecki	23	214	8,88	-

⁵⁹Hospitalizacje oraz wizyty w programie lekowym nie były brane pod uwagę przy wcześniejszej analizie lecznictwa szpitalnego i ambulatoryjnego.

Nazwa	Powiat	Liczba pacjentów	Liczba kontaktów (w tys.)	w tym % hospitalizacji	w tym % hospitalizacji trwających 1 dzień
Rex Company s.a. Ogólnopolskie Centrum Genetyki	m. Wrocław	35	368	-	-
Wojewódzki Szpital Zespolony im. L. Rydygiera w Toruniu	m. Toruń	164	1287	100,00	93,08
Wojewódzki Szpital Obserwacyjno-Zakaźny im. Tadeusza Browicza w Bydgoszczy	m. Bydgoszcz	500	2453	6,69	17,07
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Białej Podlaskiej	m. Biała Podlaska	35	402	-	-
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Puławach	puławski	37	416	5,77	-
Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1 w Lublinie	m. Lublin	223	2319	4,14	-
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Łukowie	łukowski	14	92	100,00	48,91
Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Chełmie	m. Chełm	11	232	-	-
Arion Szpitale sp. z o.o.	biłgorajski	13	540	100,00	99,07
Samodzielny Publiczny Szpital Wojewódzki im. Jana Bożego w Lublinie	m. Lublin	5	31	22,58	57,14
Wielospecjalistyczny Szpital Wojewódzki w Gorzowie Wlkp. sp. z o.o.	m. Gorzów Wielkopolski	47	281	-	-
Lubuska Specjalistyczna Poradnia Chorób Wątroby	m. Zielona Góra	330	1906	-	-
Wojewódzki Specjalistyczny Szpital im. dr Wł. Biegańskiego	m. Łódź	487	3998	-	-
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Uniwersytecki w Krakowie	m. Kraków	152	945	-	-
Szpital Specjalistyczny im. Stefana Żeromskiego Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Krakowie	m. Kraków	71	1126	0,09	-
Zespół Opieki Zdrowotnej w Suchej Beskidzkiej	suski	4	5	100,00	60,00
5 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką - Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Krakowie	m. Kraków	22	142	100,00	88,73
Krakowski Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II	m. Kraków	200	1052	37,93	19,55
Zespół Opieki Zdrowotnej w Dąbrowie Tarnowskiej	dąbrowski	26	279	92,83	95,37
Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Proszowicach	proszowicki	5	77	5,19	-
Wojskowy Instytut Medyczny	m. st. Warszawa	73	614	0,98	-
Centralny Szpital Kliniczny MSW w Warszawie	m. st. Warszawa	232	1613	9,18	-
Samodzielny Publiczny Centralny Szpital Kliniczny	m. st. Warszawa	18	101	13,86	-

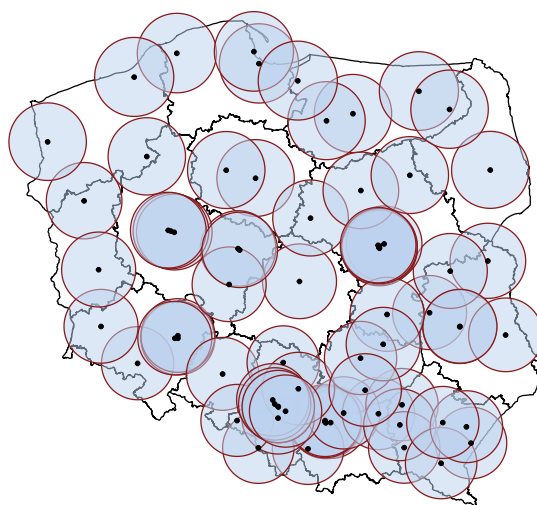
Nazwa	Powiat	Liczba pacjentów	Liczba kontaktów (w tys.)	w tym % hospitalizacji	w tym % hospitalizacji trwających 1 dzień
Wojewódzki Szpital Zespolony w Płocku	m. Płock	26	252	100,00	100,00
Specjalistyczny Szpital Wojewódzki w Ciechanowie	ciechanowski	46	309	24,27	80,00
Radomski Szpital Specjalistyczny im. dr Tytusa Chałubińskiego	m. Radom	29	144	-	-
Szpital Kliniczny Dzieciątka Jezus	m. st. Warszawa	60	159	-	-
Mazowiecki Szpital Specjalistyczny im. dr Józefa Psarskiego w Ostrołęce	m. Ostrołęka	14	94	100,00	98,94
Wojewódzki Szpital Zakaźny w Warszawie	m. st. Warszawa	1056	9129	61,81	94,79
Szpital Wojewódzki w Opolu sp. z o.o.	m. Opole	150	1137	14,25	0,62
Wojewódzki Szpital im. św. Ojca Pio w Przemysłu	m. Przemysł	3	27	18,52	-
Szpital Powiatowy im. Edmunda Biernackiego w Mielcu	mielecki	37	345	6,67	-
Szpital Specjalistyczny w Jaśle	jasielski	16	133	31,58	73,81
Zespół Opieki Zdrowotnej w Dębicy	dębicki	56	549	5,28	-
Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Sanoku	sanocki	25	207	18,84	58,97
Centrum Opieki Medycznej w Jarosławiu	jarosławski	14	82	8,54	-
Centrum Medyczne w Łańcucie	łańcucki	53	363	11,29	12,20
Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku	m. Białystok	76	546	0,18	-
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Janusza Korczaka	m. Słupsk	8	41	-	-
Pomorskie Centrum Chorób Zakaźnych i Gruźlicy sp. z o.o.	m. Gdańsk	279	1986	3,63	16,67
Uniwersyteckie Centrum Medycyny Morskiej i Tropikalnej	m. Gdynia	10	31	-	-
Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Cieszynie	cieszyński	64	731	1,37	-
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. N.M.P.	m. Częstochowa	25	260	5,77	-
Megrez sp. z o.o.	m. Tychy	101	870	0,80	14,29
SP Centralny Szpital Kliniczny im. prof. Kornela Gibińskiego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach	m. Katowice	48	325	-	-
Szpital Rejonowy im. dr Józefa Rostka w Raciborzu	raciborski	125	816	-	-
Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny im. Andrzeja Mieleckiego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach,	m. Katowice	10	59	-	-
Szpital Powiatowy w Zawierciu	zawierciański	27	214	-	-
Szpital Specjalistyczny Nr 1 w Bytomiu	m. Bytom	97	619	0,16	-
Szpital Specjalistyczny w Chorzowie	m. Chorzów	354	2358	0,25	-

Nazwa	Powiat	Liczba pacjentów	Liczba kontaktów (w tys.)	w tym % hospitalizacji	w tym % hospitalizacji trwających 1 dzień
Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej All-Medicus	m. Katowice	66	457	-	-
Arkadiusz Pisula	m. Mysłowice	232	1781	-	-
Wojewódzki Szpital Zespolony w Kielcach	m. Kielce	172	306	100,00	-
Powiatowy Zakład Opieki Zdrowotnej starachowicki	starachowicki	11	79	16,46	-
Zespół Opieki Zdrowotnej w Busku-Zdroju	buski	33	302	31,79	14,58
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie	m. Olsztyn	48	306	-	-
”Szpital Giżycki” sp. z o.o.	giżycki	38	317	100,00	70,66
”Powiatowy Zespół Opieki Zdrowotnej w Ostródzie - s.a.”	ostródzki	4	29	100,00	72,41
Samodzielny Publiczny Specjalistyczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Miejski im. Jana Pawła II w Elblągu	m. Elbląg	61	340	-	-
S.c. Zdrowie - Andrzej Skrzypkowski, Krzysztof Grzegorz Kropiwnicki, Lilla Szypulska	ełcki	14	274	-	-
Wojewódzki Szpital Zespolony w Koninie	m.Konin	22	148	100,00	96,62
Wielospecjalistyczny Szpital Miejski im. Józefa Strusia z Zakładem Opiekuńczo-Lecznicznym. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej z Siedzibą w Poznaniu przy ul. Szwajcarskiej 3	m.Poznań	261	1369	-	-
Wojewódzki Szpital Zespolony im. Ludwika Perzyny w Kaliszu	m.Kalisz	12	44	45,45	40,00
Specjalistyczny Zespół Opieki Zdrowotnej Nad Matką i Dzieckiem w Poznaniu	m.Poznań	3	13	100,00	84,62
Szpital Kliniczny im. Karola Jonschera Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu	m.Poznań	2	10	100,00	100,00
Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Przychodnia Specjalistyczna Gemini	koniński	28	186	-	-
Szpital Wojewódzki im. M. Kopernika w Koszalinie	m. Koszalin	48	750	4,00	-
Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Zespolony	m. Szczecin	170	1205	8,22	2,02
107 Szpital Wojskowy z Przychodnią Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Wałczu	wałecki	23	180	37,22	-

Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ.

Mapa 2.18 prezentuje lokalizacje świadczeniodawców (por. Tabela 2.58) z okręgiem wskazującym 50 kilometrów od tej lokalizacji.

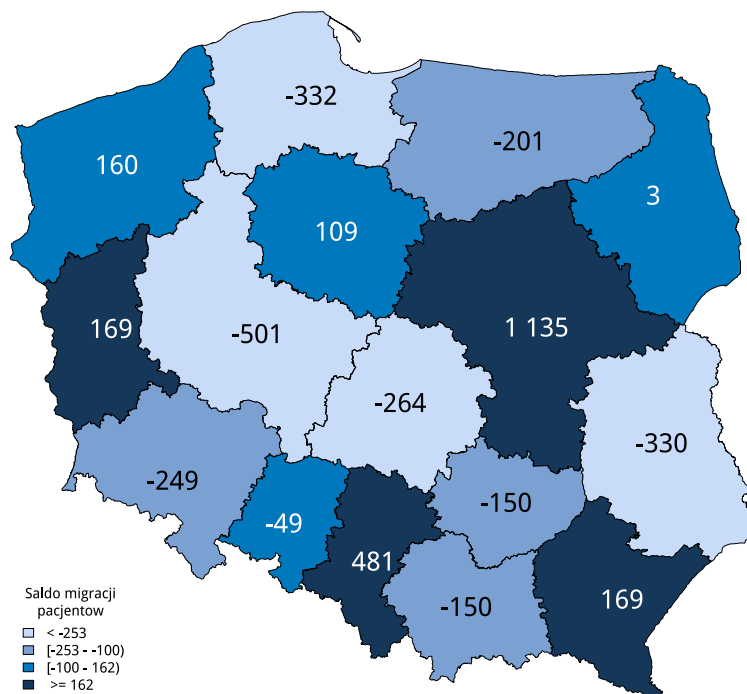
Mapa 2.18: Rozmieszczenie świadczeniodawców realizujących programy lekowy



Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ.

Mapa 2.19 przedstawia saldo migracji dla poszczególnych województw. Jest to różnica pomiędzy liczbą kontaktów pacjentów spoza danego województwa, którym udzielono świadczeń w danym województwie, a liczbą kontaktów pacjentów z danego województwa, którym udzielono świadczeń w innym województwie. Przez kontakt rozumie się przyjęcie hospitalizacyjne lub ambulatoryjne.

Mapa 2.19: Saldo migracji w programie lekowym 'Leczenie przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C'



Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ.

2.2 AmulATORYJNA OPIEKA SPECJALISTYCZNA

2.2.1 Wybór poradni

Na potrzeby niniejszego opracowania wykorzystano indywidualne dane sprawozdawcze Narodowego Funduszu Zdrowia dotyczące świadczeń w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej sprawozdanych za rok 2014 (dalej: dane NFZ) oraz dane gromadzone w ramach statystyki publicznej. Przez porady wykazane w danych NFZ rozumie się każdy kontakt sprawozdany w ramach umowy dotyczącej ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. W przeciwieństwie do świadczeń szpitalnych znaczna część tego typu świadczeń wykonywana jest poza systemem świadczeń finansowanych ze środków publicznych. Z tego względu analiza w niniejszym opracowaniu została rozszerzona o dane sprawozdawane przez wszystkie podmioty lecznicze/przedsiębiorstwa, w których podmiot leczniczy wykonuje działalność leczniczą w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Źródłem tych danych jest sprawozdanie ZD-3⁶⁰. Z racji tego, że sprawozdanie ZD-3 wymaga wykazania liczby porad wykonanych w ramach poradni zgrupowanych w grupy na podstawie VIII części kodu resortowego, dokonano analogicznego grupowania w ramach poradni wykazanych w danych NFZ. Ponadto, celem wydzielenia poradni dedykowanych bezpośrednio oraz pośrednio leczeniu pacjentów z analizowaną grupą chorób i problemów zdrowotnych, dokonano analizy struktury udzielonych porad w zależności od typu poradni.

Zbiór rozpoznań które zostały uwzględnione w analizie prezentuje Tabela 2.59. Zbiór ten jest zgodny z podziałem stosowanym w poprzednich częściach opracowania.

Tabela 2.59: Wykaz rozpoznań wg ICD-10 uwzględnionych w analizie

B15	B18
B16	B19
B17	Z20.5

Źródło: Opracowanie DAiS

Tabela 2.60 prezentuje rozkład porad udzielonych pacjentom z analizowaną grupą rozpoznań wg poradni. Zaprezentowane dane dotyczą wszystkich porad w 2014 roku w Polsce i zostały wykorzystane do zdefiniowania poradni bezpośrednio i pośrednio dedykowanych pacjentom z analizowaną grupą chorób i problemów zdrowotnych. Na tej podstawie eksperci medyczni wybrali poradnie dedykowane bezpośrednio analizowanej grupie chorób i problemów zdrowotnych. Są to:

- poradnia chorób zakaźnych (w sprawozdaniu ZD-3 wchodziła w skład poradni o nazwie poradnia chorób zakaźnych),
- poradnia chorób zakaźnych dla dzieci (w sprawozdaniu ZD-3 wchodziła w skład poradni o nazwie poradnia chorób zakaźnych),
- poradnia wzw (w sprawozdaniu ZD-3 wchodziła w skład poradni o nazwie poradnia chorób zakaźnych).

Tabela 2.60: Struktura porad pacjentów w analizowanej grupie wg typu poradni

poradnia/pracownia	liczba porad (w tys.)	% porad	% skumulowany porad
chorób zakaźnych	94,98	75,17	75,17

⁶⁰Sprawozdanie ZD-3 wypełniają podmioty lecznicze/przedsiębiorstwa, w których podmiot leczniczy wykonuje działalność leczniczą w zakresie ambulatoryjnej opieki zdrowotnej podstawowej i/lub specjalistycznej. W przypadku praktyk zawodowych wyłącznie praktyki lekarskie indywidualne i indywidualne specjalistyczne oraz grupowe realizujące świadczenia zdrowotne finansowane ze środków publicznych.

poradnia/pracownia	liczba porad (w tys.)	% porad	% skumulowany porad
hepatologiczna	26,64	21,08	96,25
wzw	1,03	0,82	97,07
chorób zakaźnych dla dzieci	0,88	0,70	97,77
gastroenterologiczna	0,70	0,56	98,32
hepatologiczna dla dzieci	0,66	0,53	98,85
transplantologiczna	0,48	0,38	99,23
Pracownia tomografii komputerowej	0,34	0,27	99,49
Pracownia endoskopii	0,17	0,14	99,63
Pracownia rezonansu magnetycznego	0,09	0,07	99,70
chirurgii ogólnej	0,07	0,06	99,76
dermatologiczna	0,04	0,03	99,79
gastroenterologiczna dla dzieci	0,02	0,02	99,81
immunologiczna	0,02	0,02	99,83
dermatologiczna dla dzieci	0,02	0,02	99,85
reumatologiczna	0,02	0,02	99,86
diabetologiczna	0,01	0,01	99,87
chorób odzwierzęcych i pasożytniczych	0,01	0,01	99,88
Pozostałe poradnie	0,15	0,12	100,00

Źródło: Opracowanie DAiS

Porównanie rozkładu porad udzielonych pacjentom z analizowaną grupą chorób i problemów zdrowotnych w wyróżnionych typach poradni pomiędzy województwami prezentuje Tabela 2.61.

Tabela 2.61: Struktura porad udzielonych pacjentom z analizowanymi rozpoznaniem wg typu poradni i województwa

województwo	% w dedykowanych bezpśrednio	% w pozostałych poradniach
dolnośląskie	94,6	5,4
kujawsko-pomorskie	37,7	62,3
lubelskie	92,8	7,2
lubuskie	98,8	1,2
łódzkie	83,7	16,3
małopolskie	89,8	10,2
mazowieckie	88,1	11,9
opolskie	99,3	0,7
podkarpackie	73,0	27,0
podlaskie	98,6	1,4
pomorskie	77,1	22,9
śląskie	54,0	46,0

województwo	% w dedykowanych bezpośrednio	% w pozostałych poradniach
świętokrzyskie	72,3	27,7
warmińsko-mazurskie	98,9	1,1
wielkopolskie	88,2	11,8
zachodniopomorskie	9,4	90,6
Polska	76,7	23,3

Źródło: Opracowanie DAiS

2.2.2 Poradnia chorób zakaźnych

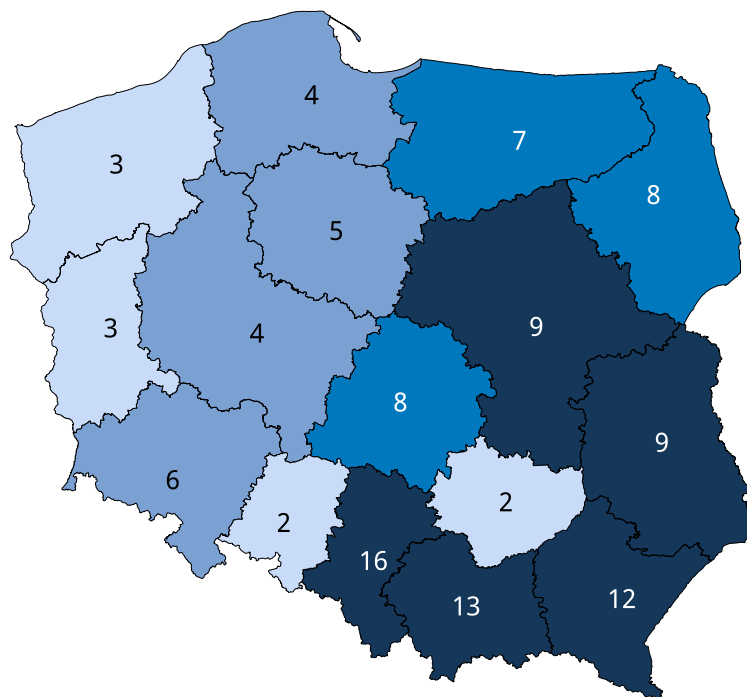
W województwie kujawsko-pomorskim liczba poradni, które w 2014 roku sprawozdały co najmniej jedną poradę w ramach NFZ wyniosła 5. Zróżnicowanie liczby porad i poradni pomiędzy województwami prezentuje Tabela 2.62

Tabela 2.62: Poradnia chorób zakaźnych - podstawowe statystyki według województw

Województwo	Liczba porad (tys.)	Liczba porad na poradnię (tys.)	Liczba poradni
dolnośląskie	22,45	3,74	6
kujawsko-pomorskie	23,81	4,76	5
lubelskie	22,28	2,48	9
lubuskie	10,75	3,58	3
łódzkie	19,78	2,47	8
małopolskie	50,27	3,87	13
mazowieckie	58,65	6,52	9
opolskie	8,00	4,00	2
podkarpackie	31,11	2,59	12
podlaskie	24,59	3,07	8
pomorskie	15,27	3,82	4
śląskie	33,12	2,07	16
świętokrzyskie	4,62	2,31	2
warmińsko-mazurskie	22,08	3,15	7
wielkopolskie	14,21	3,55	4
zachodniopomorskie	13,39	4,46	3

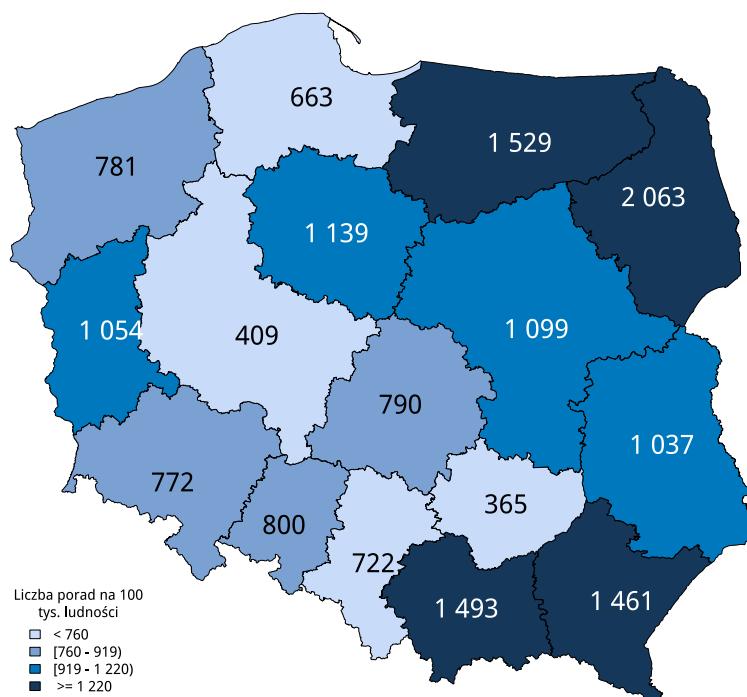
Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS

Mapa 2.20: Poradnia chorób zakaźnych - liczba poradni w województwach



Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS

Mapa 2.21: Poradnia chorób zakaźnych - liczba porad na 100 tys. ludności



Liczba porad na 100 tys. ludności

- < 760
- [760 - 919]
- [919 - 1 220]
- >= 1 220

Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS

W sprawozdaniu ZD3 poradnia chorób zakaźnych wchodzi w skład grupy poradni o nazwie poradnia chorób zakaźnych. Według tego sprawozdania w 2014 roku w województwie wykonano 49 tys. porad (por. Tabela 2.64)⁶¹. W ramach świadczeń sfinansowanych ze środków NFZ liczba porad w tych poradniach wyniosła 26 tys.. Porównanie liczby porad sprawozdanych poprzez ZD-3 oraz liczby porad sprawozdanych do NFZ wskazuje, że 23 tys. porad nie jest finansowana w ramach umowy z NFZ. Należy

⁶¹Należy podkreślić, że mowa tu o wszystkich poradach, niekoniecznie związanych z analizowaną grupą.

podkreślić, że wartość ta oznacza minimalny szacowany odsetek świadczeń realizowanych poza NFZ. Jak już wspomniano wcześniej sprawozdanie ZD-3 dotyczy podmiotów prowadzących ambulatoryjną opiekę zdrowotną, w przypadku zakładów opieki zdrowotnej publicznych i niepublicznych, a w przypadku praktyk lekarskich finansowanych ze środków publicznych. W sytuacji gdy dla danego regionu liczba porad sprawozdawanych przez ZD-3 była mniejsza od liczby porad sprawozdawanych do NFZ, przyjęto, że różnica ta wyniosła 0. Zróżnicowanie tego wskaźnika pomiędzy powiatami województwa prezentuje Wykres 2.26.⁶²

Tabela 2.63: Poradnie wchodzące w skład grupy poradni ZD-3 o nazwie poradnia chorób zakaźnych

Nazwa poradni	Liczba Porad NFZ (tys.)
chorób zakaźnych	23,81
chorób zakaźnych dla dzieci	0,52
profilaktyczno-lecznicza (HIV/AIDS)	1,96

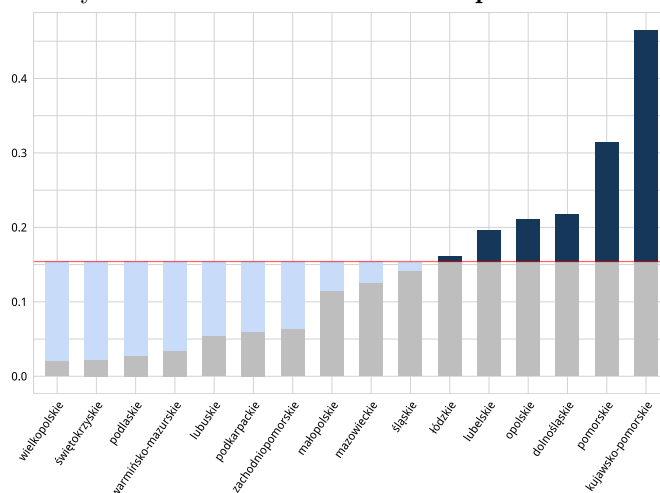
Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS

Tabela 2.64: Porównanie liczby porad NFZ ze sprawozdaniem ZD3

Nazwa poradni ZD-3	Liczba porad w NFZ (tys.)	Liczba porad w ZD-3 (tys.)	Liczba porad poza NFZ (tys.)	% porad poza NFZ	% porad poza NFZ dla PL
chorob zakaźnych	26,29	49,17	22,88	46,53	15,41

Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS

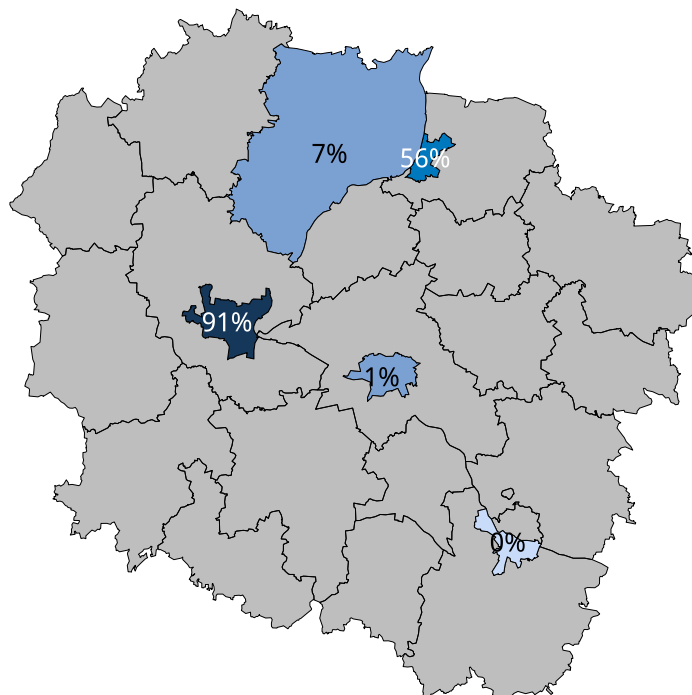
Wykres 2.26: Odsetek świadczeń poza NFZ



Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS

⁶²Ze względu na dostępność danych, odsetek porad finansowanych poza NFZ został zaprezentowany po miejscu udzielania świadczeń.

Mapa 2.22: Odsetek świadczeń poza NFZ



Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS

Ze względu na dostępność danych, w dalszej części opracowania zostanie przeprowadzona analiza dla świadczeń wykonanych w ramach umowy z NFZ. Dane te zawierają między innymi informacje o typie porady, liczbie pacjentów oraz rozpoznaniu. Porady z rozpoznaniem z analizowanej grupy chorób stanowiły 13,21% porad sprawozdanych w analizowanej poradni w województwie. Liczba porad na jednego pacjenta w województwie wyniosła 2,36. Najwięcej porad na jednego pacjenta wykonano z rozpoznaniem Przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu B. Mediana czasu oczekiwania dla poradni wyniosła 81 dni.

Tabela 2.65: Porady według podgrup dla województwa

Podgrupa	Liczba porad (tys.)	Liczba pacjentów (tys.)	Liczba porad na pacjenta	Procentowy udział porad	Mediana czasu oczekiwania (dni)
Ostre wirusowe zapalenie wątroby	0,00	0,00	2,00	0,02	-
Przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu B	1,42	0,50	2,86	5,96	343,0
Przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu C	1,14	0,47	2,40	4,78	232,5
Inne i nieokreślone postaci przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby	0,58	0,31	1,86	2,45	446,0
Styczność i narażenie na nagminne (wirusowe) zapalenie wątroby	0,00	0,00	1,00	0,00	-
choroby zakaźne (WZW) razem	3,15	1,20	2,62	13,21	328,0
choroby spoza grupy	20,66	9,13	2,26	86,79	51,5

Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ

Tabela 2.66 prezentuje dane wojewódzkie dotyczące charakteru porad wykonanych pacjentom w analizowanej poradni w zależności od wydzielonych podgrup. Analogiczne dane dla Polski przedstawia Tabela

2.67. Odsetek porad o charakterze zachowawczym w województwie (w analizowanej poradni, niezależnie od rozpoznania) wyniósł 98%, z czego 43% porad stanowiły porady typu W11⁶³, a 9% porady typu W21⁶⁴. W Polsce odsetki te wynosiły odpowiednio 97%, 45% oraz 6%.

Tabela 2.66: Kategorie porad według podgrup dla województwa

Podgrupa	% porad zachowaw. w woj.	% porad W11 w zachowaw. w woj.	% porad W21 w zachowaw. w woj.	% porad zabieg. w woj.	% porad KAOS. w woj.	% porad ASDK. w woj.	% porad odrębnych. w woj.
Ostre wirusowe zapalenie wątroby	100,00	-	-	-	-	-	-
Przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu B	84,91	51,33	3,49	-	-	15,09	-
Przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu C	95,96	38,83	3,48	-	-	4,04	-
Inne i nieokreślone postaci przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby	99,66	38,49	2,75	-	-	0,34	-
Styczność i narażenie na nagminne (wirusowe) zapalenie wątroby	100,00	-	-	-	-	-	-
choroby zakaźne (WZW) razem	91,67	43,91	3,33	-	-	8,33	-
choroby spoza grupy	98,79	43,23	10,09	-	-	1,21	-

Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ

Tabela 2.67: Kategorie porad według podgrup dla Polski

Podgrupa	% porad zachowaw. w PL	% porad W11 w zachowaw. w PL	% porad W21 w zachowaw. w PL	% porad zabieg. w PL	% porad KAOS. w PL	% porad ASDK. w PL	% porad odrębnych. w PL
Ostre wirusowe zapalenie wątroby	98,67	28,91	3,36	-	-	1,33	-
Przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu B	85,98	32,35	2,46	-	-	14,02	-
Przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu C	94,34	36,70	2,00	-	-	5,66	0,00
Inne i nieokreślone postaci przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby	89,08	32,95	4,05	-	-	10,92	-
Nieokreślone wirusowe zapalenie wątroby	99,42	56,20	1,36	-	-	0,58	-
Styczność i narażenie na nagminne (wirusowe) zapalenie wątroby	100,00	47,66	1,93	-	-	-	-
choroby zakaźne (WZW) razem	90,71	34,74	2,59	-	-	9,29	0,00
choroby spoza grupy	99,69	47,64	6,95	-	-	0,31	-

Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ

⁶³świadczenie specjalistyczne 1-go typu

⁶⁴świadczenie kompleksowe 1-go typu

Dalszą część opracowania dla analizowanej poradni wykonano dla poszczególnych świadczeniodawców funkcjonujących w ramach kontraktu z NFZ w województwie kujawsko-pomorskim. Liczba tego typu poradni wynosiła w 2014 roku 5. Dla ułatwienia prezentacji danych każdemu świadczeniodawcy nadano unikatowe ID, które jest utrzymywane w kolejnych zestawieniach dokumentu (por. Tabela 2.68).

Tabela 2.68: Lista świadczeniodawców

ID	Nazwa	Powiat
02.0001	Wojewódzki Szpital Zespolony im. L. Rydygiera w Toruniu	m. Toruń
02.0006	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Włocławku	m. Włocławek
02.0012	NZOZ "Nowy Szpital sp. z o.o." Prowadzony przez Nowy Szpital sp. z o.o.	świecki
02.0116	Specjalistyczne Przychodnie Medycyny Rodzinnej dr Dariusz Górecki i Wspólnicy sp.k. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej	m. Toruń
02.0141	SPZOZ Wojskowa Specjalistyczna Przychodnia Lekarska	m. Grudziądz

Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ

Największy świadczeniodawca w województwie sprawozdał 10 861 porad dla 4 283 pacjentów (por. Tabela 2.69). Tym samym liczba porad na pacjenta u tego świadczeniodawcy wyniosła 2,54. Sumaryczny odsetek porad W11 i W21 wyniósł w województwie 51%. 3 świadczeniodawców charakteryzowało się wyższą wartością tego wskaźnika, niż wartość wojewódzka.

Tabela 2.69: Porady według świadczeniodawców i kategorii

ID	liczba pacj. (tys.)	liczba porad (tys.)	liczba porad na pacj.	% porad zachowaw.	% porad W11 w zachowaw.	% porad W21 w zachowaw.	% porad zabieg.	% porad KAOS.	% porad ASDK.	% porad odrębnych.
02.0001	4,28	10,86	2,54	95,28	43,16	11,93	-	-	4,72	-
02.0116	3,17	6,89	2,18	100,00	42,89	13,37	-	-	-	-
02.0006	1,26	2,64	2,10	100,00	33,64	-	-	-	-	-
02.0141	1,19	2,31	1,95	100,00	47,21	-	-	-	-	-
02.0012	0,59	1,10	1,88	100,00	62,47	-	-	-	-	-
Woj.	10,11	23,81	2,36	97,85	43,32	9,25	-	-	2,15	-

Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ

O dostępności do świadczeń, oprócz przeanalizowanej w poprzedniej części dokumentu części porad nie finansowanych w ramach umowy z NFZ świadczy m. in. czas oczekiwania na poradę. Mediana czasu oczekiwania na poradę w województwie wyniosła 81 dni. Czas oczekiwania jest liczony na podstawie różnicy pomiędzy datą wystawienia skierowania, a datą porady (metoda RTT [ang. Referral To Treatment]). Ze względu na wybraną metodę czas oczekiwania był obliczany jedynie dla porad w trybie planowym ze skierowaniem (tryb przyjęcia 3 i 4). Jednakże, po przeprowadzeniu dodatkowych analiz, można przypuszczać, że otrzymane wyniki są niepewne. Składają się na to 2 przyczyny: (1) wielu świadczeniodawców koduje zdecydowaną większość porad jako przyjęcia w trybie planowym bez skierowania (wyraźnie widać różnice w zachowaniach pomiędzy województwami, co być może było spowodowane różnicami w wytycznych poszczególnych oddziałów NFZ), (2) znacznej części pacjentów odbywających więcej niż jedną wizytę w przychodni specjalistycznej w roku, przy każdej kolejnej wizycie wpisują się tę samą datą wystawienia skierowania, wydłużając tym samym wyliczony czas oczekiwania. Z tego względu zaleca się ostrożność w wyciąganiu wniosków o bezwzględny czas oczekiwania za rok 2014 (możliwe jest analizowanie wartości względnych w ramach danego województwa). Zakłada się, że przygotowane narzę-

dzie pokaże wyniki z większą dokładnością dla danych po roku 2015, w którym wprowadzono obowiązek przekazywania oryginału skierowania oraz prowadzenie kolejek z dokładnością do numeru PESEL.

Zweryfikowano u ilu świadczeniodawców pojawiali się pacjenci w 2014 roku w ramach tego samego typu poradni. W tabeli 2.70 przedstawiono zestawienie wg województw, u ilu świadczeniodawców pojawiali się pacjenci. W województwie kujawsko-pomorskim 96,35% wszystkich pacjentów odbyło swoje wizyty tylko u jednego świadczeniodawcy. W tabeli 2.71 przedstawiono tryby przyjęć pacjentów⁶⁵ oraz statystykę, mówiącą o tym, jaki odsetek pacjentów zostaje przyjętych w danej poradni w czasie, w którym Polsce w danej poradni jest przyjmowana połowa pacjentów. Zweryfikowano również, jaki odsetek porad wykonywany jest pacjentom pojawiającym się wielokrotnie w ciągu roku. Dla pacjentów pojawiających się u danego świadczeniodawcy więcej niż 3 razy przeprowadzono oddzielną analizę, której wyniki prezentuje Tabela 2.72.

Tabela 2.70: Udział pacjentów, którzy pojawiali się u jednego, dwóch lub 3 i więcej świadczeniodawców według województw

Woj.	% pacjentów u jednego świadczeniodawcy	% pacjentów u dwóch świadczeniodawców	% pacjentów u trzech i więcej świadczeniodawców
dolnośląskie	98,77	1,23	-
kujawsko-pomorskie	96,35	3,64	0,01
lubelskie	99,20	0,77	0,03
lubuskie	99,28	0,72	-
łódzkie	98,73	1,27	-
małopolskie	98,72	1,24	0,04
mazowieckie	99,32	0,68	-
opolskie	99,86	0,14	-
podkarpackie	99,10	0,89	0,01
podlaskie	99,15	0,83	0,02
pomorskie	98,80	1,18	0,01
śląskie	95,67	4,31	0,02
świętokrzyskie	99,59	0,41	-
warmińsko-mazurskie	99,37	0,63	-
wielkopolskie	99,47	0,53	-
zachodniopomorskie	99,88	0,12	-

Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ

Tabela 2.71: Czas oczekiwania i rozkład porad w zależności od krotności przyjęć pacjentów

ID	% tryb nagły	% tryb plan. skier.	% tryb plan. bez skier.	% inny tryb	% porad przed med. PL	mediana czas oczek.	% porad dla pacj 1. krotn.	% porad dla pacj 2. krotn.	% porad dla pacj 3. i więcej krotn.
02.0001	0,01	0,73	99,26	-	40,62	363,0	14,06	18,08	67,86
02.0116	-	0,67	99,33	-	88,37	14,0	26,04	18,61	55,36
02.0006	0,04	0,64	99,32	-	37,50	541,5	16,78	33,48	49,73
02.0141	4,23	0,17	95,59	-	50,00	226,0	15,77	49,33	34,90
02.0012	0,45	2,63	96,92	-	74,07	68,0	28,20	30,46	41,34

⁶⁵Przez tryb nagły rozumie się tryb o kodzie przyjęcia 2, tryb plan. skier. - tryb o kodzie przyjęcia 3 lub 4, tryb plan.bez skier. - tryb o kodzie przyjęcia 5, tryb inny - tryb o kodzie przyjęcia 6 lub 7.

ID	% tryb nagły	% tryb plan. skier.	% tryb plan. bez skier.	% inny tryb	% porad przed med. PL	mediana czas oczek.	% porad dla pacj 1. krotn.	% porad dla pacj 2. krotn.	% porad dla pacj 3. i więcej krotn.
Woj.	0,44	0,74	98,82	-	59,74	81,0	17,24	22,50	60,27
Polska	3,20	45,96	50,84	0,01	50,13	161,0	18,94	34,92	46,14

Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ.

Tabela 2.72: Analiza świadczeń zapewnionych pacjentom, którzy pojawili się 3 razy lub więcej w poradni danego świadczeniodawcy w 2014 roku

ID	przyszpitalna	liczba porad (tys.)	liczba pacjentów (tys.)	liczba porad na pacjenta (tys.)	% porad zachowaw.	% porad W11 w zachowaw.	% porad W21 w zachowaw.	% porad zabieg.	% porad KAOS	% porad ASDK	% porad odrębnych
02.0001	1	7,37	1,77	4,15	94,23	48,21	6,34	-	-	5,77	-
02.0116	-	3,81	0,73	5,22	100,00	54,38	3,09	-	-	-	-
02.0006	1	1,31	0,37	3,53	100,00	34,12	-	-	-	-	-
02.0141	-	0,81	0,25	3,21	100,00	42,95	-	-	-	-	-
02.0012	1	0,46	0,11	4,26	100,00	50,88	-	-	-	-	-
Woj.	-	13,76	3,21	4,29	96,91	48,36	4,18	-	-	3,09	-
Polska	-	168,25	44,56	3,78	97,14	45,05	3,16	-	-	2,86	0,00

Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ.

2.2.3 Poradnia chorób zakaźnych dla dzieci

W województwie kujawsko-pomorskim liczba poradni, które w 2014 roku sprawozdały co najmniej jedną poradę w ramach NFZ wyniosła 1. Zróznicowanie liczby porad i poradni pomiędzy województwami prezentuje Tabela 2.73

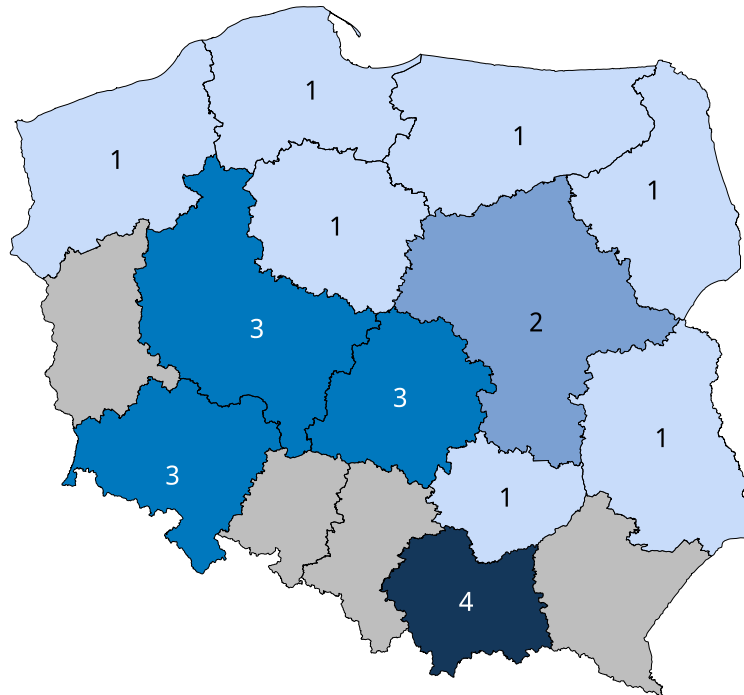
Tabela 2.73: Poradnia chorób zakaźnych dla dzieci - podstawowe statystyki według województw

Województwo	Liczba porad (tys.)	Liczba porad na poradnię (tys.)	Liczba poradni
dolnośląskie	6,04	2,01	3
kujawsko-pomorskie	0,52	0,52	1
lubelskie	2,48	2,48	1
łódzkie	3,25	1,08	3
małopolskie	11,62	2,90	4
mazowieckie	4,20	2,10	2
podlaskie	0,67	0,67	1
pomorskie	1,69	1,69	1
świętokrzyskie	2,23	2,23	1
warmińsko-mazurskie	0,92	0,92	1

Województwo	Liczba porad (tys.)	Liczba porad na poradnię (tys.)	Liczba poradni
wielkopolskie	3,06	1,02	3
zachodniopomorskie	1,75	1,75	1

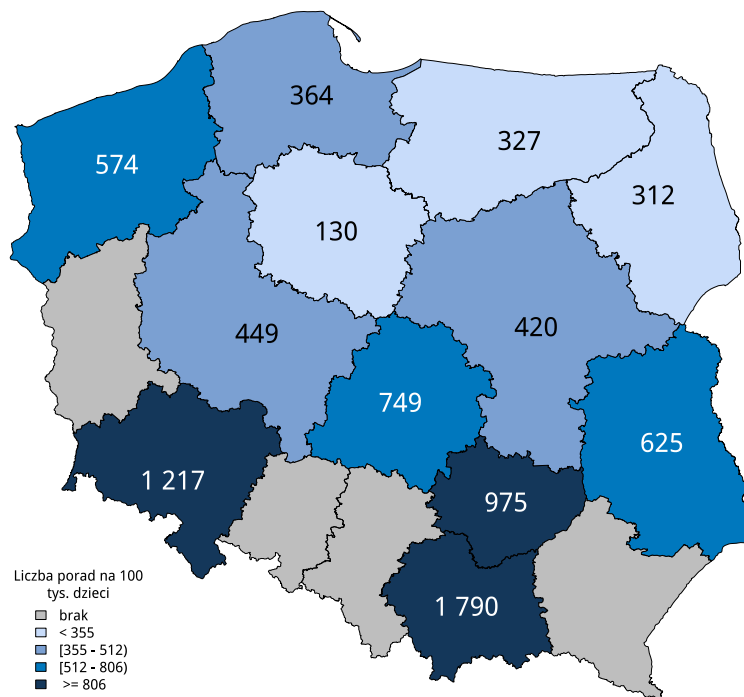
Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS

Mapa 2.23: Poradnia chorób zakaźnych dla dzieci - liczba poradni w województwach



Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS

Mapa 2.24: Poradnia chorób zakaźnych dla dzieci - liczba porad na 100 tys. dzieci



Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS

W sprawozdaniu ZD3 poradnia chorób zakaźnych dla dzieci wchodzi w skład grupy poradni o nazwie poradnia chorób zakaźnych. Według tego sprawozdania w 2014 roku w województwie wykonano 49 tys. porad (por. Tabela 2.75)⁶⁶. W ramach świadczeń sfinansowanych ze środków NFZ liczba porad w tych poradniach wyniosła 26 tys.. Porównanie liczby porad sprawozdanych poprzez ZD-3 oraz liczby porad sprawozdanych do NFZ wskazuje, że 23 tys. porad nie jest finansowana w ramach umowy z NFZ. Należy podkreślić, że wartość ta oznacza minimalny szacowany odsetek świadczeń realizowanych poza NFZ. Jak już wspomniano wcześniej sprawozdanie ZD-3 dotyczy podmiotów prowadzących ambulatoryjną opiekę zdrowotną, w przypadku zakładów opieki zdrowotnej publicznych i niepublicznych, a w przypadku praktyk lekarskich finansowanych ze środków publicznych. W sytuacji gdy dla danego regionu liczba porad sprawozdawanych przez ZD-3 była mniejsza od liczby porad sprawozdawanych do NFZ, przyjęto, że różnica ta wyniosła 0. Zróżnicowanie tego wskaźnika pomiędzy powiatami województwa prezentuje Wykres 2.27.⁶⁷

Tabela 2.74: Poradnie wchodzące w skład grupy poradni ZD-3 o nazwie poradnia chorób zakaźnych

Nazwa poradni	Liczba Porad NFZ (tys.)
chorób zakaźnych	23,81
chorób zakaźnych dla dzieci	0,52
profilaktyczno-lecznicza (HIV/AIDS)	1,96

Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS

Tabela 2.75: Porównanie liczby porad NFZ ze sprawozdaniem ZD3

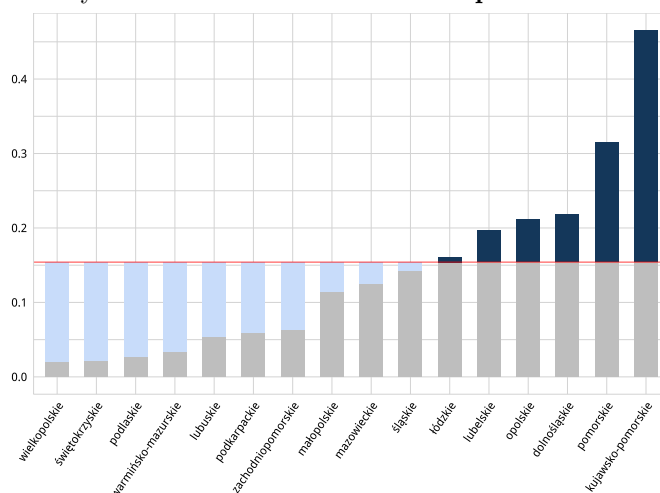
Nazwa poradni ZD-3	Liczba porad w NFZ (tys.)	Liczba porad w ZD-3 (tys.)	Liczba porad poza NFZ (tys.)	% porad poza NFZ	% porad poza NFZ dla PL
chorob zakaźnych	26,29	49,17	22,88	46,53	15,41

Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS

⁶⁶Należy podkreślić, że mowa tu o wszystkich poradach, niekoniecznie związanych z analizowaną grupą.

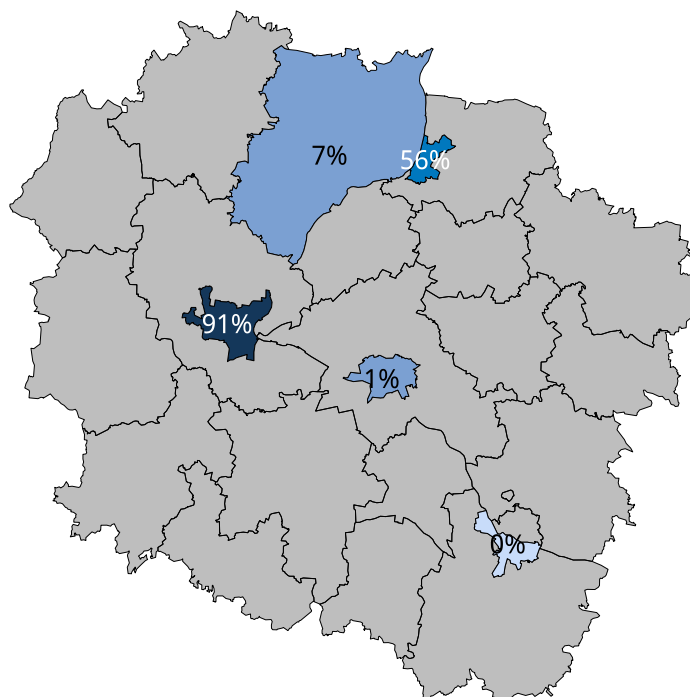
⁶⁷Ze względu na dostępność danych, odsetek porad finansowanych poza NFZ został zaprezentowany po miejscu udzielania świadczeń.

Wykres 2.27: Odsetek świadczeń poza NFZ



Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS

Mapa 2.25: Odsetek świadczeń poza NFZ



Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS

Dalszą część opracowania dla analizowanej poradni wykonano dla poszczególnych świadczeniodawców funkcjonujących w ramach kontraktu z NFZ w województwie kujawsko-pomorskim. Liczba tego typu poradni wynosiła w 2014 roku 1. Dla ułatwienia prezentacji danych każdemu świadczeniodawcy nadano unikatowe ID, które jest utrzymywane w kolejnych zestawieniach dokumentu (por. Tabela 2.76).

Tabela 2.76: Lista świadczeniodawców

ID	Nazwa	Powiat
02.0002	Regionalny Szpital Specjalistyczny im. dr Władysława Biegańskiego w Grudziądzu	m. Grudziądz

Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ

Największy świadczeniodawca w województwie sprawozdał 524 porad dla 320 pacjentów (por. Tabela 2.77). Tym samym liczba porad na pacjenta u tego świadczeniodawcy wyniosła 1,64. Sumaryczny odsetek porad W11 i W21 wyniósł w województwie 55%.

Tabela 2.77: Porady według świadczeniodawców i kategorii

ID	liczba pacj. (tys.)	liczba porad (tys.)	liczba porad na pacj.	% porad zachowaw.	% porad W11 w zachowaw.	% porad W21 w zachowaw.	% porad zabieg.	% porad KAOS.	% porad ASDK.	% porad odrębnych.
02.0002	0,32	0,52	1,64	100,00	13,74	41,41	-	-	-	-
Woj.	0,32	0,52	1,64	100,00	13,74	41,41	-	-	-	-

Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ

O dostępności do świadczeń, oprócz przeanalizowanej w poprzedniej części dokumentu części porad nie finansowanych w ramach umowy z NFZ świadczy m. in. czas oczekiwania na poradę. Mediana czasu oczekiwania na poradę w województwie nie była możliwa do policzenia ze względu na brak dostępnych danych. Czas oczekiwania jest liczony na podstawie różnicy pomiędzy datą wystawienia skierowania, a datą porady (metoda RTT [ang. Referral To Treatment]). Ze względu na wybraną metodę czas oczekiwania był obliczany jedynie dla porad w trybie planowym ze skierowaniem (tryb przyjęcia 3 i 4). Jednakże, po przeprowadzeniu dodatkowych analiz, można przypuszczać, że otrzymane wyniki są niepewne. Składają się na to 2 przyczyny: (1) wielu świadczeniodawców koduje zdecydowaną większość porad jako przyjęcia w trybie planowym bez skierowania (wyraźnie widać różnice w zachowaniach pomiędzy województwami, co być może było spowodowane różnicami w wytycznych poszczególnych oddziałów NFZ), (2) znacznej części pacjentów odbywających więcej niż jedną wizytę w przychodni specjalistycznej w roku, przy każdej kolejnej wizycie wpisują się tę samą datę wystawienia skierowania, wydłużając tym samym wyliczony czas oczekiwania. Z tego względu zaleca się ostrożność w wyciąganiu wniosków o bezwzględny czasie oczekiwania za rok 2014 (możliwe jest analizowanie wartości względnych w ramach danego województwa). Zakłada się, że przygotowane narzędzie pokaże wyniki z większą dokładnością dla danych po roku 2015, w którym wprowadzono obowiązek przekazywania oryginału skierowania oraz prowadzenie kolejek z dokładnością do numeru PESEL.

Zweryfikowano u ilu świadczeniodawców pojawiali się pacjenci w 2014 roku w ramach tego samego typu poradni. W tabeli 2.78 przedstawiono zestawienie wg województw, u ilu świadczeniodawców pojawiali się pacjenci. W województwie kujawsko-pomorskim 100,00% wszystkich pacjentów odbyło swoje wizyty tylko u jednego świadczeniodawcy. W tabeli 2.79 przedstawiono tryby przyjęć pacjentów⁶⁸ oraz statystykę, mówiącą o tym, jaki odsetek pacjentów zostaje przyjętych w danej poradni w czasie, w którym Polsce w danej poradni jest przyjmowana połowa pacjentów. Zweryfikowano również, jaki odsetek porad wykonywany jest pacjentom pojawiającym się wielokrotnie w ciągu roku. Dla pacjentów pojawiających się u danego świadczeniodawcy więcej niż 3 razy przeprowadzono oddzielną analizę, której wyniki prezentuje Tabela 2.80.

Tabela 2.78: Udział pacjentów, którzy pojawiali się u jednego, dwóch lub 3 i więcej świadczeniodawców według województw

Woj.	% pacjentów u jednego świadczeniodawcy	% pacjentów u dwóch świadczeniodawców	% pacjentów u trzech i więcej świadczeniodawców
dolnośląskie	98,77	1,23	-
kujawsko-pomorskie	100,00	-	-

⁶⁸Przez tryb nagły rozumie się tryb o kodzie przyjęcia 2, tryb plan. skier. - tryb o kodzie przyjęcia 3 lub 4, tryb plan.bez skier. - tryb o kodzie przyjęcia 5, tryb inny - tryb o kodzie przyjęcia 6 lub 7.

Woj.	% pacjentów u jednego świadczeniodawcy	% pacjentów u dwóch świadczeniodawców	% pacjentów u trzech i więcej świadczeniodawców
lubelskie	100,00	-	-
łódzkie	99,52	0,48	-
małopolskie	99,27	0,73	-
mazowieckie	100,00	-	-
podlaskie	100,00	-	-
pomorskie	100,00	-	-
świętokrzyskie	100,00	-	-
warmińsko-mazurskie	100,00	-	-
wielkopolskie	99,04	0,96	-
zachodniopomorskie	100,00	-	-

Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ

Tabela 2.79: Czas oczekiwania i rozkład porad w zależności od krotności przyjęć pacjentów

ID	% tryb nagły	% tryb plan. skier.	% tryb plan. bez skier.	% inny tryb	% porad przed med. PL	mediana czas oczek.	% porad dla pacj 1. krotn.	% porad dla pacj 2. krotn.	% porad dla pacj 3. i więcej krotn.
02.0002	-	-	100,00	-	-	-	31,68	41,22	27,10
Woj.	-	-	100,00	-	-	-	31,68	41,22	27,10
Polska	0,10	55,26	44,64	-	50,19	90,0	24,24	27,36	48,40

Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ.

Tabela 2.80: Analiza świadczeń zapewnionych pacjentom, którzy pojawili się 3 razy lub więcej w poradni danego świadczeniodawcy w 2014 roku

ID	przyszpitalna	liczba porad (tys.)	liczba pacjentów (tys.)	liczba porad na pacjenta (tys.)	% porad zachowaw.	% porad W11 w zachowaw.	% porad W21 w zachowaw.	% porad zabieg.	% porad KAOS	% porad ASDK	% porad odrębnych
02.0002	1	0,14	0,05	3,09	100,00	19,01	22,54	-	-	-	-
Woj.	-	0,14	0,05	3,09	100,00	19,01	22,54	-	-	-	-
Polska	-	18,43	4,67	3,94	99,61	53,58	8,48	-	-	0,39	-

Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ.

2.2.4 Poradnia wzw

W województwie w 2014 roku nie odnotowano poradni udzielających świadczeń w ramach NFZ. Różnicowanie liczby porad i poradni pomiędzy województwami prezentuje Tabela 2.81

Tabela 2.81: Poradnia WZW - podstawowe statystyki według województw

Województwo	Liczba porad (tys.)	Liczba porad na poradnię (tys.)	Liczba poradni
dolnośląskie	1,03	1,03	1

Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS

Mapa 2.26: Poradnia WZW - liczba poradni w województwach



Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS

Mapa 2.27: Poradnia WZW - liczba porad na 100 tys. ludności



Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS

W sprawozdaniu ZD3 poradnia WZW wchodzi w skład grupy poradni o nazwie poradnia chorób zakaźnych. Według tego sprawozdania w 2014 roku w województwie wykonano 49 tys. porad (por. Tabela 2.83)⁶⁹. W ramach świadczeń sfinansowanych ze środków NFZ liczba porad w tych poradniach wyniosła 26 tys.. Porównanie liczby porad sprawozdanych poprzez ZD-3 oraz liczby porad sprawozdanych do NFZ wskazuje, że 23 tys. porad nie jest finansowana w ramach umowy z NFZ. Należy podkreślić, że wartość ta oznacza minimalny szacowany odsetek świadczeń realizowanych poza NFZ. Jak już wspomniano wcześniej sprawozdanie ZD-3 dotyczy podmiotów prowadzących ambulatoryjną opiekę zdrowotną, w przypadku zakładów opieki zdrowotnej publicznych i niepublicznych, a w przypadku praktyk lekarskich finansowanych ze środków publicznych. W sytuacji gdy dla danego regionu liczba porad sprawozdawanych przez ZD-3 była mniejsza od liczby porad sprawozdawanych do NFZ, przyjęto, że różnica ta wyniosła 0. Zróżnicowanie tego wskaźnika pomiędzy powiatami województwa prezentuje Wykres 2.28.⁷⁰

Tabela 2.82: Poradnie wchodzące w skład grupy poradni ZD-3 o nazwie poradnia chorób zakaźnych

Nazwa poradni	Liczba Porad NFZ (tys.)
chorób zakaźnych	23,81
chorób zakaźnych dla dzieci	0,52
profilaktyczno-lecznicza (HIV/AIDS)	1,96

Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS

⁶⁹Należy podkreślić, że mowa tu o wszystkich poradach, niekoniecznie związanych z analizowaną grupą.

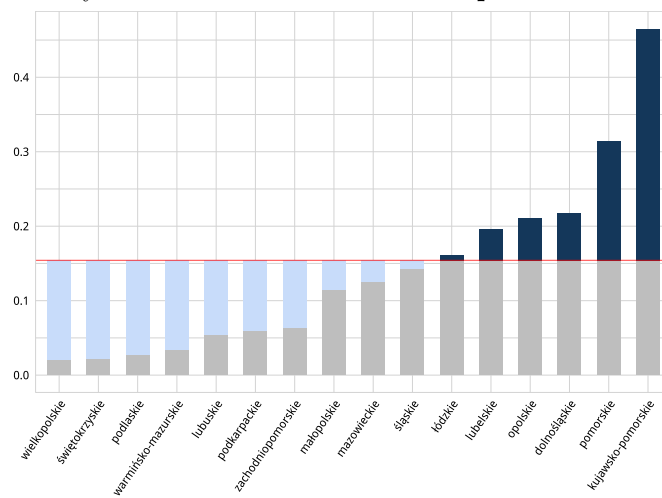
⁷⁰Ze względu na dostępność danych, odsetek porad finansowanych poza NFZ został zaprezentowany po miejscu udzielania świadczeń.

Tabela 2.83: Porównanie liczby porad NFZ ze sprawozdaniem ZD3

Nazwa poradni ZD-3	Liczba porad w NFZ (tys.)	Liczba porad w ZD-3 (tys.)	Liczba porad poza NFZ (tys.)	% porad poza NFZ	% porad poza NFZ dla PL
chorob zakaźnych	26,29	49,17	22,88	46,53	15,41

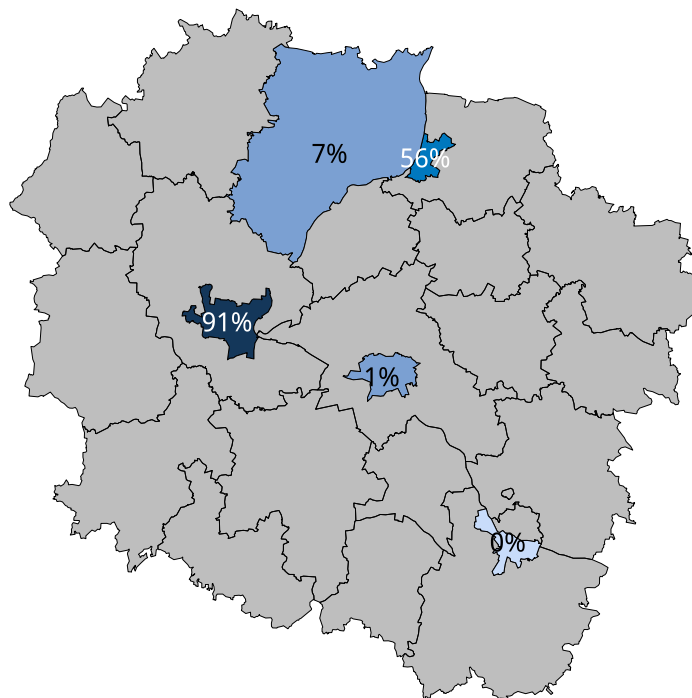
Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS

Wykres 2.28: Odsetek świadczeń poza NFZ



Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS

Mapa 2.28: Odsetek świadczeń poza NFZ



Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS

2.3 Podstawowa Opieka Zdrowotna

2.3.1 Podstawowa Opieka Zdrowotna w Polsce

Na potrzeby niniejszego opracowania wykorzystano indywidualne dane sprawozdawcze Narodowego Funduszu Zdrowia dotyczące świadczeń w ramach podstawowej opieki zdrowotnej sprawozdanych za rok 2014 (dalej: dane NFZ). Przez świadczenia wykazane w danych NFZ, rozumie się każdy kontakt sprawozdany w ramach umowy w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna. Sprawozdawczość przekazywana do NFZ przez świadczeniodawców POZ oparta jest na Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób (ICD-10). Obecnie toczą się dyskusje w WONCA (Światowa Organizacja lekarzy Rodzinnych) na temat zasadności zastosowania ICD10 w POZ. Sprawozdawczość do NFZ ponadto umożliwia sprawozdawanie jednego kodu rozpoznania dla identyfikacji jednego kontaktu, co z założenia może powodować ograniczenia interpretacyjne (przykładowo w czasie jednego kontaktu należy sprawozdać kilka kodów ICD 10: pacjent z alergią, zapaleniem spojówek, cukrzycą i astmą oraz wystawienie mu recept na leki przewlekle stosowane - kwestią przypadkowo podjętej decyzji lekarza jest wybór ICD 10 z takiej wizyty).

Podstawowa opieka zdrowotna (POZ) jest częścią systemu opieki zdrowotnej, zapewniającą dostęp do świadczeń wszystkim osobom zgłaszającym się, uprawnionym na zwykłych zasadach oraz nieuprawnionym po złożeniu oświadczenia, zamieszkałym lub przebywającym na terytorium Polski. Świadczenia udzielane są w warunkach ambulatoryjnych w gabinetach lekarskich, a w przypadkach uzasadnionych medycznie, także w domu pacjenta (również w domu pomocy społecznej). Pomimo definicyjnie szerokiego zakresu świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej, obejmującego m. in. transport sanitarny chorych, niniejsze opracowanie koncentruje się na czterech głównych obszarach: świadczeniach lekarza POZ (LEK), świadczeniach pielęgniarki POZ (PIE), świadczeniach położnej POZ (POL) oraz świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej (NSOZ).

Wykaz świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej został określony w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U.2013, poz. 1248)⁷¹, natomiast w przypadku świadczeń pielęgniarki

⁷¹Stan na 2014 rok. Aktualny stan określa obwieszczeni Ministra Zdrowia z 17 grudnia 2015 roku (Dz.U.2016, poz. 86)

szkolnej - w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 28 sierpnia 2009 r. w sprawie organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą (Dz.U. Nr 139, poz. 1133).

Zgodnie z powołanymi wyżej rozporządzeniami świadczenia lekarza POZ obejmują:

- profilaktykę chorób, w tym badania i porady w ramach profilaktyki wieku rozwojowego oraz szczepienia ochronne,
- świadczenia profilaktyki chorób układu krążenia,
- udzielanie porad w leczeniu schorzeń,
- orzekanie o stanie zdrowia,
- inne świadczenia wynikające z potrzeb populacji objętej opieką, w tym: kierowanie do poradni specjalistycznych i na leczenie szpitalne, kierowanie na rehabilitację i leczenie uzdrowiskowe, kwalifikowanie do świadczeń transportu sanitarnego w POZ i wystawianie zleceń przewozów, wystawianie zleceń na realizację świadczeń pozostających w zakresie zadań pielęgniarstwa POZ, wystawianie zaświadczeń dotyczących stanu zdrowia pacjenta.

Świadczenia gwarantowane lekarza POZ obejmują również świadczenia medycznej diagnostyki laboratoryjnej lub diagnostyki obrazowej i nieobrazowej, określone w załączniku do rozporządzenia.

Świadczenia pielęgniarstwa POZ obejmują opiekę pielęgniarstwa nad osobą, rodziną, społecznością w środowisku zamieszkania, z uwzględnieniem miejsca udzielania świadczeń, w tym:

- świadczenia profilaktyczne, w tym wizyty patronażowe u dzieci od urodzenia do szóstego miesiąca życia (w terminach odpowiadających szczepieniom ochronnym) oraz wykonywanie testów przesiewowych u dzieci w wieku od dziewięciu miesięcy do pięciu lat,
- świadczenia profilaktyki gruźlicy,
- świadczenia lecznicze, w tym: wykonywanie iniekcji i zabiegów na podstawie zleceń lekarzy ubezpieczenia zdrowotnego w gabinecie pielęgniarstwa POZ i w domu pacjenta,
- świadczenia diagnostyczne, w tym: pobieranie materiałów do badań diagnostycznych na podstawie zlecenia lekarza POZ, w sytuacji gdy pobranie z przyczyn medycznych powinno być zrealizowane w domu pacjenta,
- świadczenia pielęgnacyjne i rehabilitacyjne, w szczególności dla osób, u których występuje ograniczenie sprawności psychofizycznej w wyniku choroby.

Świadczenia położnej POZ obejmują:

- edukację w zakresie planowania rodziny,
- opiekę w okresie ciąży, porodu i porożu, w tym edukację przedporodową realizowaną u kobiet w ciąży (w tym w ciąży wysokiego ryzyka), począwszy od dwudziestego pierwszego tygodnia ciąży do terminu rozwiązania,
- wizyty patronażowe,
- opiekę w chorobach ginekologicznych, w tym opiekę pielęgnacyjną nad kobietą po operacji ginekologicznej lub onkologiczno-ginekologicznej obejmującą okres od momentu wypisu ze szpitala do całkowitego zagojenia się rany pooperacyjnej, realizowane na podstawie skierowania lekarza oddziału, który wykonał operację,
- wykonywanie zgodnie z posiadanymi kompetencjami, iniekcji i zabiegów na podstawie zleceń innych lekarzy ubezpieczenia zdrowotnego, w gabinecie położnej POZ i w domu pacjenta.

Podstawą realizacji świadczeń w ramach POZ (nie dotyczy świadczeń z zakresu nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej) jest umowa zawarta z NFZ na podstawie art. 159 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2015, poz. 581 z późn. zm.). Finansowanie świadczeń w POZ, z wyjątkiem świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej w POZ, odbywa się na podstawie rocznych stawek kapitacyjnych, w oparciu o listy świadczeniobiorców (pacjentów) objętych opieką na podstawie deklaracji wyboru.

Finansowanie świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej w POZ odbywa się na podstawie wynegocjowanego ryczału miesięcznego, a jego wysokość zależna jest od liczby ludności zamieszkałej na obszarze zabezpieczenia.

W zakresie świadczeń Pielęgniarki POZ sprawozdawczość realizowana jest indywidualnie oraz jako zbiorcze zestawienie miesięczne. W formie zestawienia zbiorczego w 2014 roku sprawozdano 71 126 tys. świadczeń, natomiast w formie indywidualnej 326 tys. W dalszej części dokumentu poddano analizie świadczenia sprawozdawane indywidualnie. Dane sumaryczne zostały przedstawione w układzie dla Polski.

Tabela 2.84: Świadczenia Pielęgniarskie sprawozdawane zbiorczo

Kod świadczenia	Liczba świadczeń (w tys.)	Liczba świadczeń na 100 tys. ludności
100202	7 528	19 565
100203	14 703	38 210
100204	8 276	21 509
100205	13 687	35 570
100206	3 183	8 272
100207	7 254	18 853
100208	1 134	2 947
100211	2 842	7 385
100210	12 519	32 534

Źródło: Opracowanie DAIŚ na podstawie danych NFZ.

Dane na temat liczby świadczeniodawców udzielających świadczeń POZ w podziale na województwa i typy umów przedstawia Tabela 2.85. Wynika z nich, iż dominują świadczeniodawcy realizując świadczenia lekarskie, z kolei najmniej świadczeniodawców udziela świadczeń nocnej i świątecznej opieki lekarskiej⁷². Natomiast wśród świadczeniodawców realizujących świadczenia pielęgniarskie i położne widać duży rozrzut liczby świadczeniodawców przypadających na 100 tys. mieszkańców.

⁷²Liczbę świadczeniodawców określało zarządzenie Prezesa NFZ nr 64/2013/DSOZ z 15 listopada 2013 roku. Aktualnie obowiązuje zarządzenie Prezesa NFZ z 30.06.2016 Nr 72/2016/DSM, przewiduje ono jeden zespół lekarsko-pielęgniarski na 50 tys. mieszkańców.

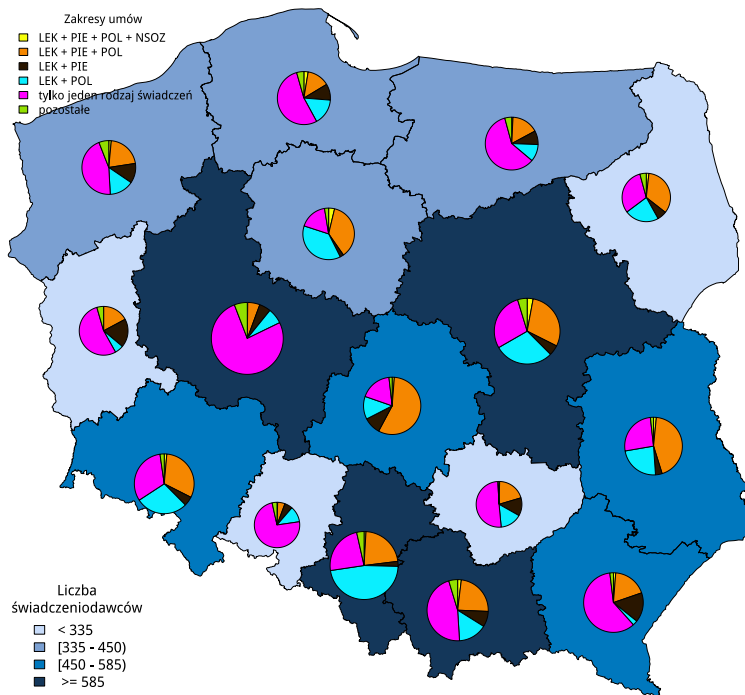
Tabela 2.85: Liczba świadczeniodawców sprawozdających świadczenia w ramach POZ wg województw i rodzajów świadczeń (2014)

Województwo	Liczba świadczeniodawców sprawozdających świadczenia lekarza POZ	Liczba świadczeniodawców sprawozdających świadczenia pielęgniarki POZ	Liczba świadczeniodawców sprawozdających świadczenia położnej POZ	Liczba świadczeniodawców sprawozdających świadczenia nocnej opieki lekarskiej	Liczba świadczeniodawców sprawozdających świadczenia lekarzy POZ na 100 tys. ludności	Liczba świadczeniodawców sprawozdających świadczenia pielęgniarki POZ na 100 tys. ludności	Liczba świadczeniodawców sprawozdających świadczenia położnej POZ na 100 tys. ludności	Liczba świadczeniodawców sprawozdających świadczenia nocnej opieki lekarskiej na 100 tys. ludności
dolnośląskie	521	228	381	32	17,91	7,84	13,10	1,10
kujawsko-pomorskie	320	161	294	26	15,31	7,70	14,07	1,24
lubelskie	444	278	379	28	20,67	12,94	17,65	1,30
lubuskie	205	156	101	17	20,09	15,29	9,90	1,67
łódzkie	468	347	364	25	18,69	13,86	14,54	1,00
małopolskie	496	271	315	47	14,73	8,05	9,35	1,40
mazowieckie	735	315	532	59	13,78	5,90	9,97	1,11
opolskie	196	37	61	13	19,58	3,70	6,09	1,30
podkarpackie	363	340	191	25	17,05	15,97	8,97	1,17
podlaskie	249	138	184	17	20,89	11,58	15,44	1,43
pomorskie	311	135	171	26	13,51	5,86	7,43	1,13
śląskie	824	246	664	50	17,97	5,36	14,48	1,09
świętokrzyskie	194	93	96	18	15,36	7,36	7,60	1,42
warmińsko-mazurskie	292	139	144	26	20,22	9,63	9,97	1,80
wielkopolskie	657	338	332	49	18,92	9,73	9,56	1,41
zachodniopomorskie	321	190	186	32	18,71	11,08	10,84	1,87
suma	6 596	3 412	4 395	490	-	-	-	-

Zródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS

Umowy w ramach POZ mogą być zawierane zarówno na wszystkie cztery rodzaje świadczeń, na pojedynczy rodzaj świadczeń lub na każdą możliwą kombinację rodzajów świadczeń. Wykresy kołowe na Mapie 2.29 przedstawiają procentowy udział najczęstszych zakresów świadczeń dla każdego województwa. Analizując mapę można zauważyć, iż świadczenia objęte umowami różnią się względem województw. Dla przykładu w województwie wielkopolskim dominują umowy zawierane tylko na jeden typ świadczenia podczas gdy w województwie łódzkim dominują umowy łączne na trzy świadczenia (świadczenia lekarzy POZ + świadczenia pielęgniarki POZ + świadczenia położnej POZ). W miejscach gdzie więcej umów zawieranych jest na poszczególne zakresy świadczeń, konieczna jest bardzo dobra koordynacja udzielania tych świadczeń pomiędzy świadczeniodawcami.

Wykres 2.29: Liczba świadczeniodawców sprawozdających świadczenia w ramach POZ oraz procentowy udział sprawozdawanych zakresów umów (2014)



Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ

Dane obrazujące szczegółową liczbę świadczeń realizowanych w ramach POZ przedstawia Tabela 2.86. Analizując dane można zauważyć, iż dominują świadczenia udzielane przez lekarzy POZ. W Polsce stanowią one 94,80% procent świadczeń sprawozdanych w ramach POZ. Na drugim miejscu znajdują się świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej (3,50% wszystkich świadczeń). Z kolei świadczenia pielęgniarok POZ stanowią 0,21% wszystkich świadczeń⁷³, a świadczenia położnych POZ 1,49%. Na Mapie 2.30 wykresy kołowe przedstawiają procentowe udziały poszczególnych rodzajów zrealizowanych świadczeń w podziale na województwa.

Tabela 2.86: Liczba świadczeń sprawozdanych w ramach POZ (2014)

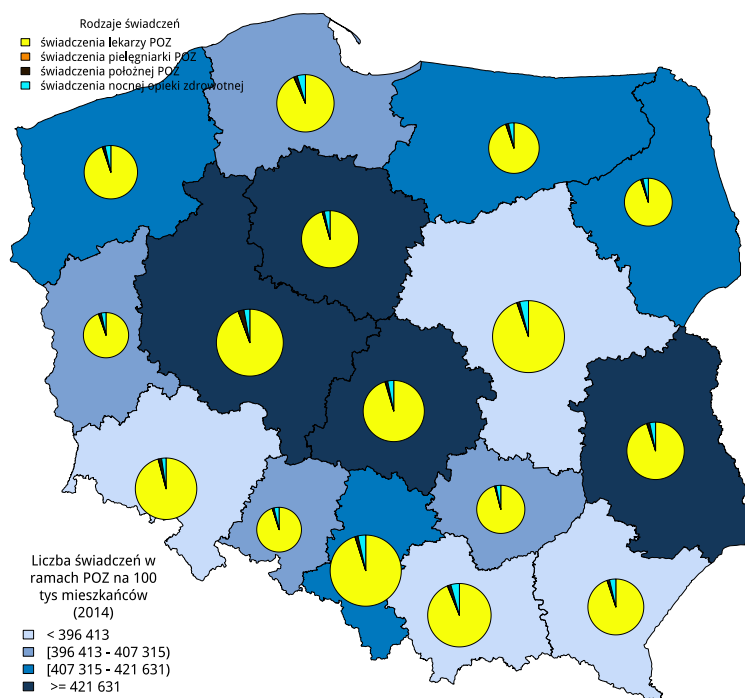
Województwo	Liczba świadczeń lekarzy POZ (w tys.)	Liczba świadczeń pielęgniarok POZ (w tys.)	Liczba świadczeń położnych POZ (w tys.)	Liczba świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej (w tys.)	Liczba świadczeń lekarzy POZ na 100 tys. ludności	Liczba świadczeń pielęgniarok POZ na 100 tys. ludności	Liczba świadczeń położnych POZ na 100 tys. ludności	Liczba świadczeń nocnej opieki zdrowotnej na 100 tys. ludności
dolnośląskie	11 039	23	190	268	379 531	795	6 521	9 229
kujawsko-pomorskie	8 594	12	101	290	411 209	581	4 844	13 873
lubelskie	8 715	34	123	305	405 788	1 578	5 734	14 221
lubuskie	3 914	19	67	139	383 645	1 888	6 613	13 592
łódzkie	10 807	39	129	362	431 551	1 542	5 147	14 446
małopolskie	11 990	37	198	560	355 973	1 101	5 893	16 639

⁷³W zakresie świadczeń Pielęgniarki POZ sprawozdawczość realizowana jest indywidualnie oraz jako zbiorcze zestawienie miesięczne. W formie zestawienia zbiorczego w 2014 roku sprawozdano 71 126 tys. świadczeń, natomiast w formie indywidualnej 326 tys. Analizie poddano tylko dane sprawozdane indywidualnie.

Województwo	Liczba świadczeń lekarzy POZ (w tys.)	Liczba świadczeń pielęgniarok POZ (w tys.)	Liczba świadczeń położnych POZ (w tys.)	Liczba świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej (w tys.)	Liczba świadczeń lekarzy POZ na 100 tys. ludności	Liczba świadczeń pielęgniarok POZ na 100 tys. ludności	Liczba świadczeń położnych POZ na 100 tys. ludności	Liczba świadczeń nocnej opieki zdrowotnej na 100 tys. ludności
mazowieckie	18 405	30	231	771	345 026	562	4 329	14 456
opolskie	3 798	2	49	147	379 490	163	4 912	14 711
podkarpackie	7 963	15	109	305	373 982	724	5 116	14 339
podlaskie	4 731	8	68	183	396 950	667	5 706	15 313
pomorskie	8 514	20	171	422	369 855	888	7 445	18 337
śląskie	17 829	19	245	658	388 773	419	5 353	14 347
świętokrzyskie	4 893	8	39	163	387 343	609	3 114	12 882
warmińsko-mazurskie	5 684	12	99	207	393 607	863	6 890	14 349
wielkopolskie	14 387	21	415	434	414 315	610	11 954	12 508
zachodniopomorskie	6 823	26	98	253	397 758	1 539	5 685	14 752
suma	148 087	326	2 334	5 468	-	-	-	-

Zródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS

Wykres 2.30: Liczba sprawozdanych świadczeń w ramach POZ na 100 tys. ludności oraz procentowy udział poszczególnych rodzajów świadczeń (2014)



Zródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS

Zestawienie dotyczące świadczeń lekarzy POZ przedstawiono w Tabeli 2.87. Największa liczba świadczeń udzielonych przez lekarzy POZ została udzielona w województwie mazowieckim (18 405 tys.) a najmniejsza w województwie opolskim (3 798 tys.). Zróżnicowanie liczby świadczeń dla poszczególnych województw przedstawiono na Wykresie 2.31. Po standaryzacji względem wieku i płci największa liczba świadczeń została udzielona w województwie łódzkim, a najmniejsza w województwie mazowieckim. Z

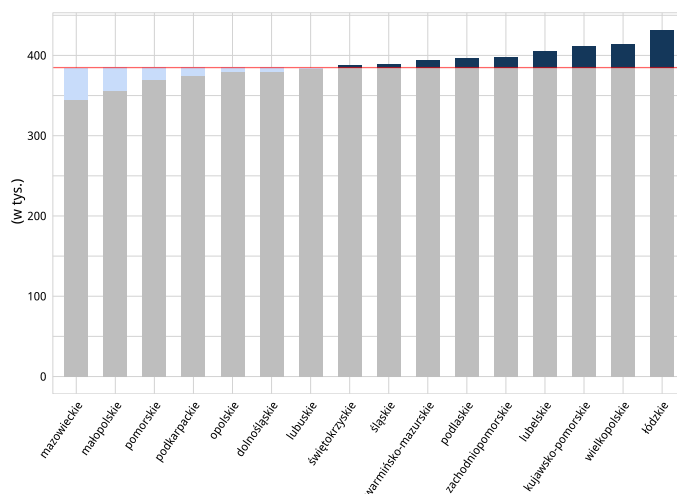
kolei najwięcej świadczeń dla pacjentów spoza województwa zostało udzielonych w województwie mazowieckim, stanowiły one 2,23% wszystkich świadczeń lekarzy POZ w tym województwie. Najmniej świadczeń dla pacjentów spoza województwa udzielono w województwie opolskim, stanowiły one 1,58% wszystkich świadczeń udzielonych przez lekarzy POZ w tym województwie. Liczbę świadczeń lekarzy POZ dla poszczególnych grup wiekowych przedstawiono w Tabeli 2.88.

Tabela 2.87: Liczba sprawozdanych świadczeń lekarzy POZ wg województw (2014)

Województwo	Liczba świadczeniodawców sprawozdanych świadczenia POZ	Liczba świadczeń lekarzy POZ (w tys.)	% świadczeń dla pacjentów spoza województwa	Liczba świadczeń na 100 tys. ludności	Liczba świadczeń na 100 tys. ludności (standar.)	Liczba świadczeń na pacjenta (lista aktywna)
dolnośląskie	521	11 039	1,59	379 531	378 419	3,91
kujawsko-pomorskie	320	8 594	1,46	411 209	414 216	4,21
lubelskie	444	8 715	1,32	405 788	403 956	4,18
lubuskie	205	3 914	1,76	383 645	389 197	4,00
łódzkie	468	10 807	1,33	431 551	422 133	4,40
małopolskie	496	11 990	2,03	355 973	358 544	3,66
mazowieckie	735	18 405	2,23	345 026	340 890	3,59
opolskie	196	3 798	1,58	379 490	379 090	4,12
podkarpackie	363	7 963	1,08	373 982	381 421	3,91
podlaskie	249	4 731	1,38	396 950	396 537	4,30
pomorskie	311	8 514	2,23	369 855	374 184	3,86
śląskie	824	17 829	0,91	388 773	385 869	4,09
świętokrzyskie	194	4 893	1,56	387 343	382 480	4,16
warmińsko-mazurskie	292	5 684	1,85	393 607	404 724	4,13
wielkopolskie	657	14 387	1,41	414 315	421 046	4,23
zachodniopomorskie	321	6 823	1,91	397 758	400 695	4,15
suma	6 596	148 087	-	-	-	-

Zródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS

Wykres 2.31: Liczba sprawozdanych świadczeń lekarzy POZ na 100 tys. ludności w województwach (2014)



Zródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS

Tabela 2.88: Liczba sprawozdanych świadczeń lekarzy POZ (w tys.) dla poszczególnych grup wiekowych (2014)

Województwo	≤ 2	3 – 5	6 – 10	11 – 17	18 – 24	25 – 44	45 – 64	65+
dolnośląskie	667	590	536	456	437	1 568	3 246	3 540
kujawsko-pomorskie	518	479	446	385	380	1 262	2 539	2 586
lubelskie	478	463	444	400	377	1 257	2 490	2 806
lubuskie	237	223	206	176	158	578	1 170	1 166
łódzkie	644	612	575	464	424	1 557	3 145	3 386
małopolskie	877	775	709	596	556	1 724	3 190	3 563
mazowieckie	1 358	1 135	1 003	785	704	2 574	4 968	5 878
opolskie	218	192	174	162	156	490	1 100	1 306
podkarpackie	465	423	433	387	355	1 231	2 276	2 393
podlaskie	293	254	231	202	207	660	1 311	1 574
pomorskie	613	520	476	411	387	1 287	2 393	2 428
śląskie	1 161	1 079	970	822	760	2 685	5 050	5 301
świętokrzyskie	243	246	248	220	192	694	1 431	1 618
warmińsko-mazurskie	306	280	275	252	236	806	1 783	1 747
wielkopolskie	902	821	745	619	638	2 284	4 168	4 208
zachodniopomorskie	340	306	296	264	268	995	2 153	2 202
suma	9 319	8 400	7 766	6 602	6 234	21 653	42 412	45 702

Zródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ

2.3.2 Świadczenia Podstawowej Opieki Zdrowotnej

W 2014 roku w województwie kujawsko-pomorskim świadczenia w ramach Podstawowej Opieki Zdrowotnej udzielało 350 podmiotów. Świadczenia lekarza POZ były udzielane w 320 podmiotach, świadczenia pielęgniarki POZ w 161, świadczenia położnej POZ w 294 a świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej w 26. Na 100 tysięcy mieszkańców województwa kujawsko-pomorskiego przypadało 15,31 podmiotów udzielających świadczeń lekarza POZ, 7,70 podmiotów udzielających świadczeń pielęgniarki POZ, 14,07 podmiotów udzielających świadczeń położnej POZ oraz 1,24 podmiotów świadczących nocną i świąteczną opiekę zdrowotną. Liczba świadczeń udzielona przez te podmioty wyniosła 8 998 tys., z tego 95,52% stanowiły świadczenia lekarzy, 0,13% świadczenia pielęgniarki, 1,13% świadczenia położnej a 3,22% świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej.

Świadczenia Lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej w województwie kujawsko-pomorskim

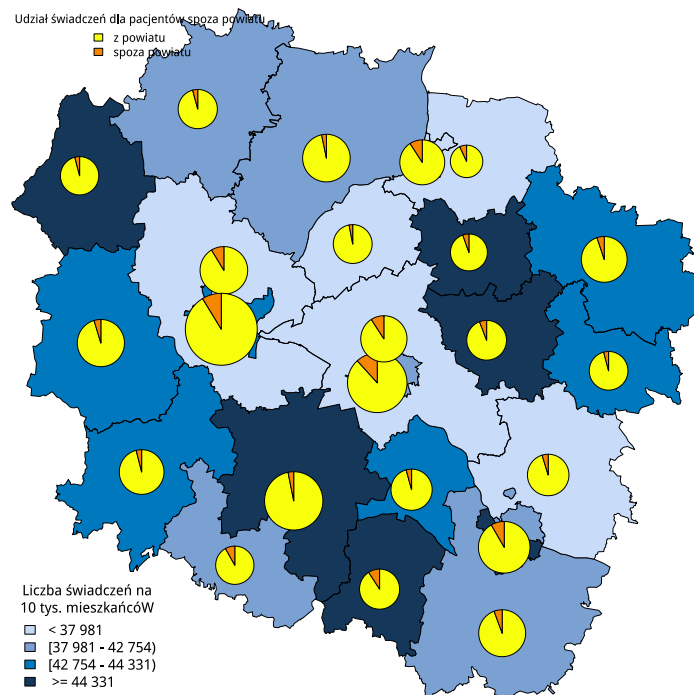
Największa liczba świadczeń lekarza POZ w województwie kujawsko-pomorskim została udzielona w powiecie m. Bydgoszcz i wynosiła 1 529 tys. czyli średnio 43 tys. świadczeń na 10 tys. ludności a najmniejsza w powiecie grudziądzki i wynosiła 107 tys., czyli średnio 27 tys. świadczeń na 10 tys. ludności. Tabela 2.89 przedstawia liczbę świadczeń lekarza POZ dla wszystkich powiatów województwa kujawsko-pomorskiego. Liczba świadczeń na jednego ubezpieczonego była najwyższa w powiecie radziejowski (5,00) a najniższa w m. Grudziądz (3,09). Po standaryzacji względem wieku i płci na 10 tys. mieszkańców najwyższa liczba świadczeń lekarzy POZ została udzielona w powiecie radziejowski (52 tys.), a najniższa w grudziądzki (28 tys.).

Tabela 2.89: Liczba sprawozdanych świadczeń lekarzy POZ w powiatach (2014)

Powiat	Liczba świadczeniodawców sprawozdających świadczenia lekarzy POZ	Liczba świadczeniodawców sprawozdających świadczenia lekarzy POZ na 10 tys. ludności	Liczba świadczeń lekarzy POZ (w tys.)	% świadczeń dla pacjentów spoza powiatu	Liczba świadczeń na 10 tys. ludności	Liczba świadczeń na 10 tys. ludności (standar.)	Liczba świadczeń na pacjenta (lista aktywna)
aleksandrowski	11	1,97	238	4,24	42 786	42 295	4,52
brodnicki	18	2,30	338	5,11	43 145	44 786	4,37
bydgoski	17	1,52	387	8,66	34 610	36 261	4,24
chełmiński	8	1,52	196	3,02	37 323	38 174	3,92
golubsko-dobrzyński	9	1,98	211	5,82	46 503	47 770	4,82
grudziądzki	6	1,49	107	6,96	26 724	27 797	3,47
inowrocławski	22	1,35	760	3,13	46 600	46 638	4,78
lipnowski	12	1,79	244	4,77	36 461	37 788	3,76
mogileński	8	1,72	187	8,11	40 208	40 651	4,27
nakielski	10	1,15	375	4,66	43 127	44 606	4,50
radziejowski	9	2,17	217	9,18	52 394	52 259	5,00
rypiński	7	1,57	193	4,10	43 222	43 424	4,52
sępoleński	6	1,44	187	4,03	45 060	45 817	4,82
świecki	16	1,60	386	3,26	38 638	39 400	4,14
toruński	19	1,86	351	9,14	34 336	36 829	4,64
tucholski	7	1,45	202	4,20	41 846	42 862	4,38
wąbrzeski	9	2,58	165	5,42	47 418	48 017	4,81
włocławski	21	2,42	368	5,61	42 410	42 760	4,76
żniński	10	1,41	313	3,93	44 266	44 888	4,72
m. Bydgoszcz	49	1,37	1 529	8,72	42 754	41 605	4,00
m. Grudziądz	9	0,93	318	9,15	32 739	31 878	3,09
m. Toruń	26	1,28	813	11,71	40 039	39 860	3,67
m. Włocławek	11	0,97	506	8,33	44 396	43 435	4,24

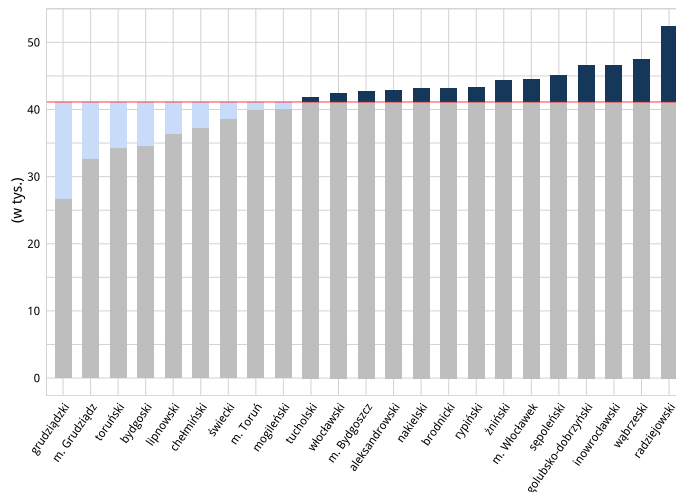
Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS

Wykres 2.32: Liczba sprawozdanych świadczeń lekarzy POZ na 10 tys. ludności oraz struktura tych wg miejsca zamieszkania pacjenta (2014)



Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS

Wykres 2.33: Liczba sprawozdanych świadczeń lekarzy POZ na 10 tys. ludności (2014)



Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS

Udział poszczególnych rodzajów świadczeń przedstawia Tabela 2.90. W 2014 w całym województwie kujawsko-pomorskim świadczenia - bilans zdrowia stanowiły 0,66% świadczeń lekarzy POZ, porady patronażowe 0,10%, świadczenia dla pacjentów z rozpoznaniem cukrzycy i/lub chorób układu krążenia 19,40% a świadczenia dla pacjentów z rozpoznaniem innym niż cukrzyca i/lub choroba układu krążenia 79,83%. Liczba, a co za tym idzie udział poszczególnych świadczeń może wynikać ze sposobu prowadzonej sprawozdawczości (NFZ w bazie danych ma dostęp do jednego sprawozdanego świadczenia). Liczba świadczeń w poszczególnych grupach wiekowych została przedstawiona w Tabeli 2.90.

Tabela 2.90: Udział poszczególnych świadczeń lekarzy POZ w powiatach (2014)

Powiat	Liczba świadczeniodawców sprawozdających świadczenia lekarzy POZ	Liczba świadczeń lekarzy POZ (w tys.)	% świadczeń dla pacjentów spoza POZ	Liczba świadczeń na pacjenta (lista aktywna)	% świadczeń - bilans zdrowia	% porad patronażowych	% świadczeń dla pacjentów z rozpoznaniami cukrzycy i/lub chorób układu krążenia	% świadczeń dla pacjentów bez rozpoznania cukrzycy i/lub chorób układu krążenia
aleksandrowski	11	238	0,91	4,52	0,15	0,01	19,46	79,46
brodnicki	18	338	0,85	4,37	0,50	0,07	23,12	75,47
bydgoski	17	387	0,26	4,24	0,76	0,18	14,24	84,57
chełmiński	8	196	0,18	3,92	0,73	0,05	17,27	81,78
golubsko-dobrzyński	9	211	0,28	4,82	0,64	0,10	25,57	73,41
grudziądzki	6	107	0,19	3,47	0,36	0,07	27,14	72,23
inowrocławski	22	760	0,20	4,78	0,80	0,10	17,56	81,34
lipnowski	12	244	0,36	3,76	0,87	0,09	23,76	74,92
mogileński	8	187	0,20	4,27	0,59	0,06	30,75	68,39
nakielski	10	375	0,21	4,50	0,91	0,08	17,60	81,19
radziejowski	9	217	0,87	5,00	0,80	0,11	18,49	79,74
rypiński	7	193	0,47	4,52	0,62	0,08	24,31	74,52
sępoleński	6	187	0,48	4,82	1,10	0,15	14,73	83,54
świecki	16	386	0,45	4,14	0,33	0,14	17,45	81,63
toruński	19	351	0,19	4,64	0,82	0,07	15,05	83,87
tucholski	7	202	0,87	4,38	1,15	0,26	24,78	72,93
wąbrzeski	9	165	0,25	4,81	0,89	0,11	30,40	68,35
włocławski	21	368	0,47	4,76	0,79	0,10	21,55	77,08
żniński	10	313	0,42	4,72	1,12	0,13	16,80	81,53
m. Bydgoszcz	49	1 529	0,33	4,00	0,52	0,13	16,13	82,89
m. Grudziądz	9	318	0,15	3,09	0,26	0,03	18,75	80,80
m. Toruń	26	813	0,31	3,67	0,57	0,09	21,03	77,99
m. Włocławek	11	506	0,18	4,24	0,61	0,09	20,84	78,28

Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ

Tabela 2.91: Liczba sprawozdanych świadczeń lekarzy POZ (w tys.) w podziale na grupy wiekowe

Powiat	≤ 2	3 – 5	6 – 10	11 – 17	18 – 24	25 – 44	45 – 64	65+
aleksandrowski	12	12	12	11	9	32	71	78
brodnicki	17	14	14	13	17	58	108	97
bydgoski	26	23	23	20	21	67	111	96
chełmiński	12	11	11	10	10	29	58	56
golubsko-dobrzyński	11	10	10	9	10	30	64	66
grudziądzki	7	5	6	5	6	15	33	30
inowrocławski	41	39	37	32	31	109	235	236
lipnowski	14	11	11	11	12	38	75	72
mogileński	10	10	10	9	9	29	57	53
nakielski	23	20	20	19	19	55	111	108

Powiat	≤ 2	3 – 5	6 – 10	11 – 17	18 – 24	25 – 44	45 – 64	65+
radziejowski	13	12	13	10	9	31	65	65
rypiński	11	10	10	8	8	27	58	61
sępoleński	11	10	10	10	8	25	56	57
świecki	23	22	21	19	19	59	117	105
toruński	22	19	19	18	18	58	103	95
tucholski	13	10	11	10	9	30	64	56
wąbrzeski	9	8	7	7	7	25	50	51
włocławski	18	16	17	15	16	54	116	117
żniński	18	16	16	13	14	44	97	95
m. Bydgoszcz	100	94	79	62	66	217	416	495
m. Grudziądz	20	21	17	13	11	41	94	100
m. Toruń	60	56	46	35	36	119	225	237
m. Włocławek	28	27	27	23	17	69	154	161
suma	518	479	446	385	380	1 262	2 539	2 586

Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ

Świadczenia Pielęgniarki Podstawowej Opieki Zdrowotnej w województwie kujawsko-pomorskim

Najwięcej świadczeń pielęgniarki POZ udzielono w powiecie lipnowski (1 260), a najmniej w powiecie aleksandrowski (19). Tabela 2.92 przedstawia liczbę świadczeń pielęgniarek POZ dla wszystkich powiatów województwa kujawsko-pomorskiego. Udział poszczególnych rodzajów świadczeń przedstawia Tabela 2.93. W 2014 w całym województwie kujawsko-pomorskim porady profilaktyczne w programie profilaktyki gruźlicy stanowiły 40,97% świadczeń pielęgniarki POZ, porady patronażowe 49,50%, a świadczenia dla pacjentów spoza list świadczeniobiorców 9,53%.

Tabela 2.92: Liczba sprawozdanych świadczeń pielęgniarki POZ w powiatach (2014)

Powiat	Liczba świadczeniodawców sprawozdających świadczenia pielęgniarki POZ	Liczba świadczeniodawców sprawozdających świadczenia pielęgniarki POZ na 10 tys. mieszkańców	Liczba świadczeń pielęgniarki POZ	% świadczeń dla pacjentów spoza powiatu	Liczba świadczeń na 10 tys. ludności	Liczba świadczeń na 10 tys. ludności (standar.)
aleksandrowski	2	0,36	19	36,84	3	4
brodnicki	6	0,77	373	2,95	48	53
bydgoski	10	0,89	1 030	18,35	92	94
chełmiński	4	0,76	104	-	20	20
golubsko-dobrzyński	3	0,66	27	3,70	6	6
grudziądzki	2	0,50	554	13,18	138	151
inowrocławski	16	0,98	901	0,78	55	64
lipnowski	10	1,49	1 260	12,30	188	201
mogileński	3	0,65	95	9,47	20	22
nakielski	4	0,46	228	7,46	26	28
radziejowski	6	1,45	1 153	3,82	278	316

Powiat	Liczba świadczeniodawców sprawozdających świadczenia pielęgniarstwa POZ	Liczba świadczeniodawców sprawozdających świadczenia pielęgniarstwa POZ na 10 tys. mieszkańców	Liczba świadczeń pielęgniarstwa POZ	% świadczeń dla pacjentów spoza powiatu	Liczba świadczeń na 10 tys. ludności	Liczba świadczeń na 10 tys. ludności (standar.)
rypiński	5	1,12	328	0,61	73	76
sępoleński	5	1,20	378	2,38	91	97
świecki	7	0,70	351	6,84	35	37
toruński	5	0,49	160	11,25	16	18
tucholski	6	1,24	511	32,88	106	112
wąbrzeski	4	1,15	117	8,55	34	35
włocławski	9	1,04	950	24,95	109	121
żniński	7	0,99	479	8,77	68	71
m. Bydgoszcz	28	0,78	766	10,05	21	22
m. Grudziądz	3	0,31	337	9,50	35	37
m. Toruń	10	0,49	1 034	11,41	51	53
m. Włocławek	6	0,53	980	8,06	86	99

Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS

Tabela 2.93: Udział poszczególnych świadczeń pielęgniarstwa POZ w powiatach (2014)

Powiat	Liczba świadczeniodawców sprawozdających świadczenia pielęgniarstwa POZ	Liczba świadczeń pielęgniarstwa POZ	% porad profilaktyki gruźlicy	% porad patronażowych	% świadczeń dla pacjentów spoza listy świadczeniobiorców
aleksandrowski	2	19	-	73,68	26,32
brodnicki	6	373	21,72	75,07	3,22
bydgoski	10	1 030	24,17	54,27	21,55
chełmiński	4	104	8,65	87,50	3,85
golubsko-dobrzyński	3	27	44,44	48,15	7,41
grudziądzki	2	554	98,38	1,44	0,18
inowrocławski	16	901	21,42	75,36	3,22
lipnowski	10	1 260	63,81	26,43	9,76
mogileński	3	95	68,42	31,58	-
nakielski	4	228	15,35	76,75	7,89
radziejowski	6	1 153	8,24	90,55	1,21
rypiński	5	328	-	98,48	1,52
sępoleński	5	378	10,32	87,57	2,12
świecki	7	351	58,97	39,03	1,99
toruński	5	160	90,00	3,75	6,25
tucholski	6	511	17,22	41,68	41,10
wąbrzeski	4	117	-	90,60	9,40

Powiat	Liczba świadczeniodawców sprawozdających świadczenia pielęgnianki POZ	Liczba świadczeń pielęgnianki POZ	% porad profilaktyki gruźlicy	% porad patronażowych	% świadczeń dla pacjentów spoza listy świadczeniobiorców
włocławski	9	950	27,89	41,89	30,21
żniński	7	479	18,16	68,89	12,94
m. Bydgoszcz	28	766	53,92	34,20	11,88
m. Grudziądz	3	337	74,48	25,22	0,30
m. Toruń	10	1 034	86,17	11,22	2,61
m. Włocławek	6	980	50,92	48,37	0,71

Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ

Świadczenia Położnej Podstawowej Opieki Zdrowotnej w województwie kujawsko-pomorskim

Najwięcej świadczeń położnej POZ udzielono w powiecie m. Bydgoszcz (15 403), a najmniej w powiecie rypiński (1 536). Tabela 2.94 przedstawia liczbę świadczeń położnej POZ dla wszystkich powiatów województwa kujawsko-pomorskiego. Z kolei udział poszczególnych rodzajów świadczeń przedstawia Tabela 2.95. W 2014 w całym województwie kujawsko-pomorskim wizyty patronażowe stanowiły 74,79% świadczeń położnej POZ, wizyty w opiece pooperacyjnej 1,06%, wizyty w edukacji przedporodowej 24,09%, a świadczenia dla pacjentów spoza list świadczeniobiorców 0,06%.

Tabela 2.94: Liczba sprawozdanych świadczeń położnej POZ w powiatach (2014)

Powiat	Liczba świadczeniodawców sprawozdających świadczenia położnej POZ	Liczba świadczeniodawców sprawozdających świadczenia położnej POZ na 10 tys. mieszkańców	Liczba świadczeń położnej POZ	% świadczeń dla pacjentów spoza powiatu	Liczba świadczeń na 10 tys. kobiet	Liczba świadczeń na 10 tys. kobiet (standar.)
aleksandrowski	9	1,62	3 232	2,72	1 126	952
brodnicki	15	1,91	4 695	3,96	1 188	708
bydgoski	16	1,43	5 867	5,71	1 040	676
chełmiński	6	1,14	3 096	4,39	1 157	942
golubsko-dobrzyński	7	1,54	1 555	1,22	677	429
grudziądzki	6	1,49	2 126	4,80	1 057	716
inowrocławski	22	1,35	5 528	0,58	658	430
lipnowski	14	2,09	3 470	2,16	1 030	670
mogileński	7	1,51	2 358	2,80	994	729
nakielski	10	1,15	2 342	1,15	534	347
radziejowski	8	1,93	1 637	0,31	781	440
rypiński	6	1,34	1 536	0,07	680	352
sępoleński	6	1,44	1 939	3,25	931	556

Powiat	Liczba świadczeniodawców sprawozdających świadczenia położnej POZ	Liczba świadczeniodawców sprawozdających świadczenia położnej POZ na 10 tys. mieszkańców	Liczba świadczeń położnej POZ	% świadczeń dla pacjentów spoza powiatu	Liczba świadczeń na 10 tys. kobiet	Liczba świadczeń na 10 tys. kobiet (standar.)
świecki	16	1,60	7 128	6,97	1 408	1 224
toruński	15	1,47	2 642	2,69	511	295
tucholski	7	1,45	3 992	7,89	1 647	1 154
wąbrzeski	8	2,30	1 713	10,97	968	814
włocławski	18	2,07	4 935	4,70	1 127	883
żniński	9	1,27	5 043	5,77	1 412	1 096
m. Bydgoszcz	44	1,23	15 403	2,30	813	547
m. Grudziądz	7	0,72	3 631	1,10	713	547
m. Toruń	26	1,28	13 650	9,74	1 255	946
m. Włocławek	12	1,05	3 714	9,91	618	556

Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS

Tabela 2.95: Udziałów poszczególnych świadczeń położnej POZ w powiatach (2014)

Powiat	Liczba świadczeniodawców sprawozdających świadczenia położnej POZ	Liczba świadczeń położnej POZ	% wizyt w edukacji przedporodowych	% wizyt w opiece poporodowych	% wizyt patronażowych	% świadczeń dla pacjentów spoza listy świadczeniobiorców
aleksandrowski	9	3 232	37,35	2,41	60,24	-
brodnicki	15	4 695	16,83	-	83,05	0,13
bydgoski	16	5 867	21,85	0,84	77,18	0,14
chełmiński	6	3 096	47,97	1,03	51,00	-
golubsko-dobrzyński	7	1 555	13,25	0,90	85,72	0,13
grudziądzki	6	2 126	31,42	0,56	68,02	-
inowrocławski	22	5 528	8,66	0,22	91,03	0,09
lipnowski	14	3 470	21,41	0,23	78,10	0,26
mogileński	7	2 358	23,28	0,30	76,42	-
nakielski	10	2 342	9,39	0,21	90,39	-
radziejowski	8	1 637	3,05	1,34	95,11	0,49
rypiński	6	1 536	0,72	1,30	97,98	-
sępoleński	6	1 939	7,94	-	92,06	-
świecki	16	7 128	57,30	0,08	42,62	-
toruński	15	2 642	13,74	0,23	86,03	-
tucholski	7	3 992	32,72	-	67,23	0,05
wąbrzeski	8	1 713	49,97	0,47	49,56	-
włocławski	18	4 935	28,45	11,41	60,12	0,02
żniński	9	5 043	40,15	0,02	59,75	0,08

Powiat	Liczba świadczeniodawców sprawozdających świadczenia położnej POZ	Liczba świadczeń położnej POZ	% wizyt w edukacji przedporodowych	% wizyt w opiece pooperacyjnych	% wizyt patronażowych	% świadczeń dla pacjentów spoza listy świadczeniobiorców
m. Bydgoszcz	44	15 403	8,83	0,13	90,99	0,05
m. Grudziądz	7	3 631	14,54	-	85,46	-
m. Toruń	26	13 650	24,95	0,29	74,76	0,01
m. Włocławek	12	3 714	32,63	4,68	62,57	0,11

Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ

Świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej w województwie kujawsko-pomorskim

Najwięcej świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej udzielono w powiecie m. Bydgoszcz (68 137), a najmniej w powiecie nakielski (3 670). Tabela 2.96 przedstawia liczbę świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej dla wszystkich powiatów województwa kujawsko-pomorskiego. Z kolei udział poszczególnych rodzajów świadczeń przedstawia Tabela 2.96. W 2014 w całym województwie kujawsko-pomorskim porady ambulatoryjne stanowiły 95,00% świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, porady wyjazdowe 4,46% a porady dla pacjentów z UE/EFTA 0,54%.

Tabela 2.96: Liczba sprawozdanych świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej w powiatach (2014)

Powiat	Liczba świadczeniodawców sprawozdających świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej	Liczba świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej	% świadczeń dla pacjentów spoza powiatu	Liczba świadczeń na 10 tys. ludności	Liczba świadczeń na 10 tys. ludności (standar.)
aleksandrowski	1	4 177	6,78	750	759
brodnicki	1	8 766	9,27	1 118	1 081
bydgoski	1	8 305	12,70	743	731
chełmiński	1	4 165	3,58	792	779
golubsko-dobrzyński	1	11 171	10,69	2 458	2 405
grudziądzki	-	-	-	-	-
inowrocławski	1	17 970	7,25	1 101	1 123
lipnowski	1	14 563	6,85	2 172	2 109
mogileński	1	4 004	10,69	863	865
nakielski	1	3 670	7,33	422	416
radziejowski	1	4 436	17,63	1 069	1 075
rypiński	1	7 231	10,76	1 619	1 602
sępoleński	1	5 399	13,45	1 300	1 276
świecki	1	10 987	4,91	1 100	1 077
toruński	1	4 630	13,61	453	440
tucholski	1	8 661	10,23	1 790	1 761
wąbrzeski	1	3 804	8,89	1 091	1 087
włocławski	-	-	-	-	-

Powiat	Liczba świadczeniodawców sprawozdających świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej	Liczba świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej	% świadczeń dla pacjentów spoza powiatu	Liczba świadczeń na 10 tys. ludności	Liczba świadczeń na 10 tys. ludności (standar.)
żniński	2	20 398	10,99	2 885	2 865
m. Bydgoszcz	4	68 137	21,35	1 905	1 995
m. Grudziądz	1	27 382	38,66	2 818	2 838
m. Toruń	2	43 529	28,92	2 143	2 195
m. Włocławek	1	8 565	32,50	752	788

Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS

Tabela 2.97: Udziałów poszczególnych świadczeń nocnej opieki i świątecznej zdrowotnej w powiatach (2014)

Powiat	Liczba świadczeniodawców sprawozdających świadczenia nocnej opieki zdrowotnej	Liczba świadczeń nocnej opieki zdrowotnej	% świadczeń ambulatoryjnych	% świadczeń wyjazdowych	% świadczeń dla pacjentów z UE
aleksandrowski	1	4 177	97,41	2,54	0,05
brodnicki	1	8 766	99,36	-	0,64
bydgoski	1	8 305	95,41	4,29	0,30
chełmiński	1	4 165	98,25	1,70	0,05
golubsko-dobrzyński	1	11 171	98,17	1,42	0,40
grudziądzki	-	-	-	-	-
inowrocławski	1	17 970	78,35	21,40	0,24
lipnowski	1	14 563	97,01	2,79	0,20
mogileński	1	4 004	96,70	3,30	-
nakielski	1	3 670	94,71	4,17	1,12
radziejowski	1	4 436	97,54	2,46	-
rypiński	1	7 231	91,41	-	8,59
sępoleński	1	5 399	95,59	3,48	0,93
świecki	1	10 987	97,19	2,05	0,76
toruński	1	4 630	90,56	8,77	0,67
tucholski	1	8 661	96,39	3,59	0,02
wąbrzeski	1	3 804	94,06	5,94	-
włocławski	-	-	-	-	-
żniński	2	20 398	95,41	3,88	0,71
m. Bydgoszcz	4	68 137	95,66	4,25	0,09
m. Grudziądz	1	27 382	99,10	0,02	0,88
m. Toruń	2	43 529	95,18	4,68	0,14
m. Włocławek	1	8 565	93,85	5,91	0,25

Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ

2.3.3 Listy aktywne

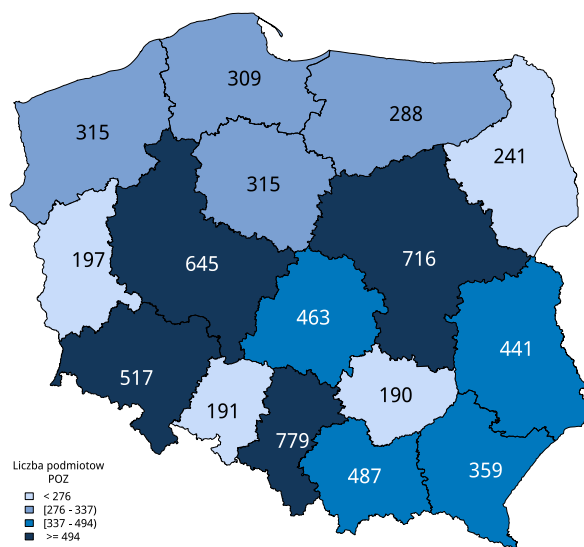
Według list aktywnych w 2014 (stan na czerwiec) w Polsce działały 6 453 podmioty Podstawowej Opieki Zdrowotnej (POZ). Spośród nich najwięcej znajdowało się w województwach o największej liczbie ludności tj. mazowieckim, śląskim, wielkopolskim, małopolskim i dolnośląskim. W województwie kujawsko-pomorskim funkcjonowało 315 podmiotów. Liczbę podmiotów POZ w poszczególnych województwach przedstawiono na Wykresie 2.34, a w poszczególnych kujawsko-pomorskich powiatach na Wykresie 2.35.

Różnice w liczbie podmiotów podanych w poprzedniej części dokumentu a obecnej wynikają głównie z faktu, iż lista aktywna dotyczy tylko lekarzy POZ oraz przedstawia stan na miesiąc czerwiec 2014 roku. Z kolei dane sprawozdawcze odnoszą się do całego roku 2014 oraz uwzględniają wszystkie typy świadczeń. W 2014 roku istniały podmioty, które zakończyły działalność przed czerwcem lub rozpoczęły ją po tym miesiącu. Istniały też podmioty nie posiadające umowy z zakresu świadczeń lekarza POZ. Ponadto kilkanaście podmiotów posiada listę aktywną, jednak nie sprawozdają świadczeń z zakresu lekarza POZ. Na podstawie danych sprawozdawczych świadczenia POZ realizowane są także przez Szpitalne Oddziały Ratunkowe jak i Izby Przyjęć - dotyczy to świadczeń w zakresie NSOL.

W 2014 roku do jednego podmiotu POZ zapisanych było średnio 5,7 tys. osób. Średnio podmioty o największej liczbie zapisanych pacjentów występowały w województwach mazowieckim (7,2 tys.) oraz pomorskim (7,1 tys.). Z kolei podmioty o średnio najmniejszej liczbie zapisanych pacjentów znajdowały się w województwach podlaskim (4,6 tys.) oraz lubelskim (4,7 tys.). W województwie kujawsko-pomorskim średnio do jednego świadczeniodawcy Podstawowej Opieki Zdrowotnej zapisanych było 6,5 tys. pacjentów, co plasowało to województwo na trzynastym miejscu w Polsce. Średnią liczbę pacjentów zapisanych do podmiotów POZ w województwach przedstawiono na Wykresie 2.36. Spośród powiatów województwa kujawsko-pomorskiego największą liczbą pacjentów zapisanych do jednego świadczeniodawcy POZ charakteryzowały się następujące powiaty: powiat m. Grudziądz, powiat m. Włocławek oraz powiat m. Toruń. Powiaty włocławski, wąbrzeski i toruński cechowały się z kolei najniższymi wartościami tej statystyki. Średnią liczbę pacjentów zapisanych do podmiotów POZ w powiatach województwa kujawsko-pomorskiego przedstawiono na Wykresie 2.37.

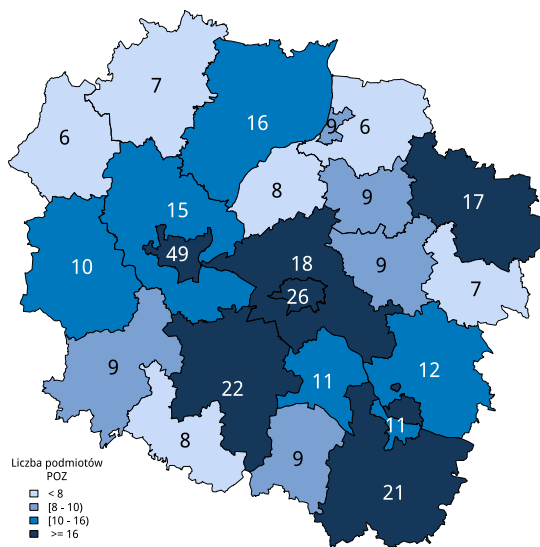
W 2014 roku 37,01 mln osób zapisanych było do jednego podmiotu Podstawowej Opieki Zdrowotnej (stan na czerwiec). Oznacza to, że 96 na 100 mieszkańców Polski było w czerwcu 2014 roku zapisanych do podmiotów POZ. Najwyższym wskaźnikiem osób zapisanych do POZ w stosunku do liczby ludności cechowały się województwa wielkopolskie (98,0 na 100 mieszkańców), łódzkie (97,8 na 100 mieszkańców) i kujawsko-pomorskie (97,6 na 100 mieszkańców). Najmniejszym, województwa opolskie (92,0 na 100 mieszkańców) oraz podlaskie (92,2 na 100 mieszkańców). Liczbę osób zapisanych do podmiotów POZ w przeliczeniu na 100 mieszkańców województwa przedstawiono na Wykresie 2.38. W kujawsko-pomorskich powiatach zaobserwować można znaczne zróżnicowanie pod względem liczby unikalnych pacjentów (tj. zliczając pojedynczo przypadki zapisania do kilku podmiotów POZ) zarejestrowanych u świadczeniodawców w powiecie w przeliczeniu na stu mieszkańców powiatu. Omawiana statystyka waha się od 74 (powiat toruński) do 109 (powiat m. Toruń). Zauważyć też można powiaty, w których liczba zapisanych pacjentów przekraczała liczbę mieszkańców (powiat m. Włocławek, powiat radziejowski, powiat m. Grudziądz, powiat m. Bydgoszcz, powiat m. Toruń). Wynika to ze znacznej skali migracji pacjentów i zapisywania się na listy aktywne nie w powiecie zamieszkania. Jest to zjawisko obserwowalne w skali całego kraju. Zwłaszcza duże ośrodki miejskie są często bardziej obciążone pacjentami w POZ niż wskazywałaby na to liczba ich mieszkańców, gdyż zapisują one pacjentów z powiatów ościennych, a największe z całego województwa, czy kraju. Liczbę osób zapisanych do podmiotów POZ w przeliczeniu na 100 mieszkańców powiatów województwa kujawsko-pomorskiego przedstawiono na Wykresie 2.39.

Wykres 2.34: Liczba podmiotów POZ w województwach Polski (stan na czerwiec 2014)



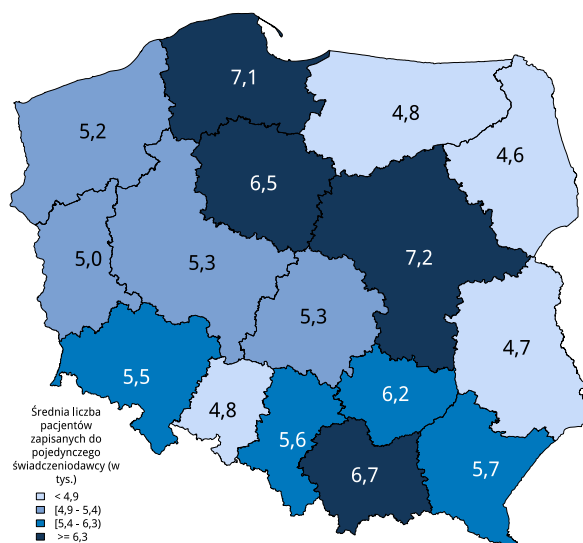
Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ

Wykres 2.35: Liczba podmiotów POZ w powiatach województwa kujawsko-pomorskiego (stan na czerwiec 2014)



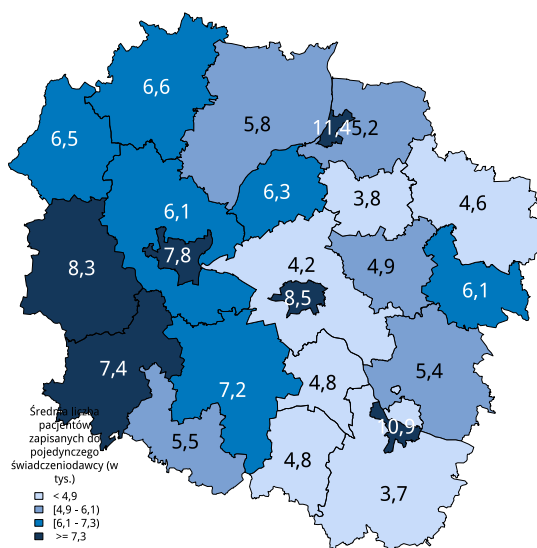
Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ

Wykres 2.36: Średnia liczba pacjentów zapisanych do pojedynczego świadczeniodawcy POZ (w tys.) w województwach Polski (stan na czerwiec 2014)



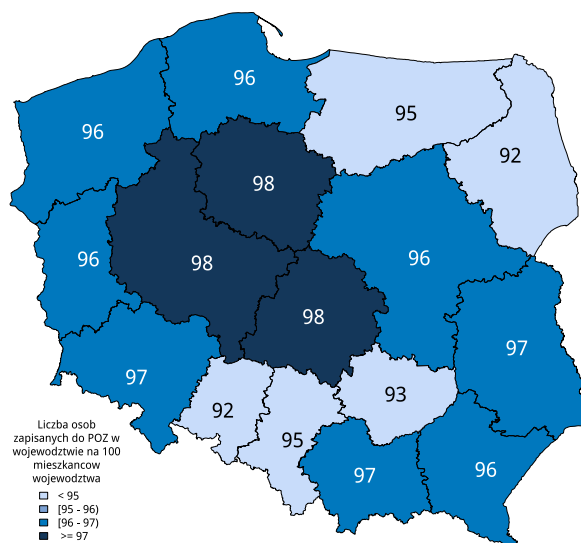
Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ

Wykres 2.37: Średnia liczba pacjentów zapisanych do pojedynczego świadczeniodawcy POZ (w tys.) w powiatach województwa kujawsko-pomorskiego (stan na czerwiec 2014)



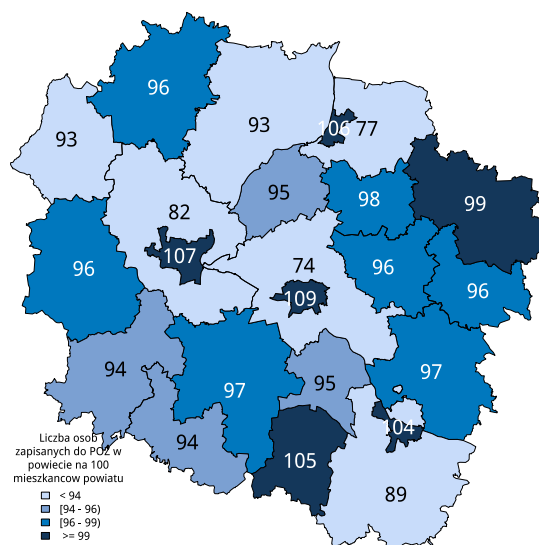
Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ

Wykres 2.38: Liczba osób zapisanych do podmiotów POZ na 100 mieszkańców w województwach Polski (stan na czerwiec 2014)



Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS

Wykres 2.39: Liczba osób zapisanych do podmiotów POZ na 100 mieszkańców w powiatach województwa kujawsko-pomorskiego (stan na czerwiec 2014)



Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS

2.4 Wykorzystanie nagłej opieki medycznej

Dokonano analizy list aktywnych pacjentów pod kątem świadczeń udzielonych w ramach Szpitalnych Oddziałów Ratunkowych, Izb Przyjęć oraz Opieki Nocnej i Świątecznej. Zgłoszenie się pacjenta do takiej formy opieki podyktowane jest nagłą potrzebą zdrowotną, której nie może zaspokoić w pozostałych formach opieki.

Do nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej pacjenci zgłaszają się z następujących powodów: nagłego zachorowania, nagłego pogorszenia stanu zdrowia, gdy nie ma objawów sugerujących bezpośrednie zagrożenie życia lub istotny uszczerbek na zdrowiu, a zastosowane środki domowe lub leki dostępne bez recepty nie przyniosły spodziewanej poprawy, gdy zachodzi obawa, że oczekiwanie na otwarcie przychodni może wpłynąć niekorzystnie na stan zdrowia. Świadczenia nocnej i świątecznej opieki lekarskiej są bezpłatne

i udzielane bez skierowania. W ramach nocnej i świątecznej opieki lekarskiej natomiast, nie można uzyskać wizyty kontrolnej w związku z leczeniem rozpoczętym wcześniej, recepty na leki stosowane stale w związku z przewlekłym schorzeniem oraz rutynowego zaświadczenia o stanie zdrowia⁷⁴.

Świadczenia w szpitalnym oddziale ratunkowym (SOR) udzielone są w trybie nagłym pacjentowi znajdującemu się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Obejmują również świadczenia, które ze względu na stan zdrowia pacjenta wymagają niezwłocznego podjęcia czynności związanych z diagnostyką i leczeniem. Nie mogą być zrealizowane w tym czasie przez świadczeniodawców udzielających świadczeń w innych rodzajach. Gdy to konieczne świadczenia obejmują zapewnienie transportu w celu zachowania ciągłości leczenia⁷⁵.

Jednakże teza praktyczna, zgłaszana przez środowisko medyczne jest taka, iż występują 2 główne powody dla których pacjenci korzystają z ww. form opieki: (1) wydarzenie nagłe, wobec czego pacjent musi pilnie zaspokoić potrzebę zdrowotną na poziomie takiej formy opieki lub uzyskać dostęp świadczenia wyższego rzędu (hospitalizacji), (2) pacjenci zazwyczaj decydują się na taką formę opieki zdrowotnej, gdyż kolejka diagnostyczna jest zbyt długa.

Jednakże, ze względu na sposób gromadzenia danych nie jest możliwe bezpośrednio zdefiniowanie tej grupy pacjentów.

Dane te dają jednak możliwość wyłączenia z analiz części pacjentów z grupy (1) tj. tych pacjentów, których przyczyną zgłoszenia do SOR, IP lub NPL była konieczność uzyskania świadczenia wyższego rzędu (hospitalizacji). Z tego powodu z analizy wyłączono tych pacjentów, których hospitalizacje zostały sprawozdane do płatnika publicznego (NFZ) w ciągu 2 dni od daty wizyty.

Liczbę tę przeliczono na 100 pacjentów zapisanych do POZ (stan na czerwiec 2014) na poziomie województw, powiatów i podmiotów POZ. Omawiany wskaźnik, dalej nazywany będzie wskaźnikiem wykorzystania nagłej opieki medycznej (WWNOM). Przyjęto, że liczba takich przypadków powinna być proporcjonalna do liczby zapisanych pacjentów, a wahania wskaźnika powinny mieć przyczynę raczej w szeroko rozumianej dostępności do usług medycznych w regionie. Z drugiej strony na zróżnicowanie w wartościach wskaźnika wykorzystania opieki doraźnej duży wpływ będzie miała dostępność do SOR, izb przyjęć i punktów nocnej i świątecznej opieki medycznej. Znaczna liczba takich punktów w regionie będzie dodatkowo wpływać na omawiany wskaźnik (co widać na podstawie np. dużych miast). Przy szczegółowym i pogłębionym wnioskowaniu na podstawie danych zaprezentowanych poniżej należy wziąć pod uwagę opisane powyżej jak i wszelkie inne uwarunkowania lokalne.

Na poziomie województw omawianą statystykę zaprezentowano na Wykresie 2.40. Najwyższe wartości notowano w województwach pomorskim (35,5), zachodniopomorskim (33,4), śląskim (31,9), opolskim (31,2). Najniższe zaś w województwach lubuskim (23,5), dolnośląskim (24,2), warmińsko-mazurskim (24,7), wielkopolskim (26,0). W skali całego kraju wskaźnik wykorzystania nagłej opieki medycznej wyniósł 29,5. Na poziomie powiatów powyższą analizę przedstawiono na Wykresie 2.41. Spośród 23 powiatów województwa kujawsko-pomorskiego 9, czyli 39%, cechowało się wartością omawianego wskaźnika wyższą od ogólnopolskiej (29,5), a 9, czyli 39%, wyższą od wojewódzkiej (30,1). Skrajne wartości dla powiatów wyniosły 16,6 (powiat włocławski) oraz 45,2 (powiat żniński). W skali kraju mediana dla powiatów wyniosła 27,8, co oznacza, że spośród kujawsko-pomorskich powiatów 12 notowało wskaźnik wykorzystania nagłej opieki medycznej powyżej, a 11 poniżej tej środkowej wartości.

Analizy wskaźnika wykorzystania nagłej opieki medycznej dokonano również na poziomie pojedynczych podmiotów POZ. Na Wykresie 2.42 zaprezentowano zróżnicowanie wewnątrz powiatów wśród świadczeniodawców POZ odnosząc ich wartości WWNOM do mediany dla podmiotów w Polsce (26,7) oraz mediany dla podmiotów w województwie (27,4). Wyraźnie ukazuje on przestrzenne rozmieszczenie podmiotów o wyższych i niższych wartościach WWNOM w województwie kujawsko-pomorskim. Na Wykresie 2.43 przedstawiono zależność pomiędzy liczbą osób zapisanych do podmiotu POZ (logarytm), a wskaźnikiem wykorzystania nagłej opieki medycznej w województwie kujawsko-pomorskim. Podobnie

⁷⁴Podstawa prawna: Zarządzenie Nr 64/2013/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 15 listopada 2013 r. w sprawie warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, z późn.zm.

⁷⁵Podstawa prawna: Zarządzenie Nr 110/2015/BP Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 31 grudnia 2015 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu Zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne, z późn.zm.

jak w całym kraju zauważyć można dodatnią korelację pomiędzy liczbą tymi statystykami. W przypadku Polski współczynnik korelacji Pearsona wyniósł 0,17. Przy ograniczeniu wyłącznie do omawianego województwa: 0,24. Czyli zasadniczo pacjenci zapisani do większych podmiotów względnie częściej pacjenci korzystają z SOR-ów, izb przyjęć i z opieki nocnej i świątecznej. Biorąc pod uwagę, że średnia wielkość podmiotów jest skorelowana z liczbą ludności na poziomie powiatów (współczynnik korelacji Pearsona równy 0,32 - Wykres 2.44) zauważyć można wspomniany wcześniej wpływ dostępności do odpowiednich świadczeń na wartość wskaźnika wykorzystania nagłej opieki medycznej. Dlatego też podmioty POZ na podstawie WWNOM należy porównywać wyłącznie w przypadku, gdy pacjenci zapisani do tych podmiotów cechują się względnie podobną dostępnością (np. powiaty o podobnej liczbie ludności, gęstości zaludnienia).

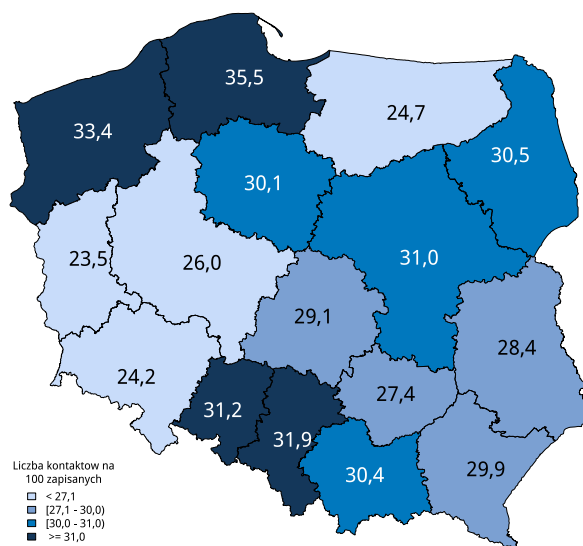
Na Wykresie 2.45 przedstawiono zależność pomiędzy liczbą świadczeń lekarzy POZ udzielanych pacjentom z listy aktywnej a wskaźnikiem WWNOM dla poszczególnych powiatów województwa kujawsko-pomorskiego.

W Tabeli 2.98 przedstawiono liczbę zapisanych pacjentów oraz wskaźnik wykorzystania nagłej opieki medycznej u wybranych świadczeniodawców w omawianym województwie. Przedstawiono wszystkich świadczeniodawców, którzy spełniali przynajmniej jeden z poniższych warunków (1 – 4):

1. Cechowali się najwyższym wskaźnikiem wykorzystania nagłej opieki medycznej w swoim powiecie,
2. Cechowali się największą liczbą zapisanych pacjentów w swoim powiecie,
3. Znajdowali się wśród 10% podmiotów o najwyższym wskaźniku wykorzystania nagłej opieki medycznej w województwie,
4. Znajdowali się wśród 10% podmiotów o największej liczbie zapisanych pacjentów w województwie.

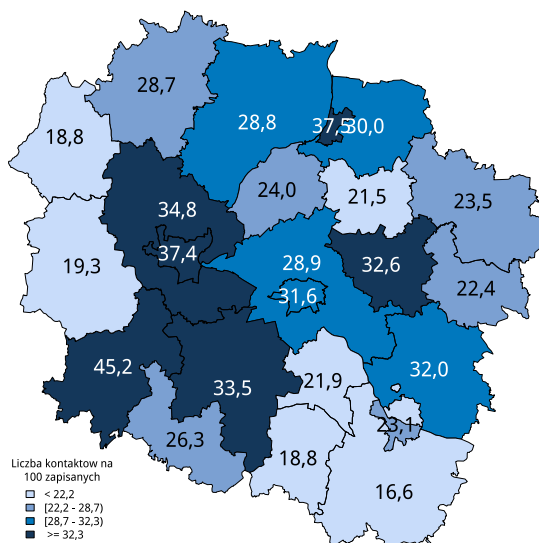
W Tabeli uwzględniono wyłącznie podmioty, do których zapisanych było co najmniej 500 pacjentów.

Wykres 2.40: Wskaźnik wykorzystania nagłej opieki medycznej w województwach Polski



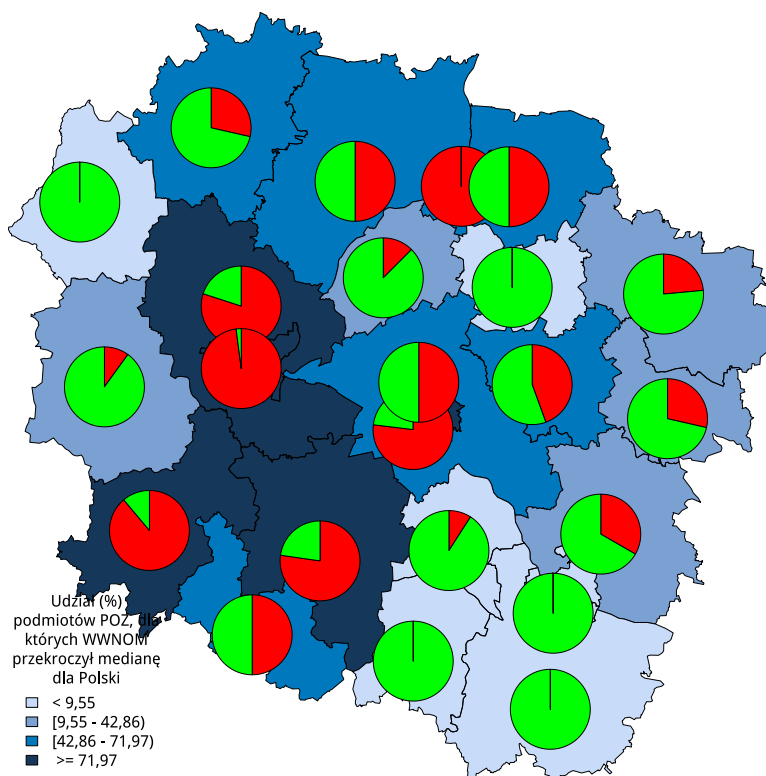
Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ

Wykres 2.41: Wskaźnik wykorzystania nagłej opieki medycznej w powiatach województwa kujawsko-pomorskiego



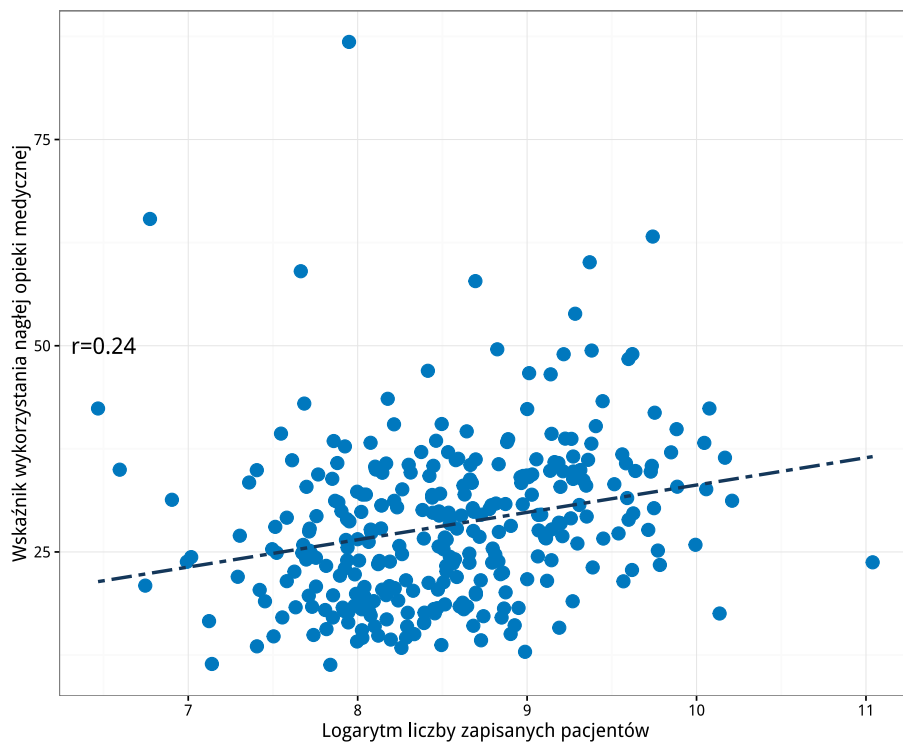
Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ

Wykres 2.42: Udział podmiotów w powiecie, dla których wskaźnik wykorzystania nagłej opieki medycznej (WWNOM) przekroczył medianę dla Polski (kartogram) oraz medianę dla województwa (kartodiagram kołowy - kolorem czerwonym oznaczono podmioty przekraczające medianę dla województwa, kolorem zielonym podmioty nie przekraczające tej wartości).



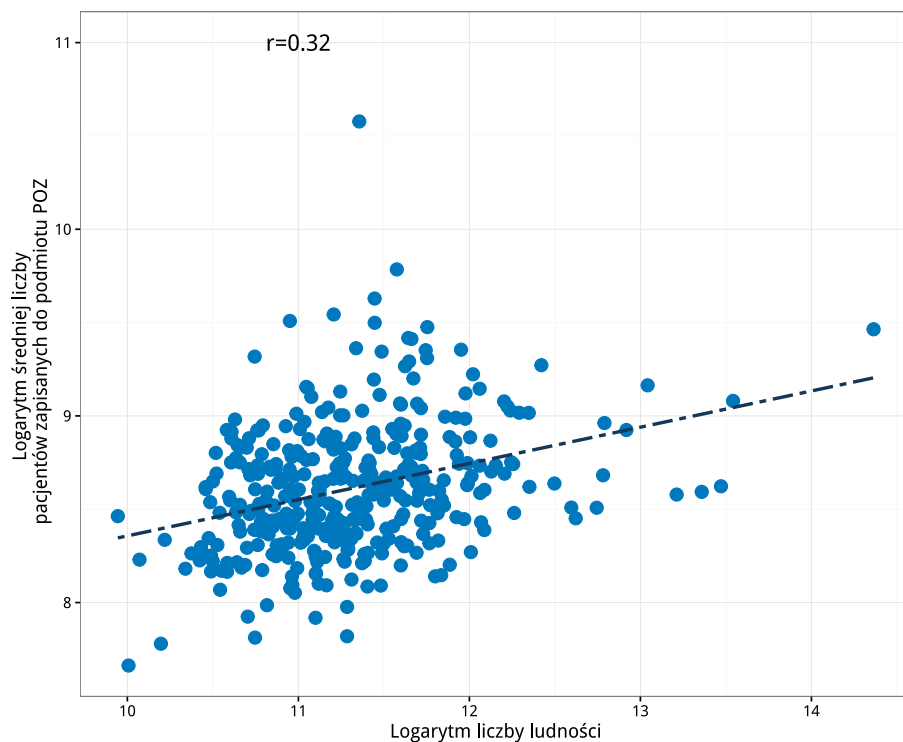
Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ

Wykres 2.43: Zależność pomiędzy liczbą osób zapisanych do podmiotu POZ (logarytm), a wskaźnikiem wykorzystania nagłej opieki medycznej w województwie kujawsko-pomorskim, uwzględniono wyłącznie podmioty, do których zapisanych było przynajmniej 500 pacjentów



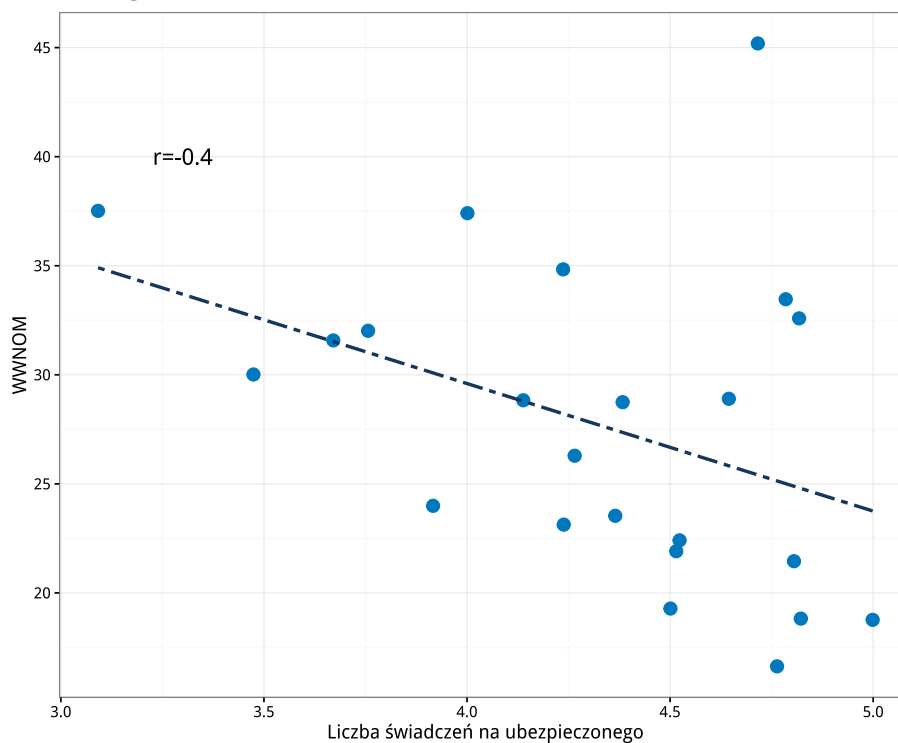
Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ

Wykres 2.44: Zależność pomiędzy liczbą średnią liczbą pacjentów zapisanych do jednego POZ w powiecie (logarytm), a liczbą ludności (logarytm) - kropkami oznaczono powiaty w Polsce



Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ

Wykres 2.45: Wskaźnik WWNOM w zależności od liczby sprawozdanych świadczeń lekarzy POZ udzielanych pacjentom z listy aktywnej dla poszczególnych powiatów województwa kujawsko-pomorskiego



Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ

Tabela 2.98: Wyróżnione podmioty POZ w województwie wg warunków (patrz tekst) - uwzględniono wyłącznie podmioty o co najmniej 500 zapisanych pacjentach

Nazwa podmiotu	powiat	Zapisanych pacjentów (w tys.)	WWNOM	Warunek 1	Warunek 2	Warunek 3	Warunek 4
Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Przychodnia Lekarska w Ciechocinku - Bogusława Kędzierska	aleksandrowski	15,05	22,8		x		x
Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Przychodnia Rodzinna" - Edyta Stefaniak-Mansour	aleksandrowski	11,52	29,3	x			
NZOZ Novamed Przychodnia Rodzinna w Brodnicy Prowadzony przez "Novamed" sp. z o.o.	brodnicki	13,90	27,2		x		x
Anmed Anna Sipak-Olszewska , Marzena Sipak-Mątwicka sp.j.	brodnicki	1,00	31,3	x			
Miejsko-Gminna Przychodnia Zdrowia	bydgoski	12,70	26,6		x		
NZOZ Centrum Medyczne Ikar w Bydgoszczy	bydgoski	6,80	49,6			x	
Utworzony przez Centrum Medyczne Ikar - Borowicz sp.j.							
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Koronowie	bydgoski	11,72	60,1	x		x	

Nazwa podmiotu	powiat	Zapisanych pacjentów (w tys.)	WWNOM	Warunek 1	Warunek 2	Warunek 3	Warunek 4
Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Twój Lekarz" Jarosław Rożnowski	chełmiński	17,53	25,2		x		x
Zespół Opieki Zdrowotnej w Chełmnie	chełmiński	9,88	28,5	x			
Niepublicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej "Gol-Med." sp. z o.o. w Golubiu - Dobrzyniu	golubsko-dobrzyński	15,36	34,8		x		x
Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Powiatowy w Golubiu-Dobrzyniu prow. przez "Szpital Powiatowy" sp. z o.o.	golubsko-dobrzyński	2,83	86,8	x		x	
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej im. Macieja z Miechowa w Łasinie	grudziądzki	9,06	27,2		x		
Zakład Opieki Zdrowotnej Gminy Grudziądz	grudziądzki	6,85	35,6	x			
Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Cegielna" s.c. w Inowrocławiu	inowrocławski	10,53	38,7			x	
Przychodnia Rąbin	inowrocławski	19,58	39,9		x	x	x
Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Rodzina" sp. z o.o. w Mogilnie	inowrocławski	3,69	40,5			x	
Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej - Centrum Medyczne "Farma-Med" w Inowrocławiu	inowrocławski	17,21	41,9			x	x
Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Ars Medica" s.c. Przychodnia Lekarska Magdalena Hus, Jacek Szymczak	inowrocławski	8,20	46,7	x		x	
Miejsko-Gminna Przychodnia w Świeciu	świecki	27,17	31,2		x		x
Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Wamap" - Przemysław Głazik	świecki	4,90	40,5	x		x	
NZOZ "Lekarze Rodzinni" Tokarczyk i Wspólnicy sp.j. w Lipnie	lipnowski	23,32	32,6		x		x
Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Wimed" w Lipnie Utworzony przez Jolantę Wiśniewską	lipnowski	11,86	49,4	x		x	
Wamed Łasecka i Hillemann Lekarze Specjaliści Pediatrii i Chorób Wewnętrznych sp.p.	żniński	0,64	42,4			x	
Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Przychodnia Rodzinna" s.c. w Żninie	żniński	10,05	49,0			x	
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Barcinie SPZOZ w Barcinie	żniński	10,76	53,9			x	
"Epoka" Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Piotr Chodkiewicz	żniński	17,01	63,2	x	x	x	x
Przychodnia Medycyny Rodzinnej "Nowy Fordon" sp. z o.o.	m. Bydgoszcz	19,65	32,9				x
Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Przychodnia "Górzyskowo" sp. z o.o. w Bydgoszczy	m. Bydgoszcz	14,53	35,7				x
SPZOZ 10 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką	m. Bydgoszcz	26,05	36,4		x		x
NZOZ Przychodnia na Szwederowie w Bydgoszczy Prowadzony przez Przychodnię na Szwederowie sp. z o.o. w Bydgoszczy	m. Bydgoszcz	14,21	36,8				x

Nazwa podmiotu	powiat	Zapisanych pacjentów (w tys.)	WWNOM	Warunek 1	Warunek 2	Warunek 3	Warunek 4
Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej - Wielospecjalistyczna Przychodnia "Bartodzieje" sp. z o.o. w Bydgoszczy	m. Bydgoszcz	18,95	37,1				x
"Intermed" sp. z o.o. NZOZ "Przychodnia Wzgórze Wolności" w Bydgoszczy	m. Bydgoszcz	9,36	39,3			x	
Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Micro - Med" Prowadzony przez Grażynę Dąbrowską Przychodnia Osowa	m. Bydgoszcz	1,90	39,3			x	
NZOZ Przychodnia Przyjazna Prowadzony przez Przyjazna sp. z o.o. w Bydgoszczy	m. Bydgoszcz	5,67	39,6			x	
NZOZ Przychodnia "Kapuściska" sp. z o.o. w Bydgoszczy	m. Bydgoszcz	12,16	40,3			x	
NZOZ Przychodnia "Kapuściska" sp. z o.o. w Bydgoszczy	m. Bydgoszcz	8,11	42,3			x	
Samodzielny Publiczny Wielospecjalistyczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych w Bydgoszczy	m. Bydgoszcz	12,66	43,3			x	
Szpital Uniwersytecki Nr 2 im. dr Jana Bizuela w Bydgoszczy	m. Bydgoszcz	3,56	43,6			x	
NZOZ Przychodnia "Ogrody" Prowadzony przez Przychodnię "Ogrody" sp. z o.o.	m. Bydgoszcz	9,31	46,5			x	
NZOZ Centrum Zdrowia "Blonie" sp. z o.o. "Krystyna Kopa i Wspólnicy" w Bydgoszczy	m. Bydgoszcz	14,74	48,4			x	x
Medic sp. z o.o. NZOZ Prowadzony przez "Medic" sp. z o.o.	m. Bydgoszcz	15,08	49,0			x	x
NZOZ "Zdrowie dla Ciebie" w Bydgoszczy Prowadzony przez Fundację "Zdrowie dla Ciebie"	m. Bydgoszcz	2,13	59,0			x	
NZOZ Centrum Medyczne Ikar w Bydgoszczy Utworzony przez Centrum Medyczne Ikar - Borowicz sp.j.	m. Bydgoszcz	0,88	65,4	x		x	
SPZOZ Wojskowa Specjalistyczna Przychodnia Lekarska	m. Grudziądz	16,81	34,7				x
Przychodnia Jedyńka	m. Grudziądz	23,06	38,2		x		x
NZOZ Centrum Medyczne "Ikar" w Grudziądzu Utworzony przez sp. z o.o. "J. K. - 21"	m. Grudziądz	10,14	38,7			x	
Regionalny Szpital Specjalistyczny im. dr Władysława Biegańskiego w Grudziądzu	m. Grudziądz	5,97	57,8	x		x	
Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy w Toruniu	m. Toruń	16,57	27,7				x
Wojskowa Specjalistyczna Przychodnia Lekarska SP ZOZ Toruń	m. Toruń	14,75	28,9				x
Przychodnie Lekarskie "Tormed" w Toruniu	m. Toruń	15,16	29,7				x
Przychodnia Lekarska "Na Skarpie" sp. z o.o.	m. Toruń	17,14	30,3				x
NZOZ "Nasz Lekarz" - Praktyka Grupowa Lekarzy Rodzinnych z Przychodnią Specjalistyczną w Toruniu - Sławomir Jeka	m. Toruń	14,62	31,5				x
Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Lecznice Citomed" sp. z o.o. w Toruniu	m. Toruń	23,77	42,4		x	x	x

Nazwa podmiotu	powiat	Zapisanych pacjentów (w tys.)	WWNOM	Warunek 1	Warunek 2	Warunek 3	Warunek 4
NZOZ "Przychodnia Rodzinna" Utworzony przez "Przychodnia Rodzinna" M. M. Marcinkowscy s.c.	m. Toruń	2,18	43,0			x	
Specjalistyczna Przychodnia Medycyny Rodzinnej "Rudak-Med" sp. z o.o. w Toruniu	m. Toruń	4,51	47,0	x		x	
Miejski Zespół Opieki Zdrowotnej sp. z o.o. NZOZ Miejski Zespół Opieki Zdrowotnej we Włocławku	m. Włocławek	62,28	23,7		x		x
NZOZ Przychodnia Lekarska "Eskulap" we Włocławku - Irena Łukaszewska	m. Włocławek	4,99	26,8	x			
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Mogilnie	mogileński	21,89	25,9		x		x
NZOZ "Zdrowa Rodzina" Ryszard Królikiewicz	mogileński	2,61	31,2	x			
Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Medicus" sp. z o.o.	nakielski	25,24	17,5		x		x
Medyk	nakielski	17,74	23,4				x
Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Gabinet Lekarza Rodzinnego w Żarczynie	nakielski	2,20	32,9	x			
NZOZ "Zespół Lekarski" Osiecinach s.c. Grzegorz Patorski, Marianna Patorska, Bogusław Przybyłowski	radziejowski	7,53	16,1		x		
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej	radziejowski	5,04	26,5	x			
NZOZ "Dormed" s.c. - Ewa Sobocińska, Irena Olejniczak-Kula, Andrzej Jagielski, Andrzej Gontarek	rypiński	11,93	23,1		x		
Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Eskulap" w Rypinie s.c. Roman Bytner, Robert Wieczorek	rypiński	4,82	29,9	x			
NZOZ Provita sp. z o.o. w Więcborku Prowadzony przez Gminne Centrum Medyczne Provita sp. z o.o.	sępoleński	14,31	21,4	x	x		x
NZOZ "Przychodnia Chełmżyńska" s.c. E. Antoniak-Hałat, M. Jakubowska, A. Muzioł	toruński	13,56	33,2		x		x
Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Lecznice Citomed" sp. z o.o. w Toruniu	toruński	7,20	38,3	x			
"Miejskie Centrum Lekarskie" sp. z o.o. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej - Miejskie Centrum Lekarskie w Tucholi	tucholski	16,92	35,4		x		x
Przychodnia Kęsowo	tucholski	3,53	35,7	x			
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Płużnicy	wąbrzeski	8,11	21,7		x		
NZOZ Przychodnia Lekarska "Amicus" w Wąbrzeźnie Prowadzony przez s.c. Dorota Janiuk, Jerzy Janiuk	wąbrzeski	5,29	24,1	x			
Centrum Diagnostyczno-Lecznicze "Barska" sp. z o.o.	włocławski	8,01	12,9		x		

Nazwa podmiotu	powiat	Zapisanych pacjentów (w tys.)	WWNOM	Warunek 1	Warunek 2	Warunek 3	Warunek 4
Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Medykon" - Lekarz Rodzinny	włocławski	4,95	21,3	x			

Opracowanie DAiS na podstawie NFZ

2.5 Kadry medyczne

Informacje dotyczące kadry medycznej za rok 2014 zostały opublikowane w dniu 30 kwietnia 2016 r. w tzw. mapach szpitalnych. Ze względu na objętość dokumentu postanowiono nie powtarzać treści już opublikowanych. Odsyłamy czytelnika do odpowiednich elementów map szpitalnych. Jednocześnie informujemy, że w kolejnej edycji map potrzeb zdrowotnych planowane jest przedstawienie sytuacji kadrowej w zawodach medycznych oraz w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia.

2.6 Zasoby sprzętowe

Informacje dotyczące zasobów sprzętowych za rok 2014 zostały opublikowane w dniu 30 kwietnia 2016 r. w tzw. mapach szpitalnych. Ze względu na objętość dokumentu postanowiono nie powtarzać treści już opublikowanych. Odsyłamy czytelnika do odpowiednich elementów map szpitalnych.



EFEKTYWNE DZIAŁANIE
PRZEZ MAPOWANIE



Ministerstwo Zdrowia

Część III

Prognoza

3.1 Prognoza stanu i struktury ludności

Prognozy demograficzne za analizowany okres są tożsame z tymi, które zostały opublikowane w dniu 30 kwietnia 2016 r. w tzw. mapach szpitalnych. Ze względu na objętość dokumentu postanowiono nie powtarzać treści już opublikowanych. Odsyłamy czytelnika do odpowiednich elementów map szpitalnych.

3.2 Prognoza zapadalności rejestrowanej

W części dotyczącej szacowania wskaźników epidemiologicznych niniejszego dokumentu przedstawiono zapadalność rejestrowaną w ramach danej grupy chorób. Na jej podstawie została opracowana prognoza zapadalności rejestrowanej w latach 2020–2029. Proces prognozy przebiegał według następującego schematu:

- przyjęto obliczone na rok 2014 współczynniki zapadalności rejestrowanej w przekroju uwzględniającym grupę wiekową⁷⁶, płeć i miejsce zamieszkania (miasto/wieś),
- zdefiniowane uprzednio współczynniki zapadalności rejestrowanej zostały przemnożone przez prognozę ludności Głównego Urzędu Statystycznego (określoną w ramach odpowiednich przekrojów).

Ponieważ współczynniki zapadalności rejestrowanej, tak jak już stwierdzono w rozdziale „szacowanie współczynników epidemiologicznych”, zostały określone na bazie danych rejestrowych nie jest możliwe pełne zweryfikowanie z jakiego powodu zapadalność rejestrowana różni się między województwami: mogą być to przyczyny stałe (np. prawdziwe czynniki ryzyka choroby), albo przejściowo-systemowe (tzw. up-coding, dostępność itp.). Z tego względu zasadne jest badanie scenariuszowe, które uwzględnia niepewność co do przyszłej wartości współczynników i pokazuje jakiego zakresu wyników można się spodziewać w różnych scenariuszach.⁷⁷ Z tego względu przyjęto 4 warianty prognozy odpowiadające poniższym argumentom:

1. Wariant demograficzny „minimalny”: w związku z powiązaniem wyceny niektórych świadczeń z jednostką chorobową, a tym samym z występowaniem zjawiska tzw. up-codingu, obserwuje się nadrozpoznawalność tej jednostki chorobowej. Z racji, że nie ma możliwości zweryfikowania, w dostępnych danych, jaki jest stopień up-codingu przyjmuje się, że w województwie, w którym zapadalność rejestrowana jest najmniejsza występuje on w najmniejszym stopniu. Wobec czego zasadnym jest przyjęcie najniższej wojewódzkiej wartości współczynnika zapadalności rejestrowanej jako wartości referencyjnej dla pozostałych województw.
2. Wariant demograficzny „maksymalny”: ze względu na różnice w dostępności do systemu ochrony zdrowia choroby w niektórych regionach kraju są rzadziej i później wykrywane. Z racji, że nie ma możliwości zweryfikowania w jednoznaczny sposób w dostępnych danych stopnia wykrywalności chorób to przyjmuje się, że w województwie, w którym zapadalność rejestrowana, jest największa to zjawisko jest najbardziej zaawansowane. Wobec czego zasadnym jest przyjęcie najwyższej wojewódzkiej wartości współczynnika zapadalności rejestrowanej, i przyjęcie jej jako wartości referencyjnej dla pozostałych województw.
3. Wariant demograficzny „zindywidualizowany”: istnieją czynniki różnicujące współczynnik zapadalności rejestrowanej, pomiędzy województwami. Przyjmuje się, że obserwowane obecnie różnice we współczynnikach zapadalności rejestrowanej, nie będą zanikały w czasie (czynniki powodujące różnice są trwałe i nie należy się spodziewać, że przestaną występować w przyszłości). Wobec czego zasadnym jest przyjęcie dla każdego województwa współczynnika zapadalności rejestrowanej, obserwowanego dla danego województwa.”

⁷⁶Wyróżniono 7 grup wiekowych, tj. grupy 0–18, 19–44, 45–54, 55–64, 65–74, 75–84, 85 i więcej lat

⁷⁷Prognoza nie uwzględnia niepewności dotyczącej prognozy demograficznej GUS.

4. Wariant demograficzny „uśredniony”: przyjmuje się, że różnice pomiędzy województwami w długim okresie się wyrównają, a przyczyny powodujące zaobserwowane różnice w danych historycznych były tylko przejściowe (będzie następowała konwergencja w ramach kraju, ponieważ różnice nie wynikają z systematycznych różnic w rzeczywistym ryzyku między województwami). Wobec czego przyjmuje się, że współczynniki zapadalności rejestrowanej, dla wszystkich województw są równe wartości dla Polski.

Wykorzystanie powyższego rozumowania daje możliwość oszacowania zmienności wartości prognostycznych dla obserwowanego trendu demograficznego. Przyjęcie różnych wariantów prognozy wynika z braku dostatecznej wiedzy o obecnych wartościach wskaźników epidemiologicznych oraz niepewności co do przyszłych wartości współczynnika zapadalności rejestrowanej. Niemniej jednak korzystając z powyższej metodyki istnieje możliwość oszacowania przedziałów wartości prognostycznych.

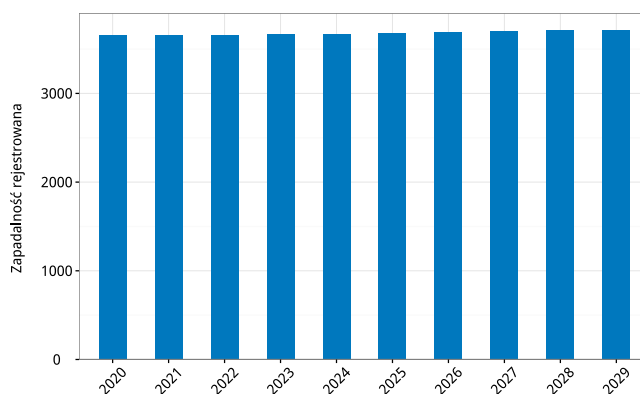
Prognoza zapadalności rejestrowanej–Przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu C

Wariant 1–wariant demograficzny „minimalny”

W niniejszym scenariuszu przyjęto współczynniki zapadalności rejestrowanej równe najniższej wartości wojewódzkiej dla analizowanej grupy chorób. W tym przypadku najniższa wartość współczynnika zapadalności rejestrowanej obserwowana była w województwie podkarpackim.

W latach 2020–2029 dla grupy Przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu C prognozuje się w Polsce wzrost zapadalności rejestrowanej. W roku 2020 zapadalność rejestrowana będzie wynosiła 3,66 tys., a do 2029 r. wzrośnie do 3,72 tys. (wzrost o 2%). Wykres 3.1 przedstawia prognozę zapadalności rejestrowanej w Polsce w latach 2020–2029.

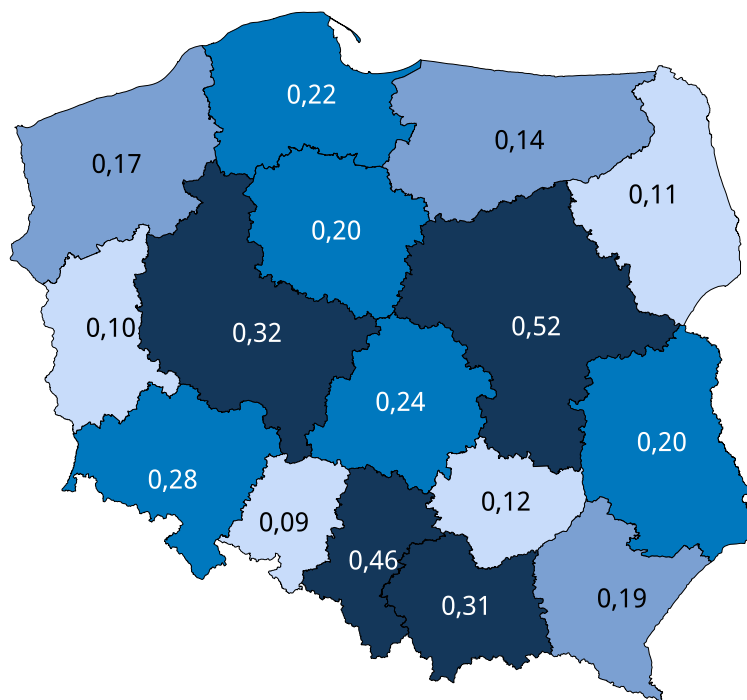
Wykres 3.1: Prognozowana zapadalność rejestrowana w Polsce w latach 2020–2029



Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

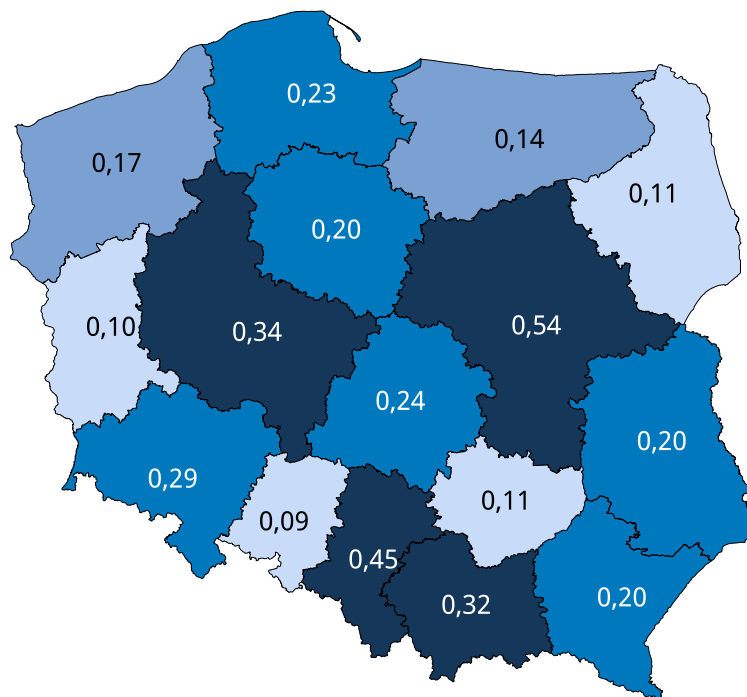
Mapa 3.1 prezentuje prognozowaną zapadalność rejestrowaną dla chorób z analizowanej grupy w 2020 roku w podziale na województwa zamieszkania pacjenta. W województwie kujawsko-pomorskim wartość tej zmiennej będzie wynosiła 0,20 tys. Dane dla roku 2029 zostały przedstawione na Mapie 3.2.

Mapa 3.1: Prognozowana zapadalność rejestrowana (w tys.) w 2020 r. wg województw



Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

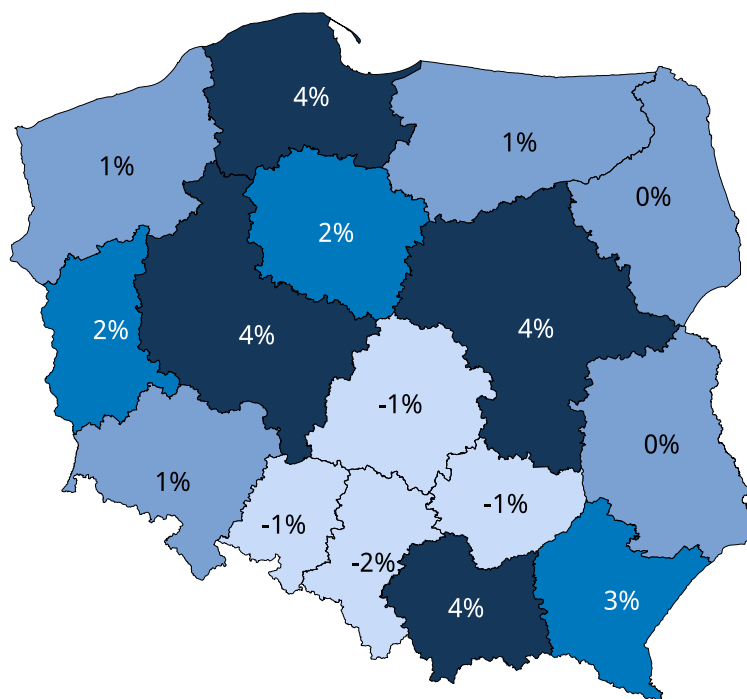
Mapa 3.2: Prognozowana zapadalność rejestrowana (w tys.) w 2029 r. wg województw



Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

Mapa 3.3 prezentuje zmianę zapadalności rejestrowanej w poszczególnych województwach. Zakładając wyłącznie zmiany demograficzne prognozuje się, że w województwie kujawsko-pomorskim zapadalność rejestrowana w latach 2020–2029 wzrośnie o 2%.

Mapa 3.3: Procentowa zmiana zapadalności rejestrowanej w latach 2020–2029 wg województw



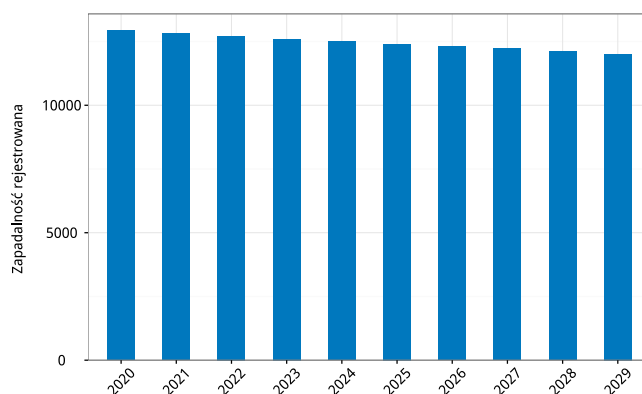
Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

Wariant 2–wariant demograficzny „maksymalny”

W niniejszym scenariuszu przyjęto współczynniki zapadalności rejestrowanej równe najwyższej wartości wojewódzkiej dla analizowanej grupy chorób. W tym przypadku najwyższa wartość współczynnika zapadalności rejestrowanej obserwowana była w województwie łódzkim.

W latach 2020–2029 dla grupy Przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu C prognozuje się w Polsce spadek zapadalności rejestrowanej. W roku 2020 zapadalność rejestrowana będzie wynosiła 12,94 tys., a do 2029 r. zmaleje do 12,02 tys. (spadek o 7%). Wykres 3.2 przedstawia prognozę zapadalności rejestrowanej w Polsce w latach 2020–2029.

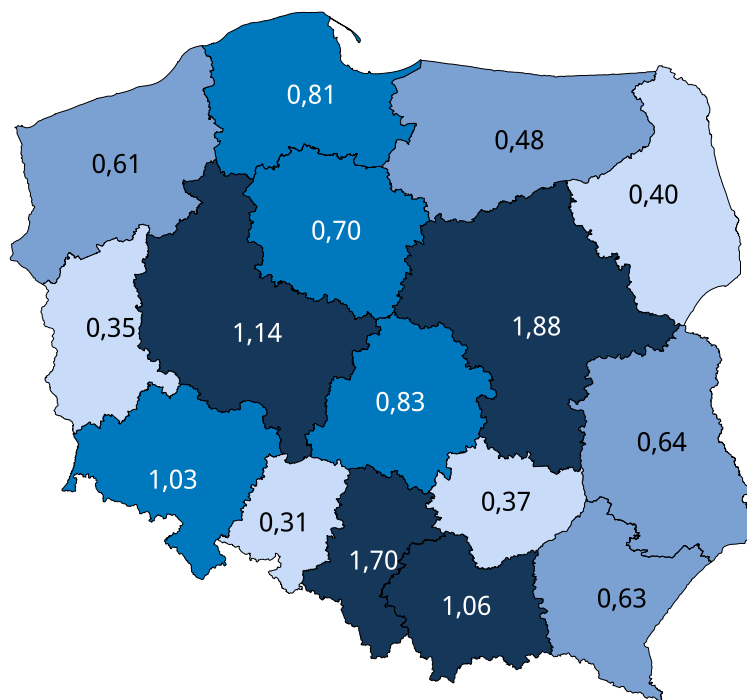
Wykres 3.2: Prognozowana zapadalność rejestrowana w Polsce w latach 2020–2029



Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

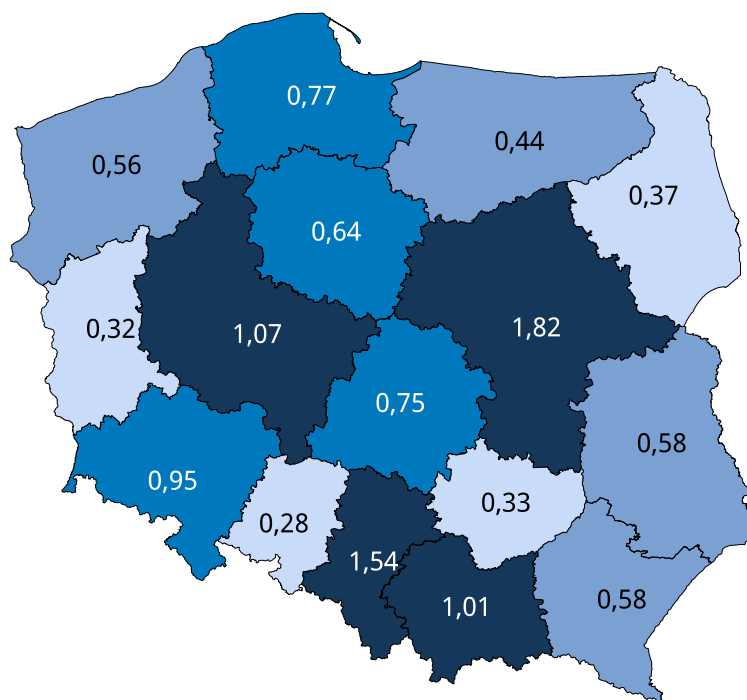
Mapa 3.4 prezentuje prognozowaną zapadalność rejestrowaną dla chorób z analizowanej grupy w 2020 roku w podziale na województwa zamieszkania pacjenta. W województwie kujawsko-pomorskim wartość tej zmiennej będzie wynosiła 0,70 tys. Dane dla roku 2029 zostały przedstawione na Mapie 3.5.

Mapa 3.4: Prognozowana zapadalność rejestrowana (w tys.) w 2020 r. wg województw



Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

Mapa 3.5: Prognozowana zapadalność rejestrowana (w tys.) w 2029 r. wg województw

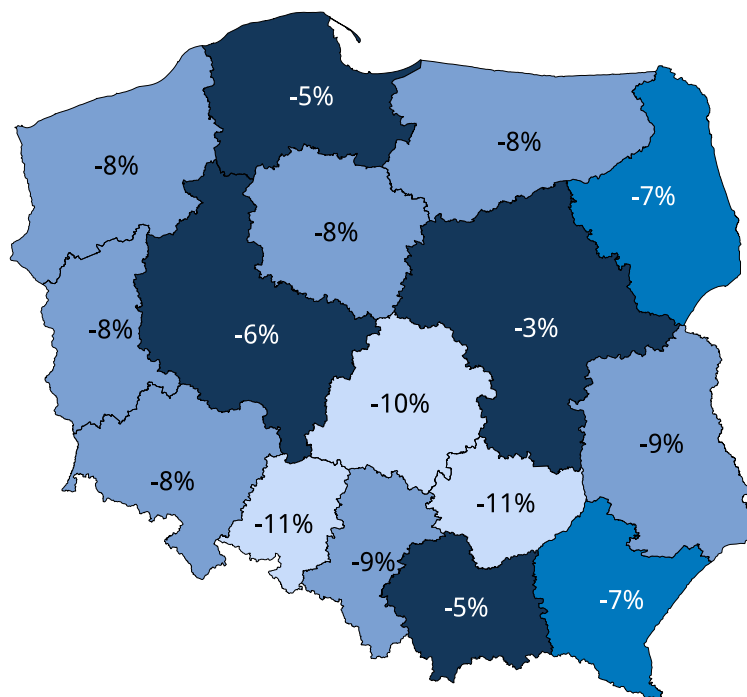


Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

Mapa 3.6 prezentuje zmianę zapadalności rejestrowanej w poszczególnych województwach. Zakładając wyłącznie zmiany demograficzne prognozuje się, że w województwie kujawsko-pomorskim zapadalność

rejestrowana w latach 2020–2029 zmaleje o 8%.

Mapa 3.6: Procentowa zmiana zapadalności rejestrowanej w latach 2020–2029 wg województw

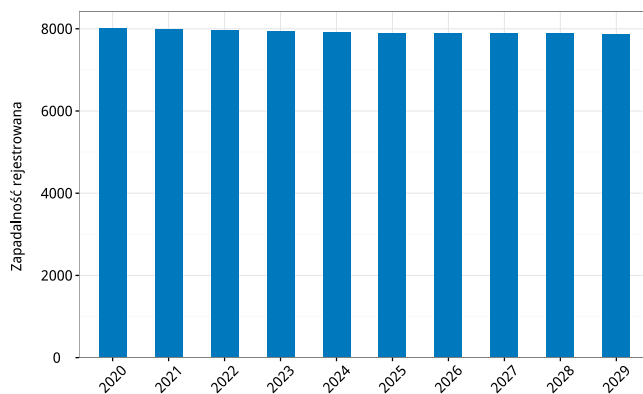


Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

Wariant 3–wariant demograficzny „zindywidualizowany”

W latach 2020–2029 dla grupy Przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu C prognozuje się w Polsce spadek zapadalności rejestrowanej. W roku 2020 zapadalność rejestrowana będzie wynosiła 8,02 tys., a do 2029 r. zmaleje do 7,88 tys. (spadek o 2%). Wykres 3.3 przedstawia prognozę zapadalności rejestrowanej w Polsce w latach 2020–2029.

Wykres 3.3: Prognozowana zapadalność rejestrowana w Polsce w latach 2020–2029

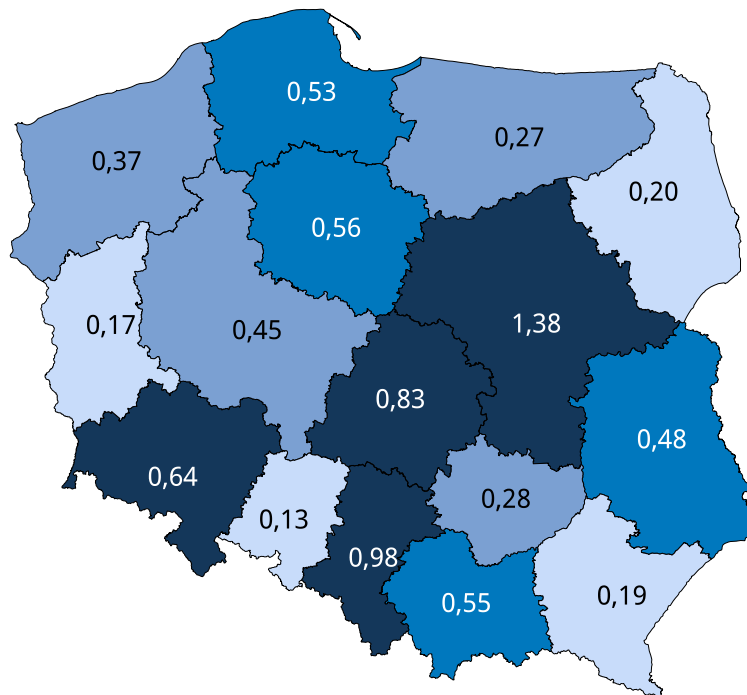


Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

Mapa 3.7 prezentuje prognozowaną zapadalność rejestrowaną dla chorób z analizowanej grupy w 2020

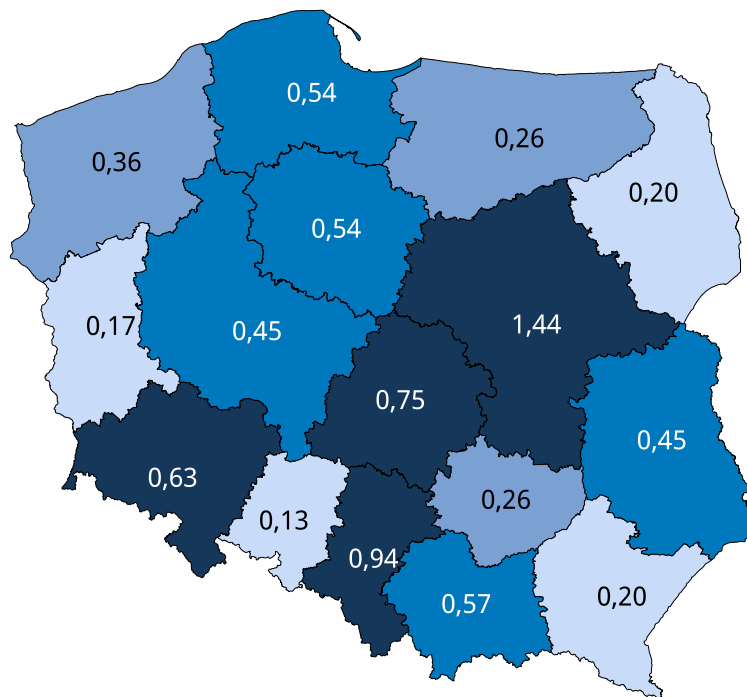
roku w podziale na województwa zamieszkania pacjenta. W województwie kujawsko-pomorskim wartość tej zmiennej będzie wynosiła 0,56 tys. Dane dla roku 2029 zostały przedstawione na Mapie 3.8.

Mapa 3.7: Prognozowana zapadalność rejestrowana (w tys.) w 2020 r. wg województw



Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

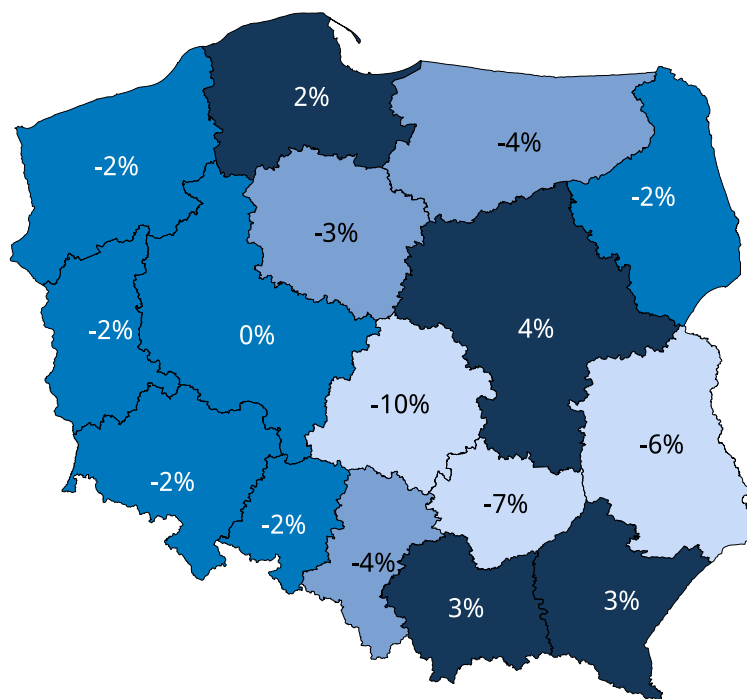
Mapa 3.8: Prognozowana zapadalność rejestrowana (w tys.) w 2029 r. wg województw



Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

Mapa 3.9 prezentuje zmianę zapadalności rejestrowanej w poszczególnych województwach. Zakładając wyłącznie zmiany demograficzne prognozuję się, że w województwie kujawsko-pomorskim zapadalność rejestrowana w latach 2020–2029 zmaleje o 3%.

Mapa 3.9: Procentowa zmiana zapadalności rejestrowanej w latach 2020–2029 wg województw

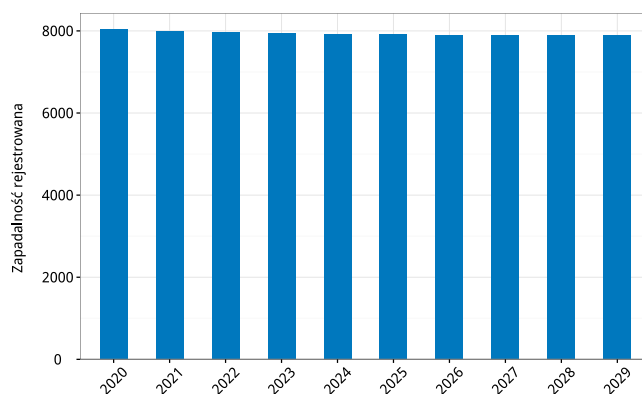


Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

Wariant 4–Wariant demograficzny „uśredniony”

W latach 2020–2029 dla grupy Przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu C prognozuje się w Polsce spadek zapadalności rejestrowanej. W roku 2020 zapadalność rejestrowana będzie wynosiła 8,03 tys., a do 2029 r. zmaleje do 7,89 tys. (spadek o 2%). Wykres 3.4 przedstawia prognozę zapadalności rejestrowanej w Polsce w latach 2020–2029.

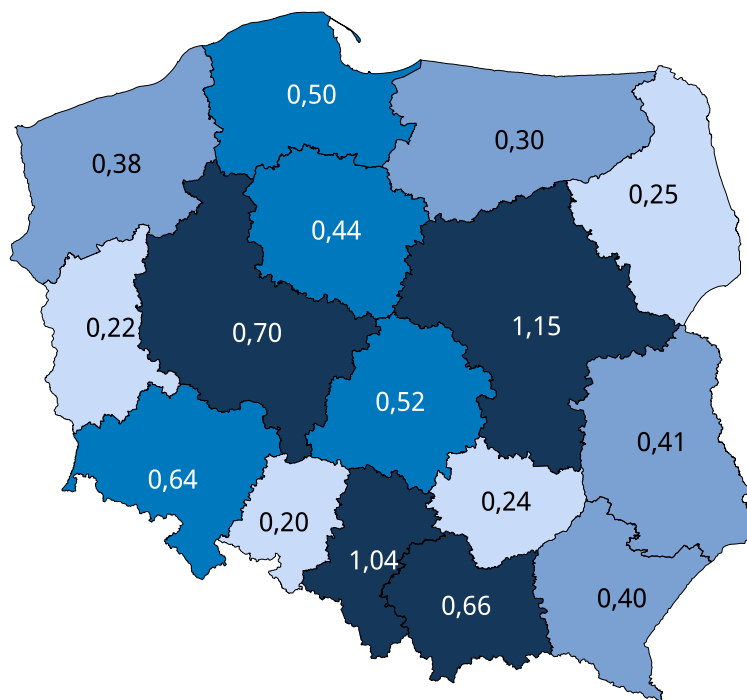
Wykres 3.4: Prognozowana zapadalność rejestrowana w Polsce w latach 2020–2029



Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

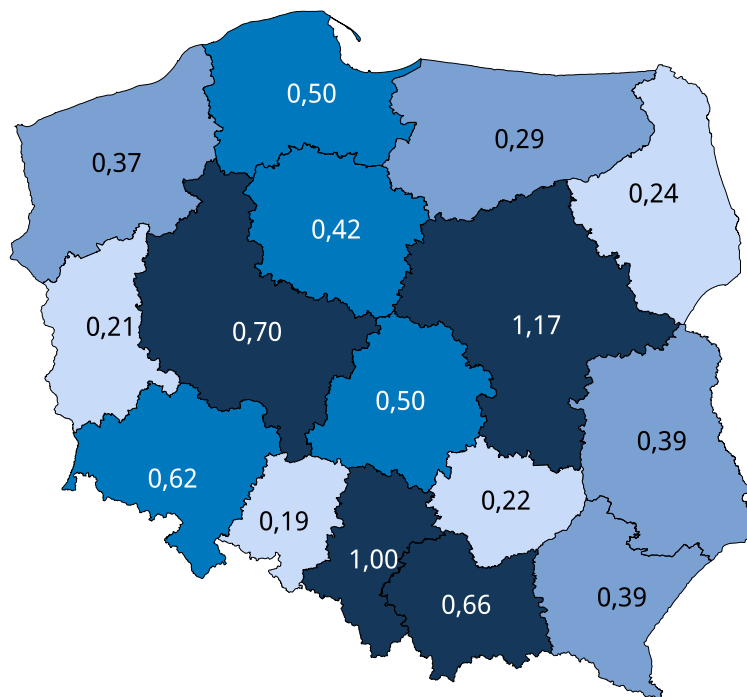
Mapa 3.10 prezentuje prognozowaną zapadalność rejestrowaną dla chorób z analizowanej grupy w 2020 roku w podziale na województwa zamieszkania pacjenta. W województwie kujawsko-pomorskim wartość tej zmiennej będzie wynosiła 0,44 tys. Dane dla roku 2029 zostały przedstawione na Mapie 3.11.

Mapa 3.10: Prognozowana zapadalność rejestrowana (w tys.) w 2020 r. wg województw



Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

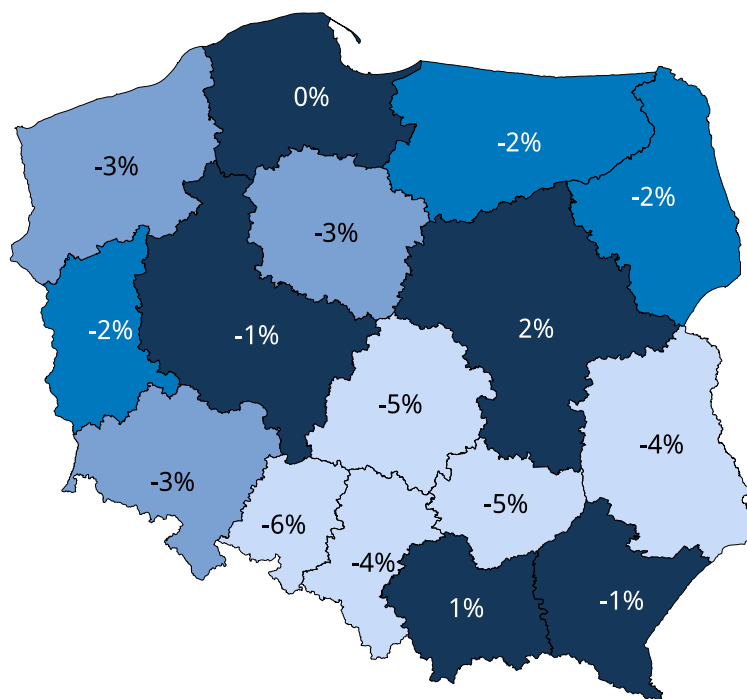
Mapa 3.11: Prognozowana zapadalność rejestrowana (w tys.) w 2029 r. wg województw



Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

Mapa 3.12 prezentuje zmianę zapadalności rejestrowanej w poszczególnych województwach. Zakładając wyłącznie zmiany demograficzne prognozuje się, że w województwie kujawsko-pomorskim zapadalność rejestrowana w latach 2020–2029 zmaleje o 3%.

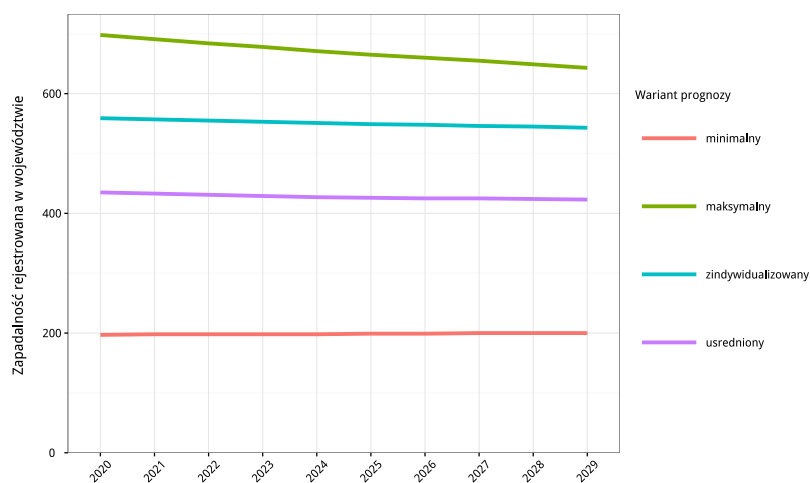
Mapa 3.12: Procentowa zmiana zapadalności rejestrowanej w latach 2020–2029 wg województw



Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

Porównanie wariantów prognozy dla analizowanego województwa przedstawia Wykres 3.5. Według wariantu demograficznego „minimalnego” zapadalność rejestrowana w województwie w 2020 r. wyniesie 0,20 tys. Według wariantu demograficznego „maksymalnego” będzie to 0,70 tys. W przypadku wariantu demograficznego „zindywidualizowanego” zapadalność rejestrowana w województwie w 2020 r. wyniesie 0,56 tys., a wariantu demograficznego „uśrednionego” 0,44 tys.

Wykres 3.5: Porównanie scenariuszy dot. prognozy zapadalności rejestrowanej dla województwa w latach 2020–2029



Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

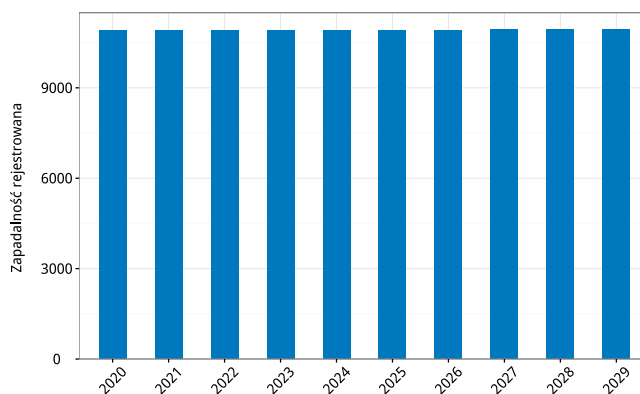
Prognoza zapadalności rejestrowanej–Inne i nieokreślone postacie przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby

Wariant 1–wariant demograficzny „minimalny”

W niniejszym scenariuszu przyjęto współczynniki zapadalności rejestrowanej równe najniższej wartości wojewódzkiej dla analizowanej grupy chorób. W tym przypadku najniższa wartość współczynnika zapadalności rejestrowanej obserwowana była w województwie podkarpackim.

W latach 2020–2029 dla grupy Inne i nieokreślone postacie przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby prognozuje się w Polsce wzrost zapadalności rejestrowanej. W roku 2020 zapadalność rejestrowana będzie wynosiła 10,90 tys., a do 2029 r. wzrośnie do 10,94 tys.. Wykres 3.6 przedstawia prognozę zapadalności rejestrowanej w Polsce w latach 2020–2029.

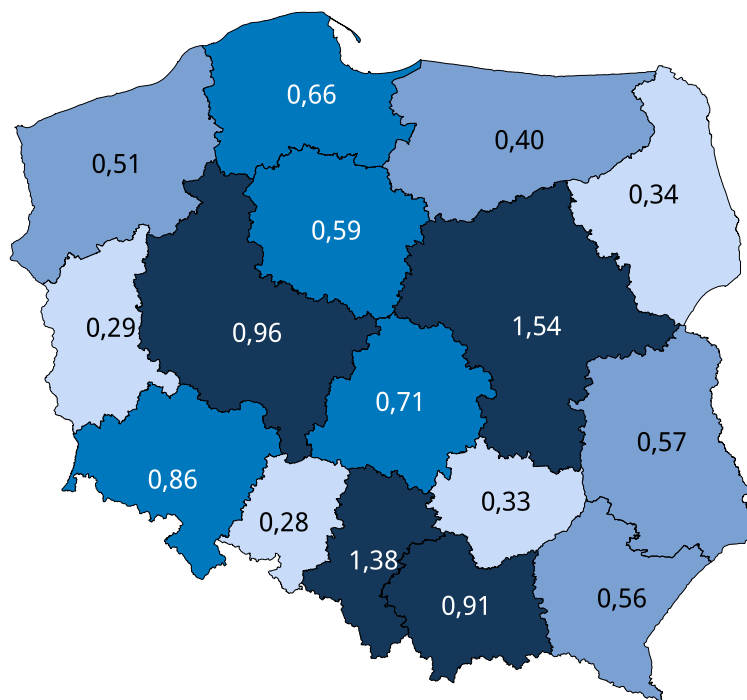
Wykres 3.6: Prognozowana zapadalność rejestrowana w Polsce w latach 2020–2029



Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

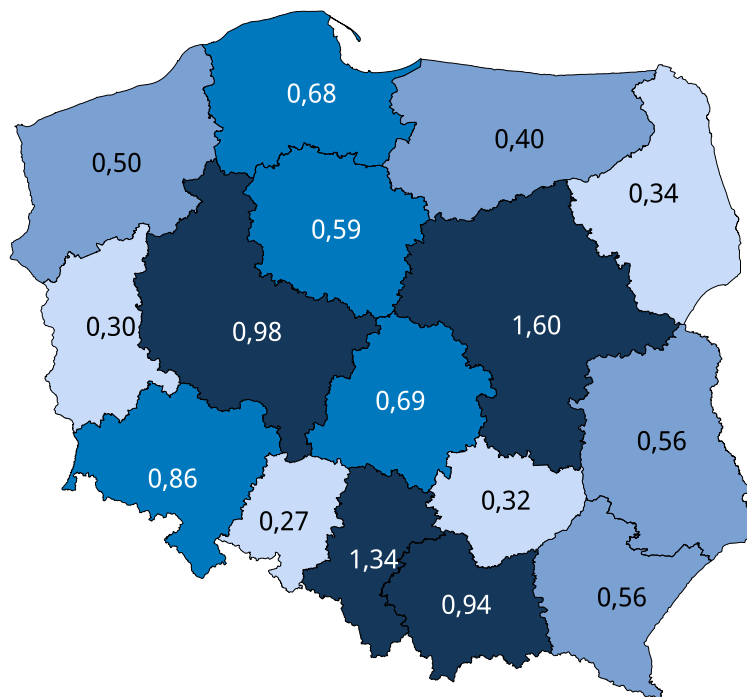
Mapa 3.13 prezentuje prognozowaną zapadalność rejestrowaną dla chorób z analizowanej grupy w 2020 roku w podziale na województwa zamieszkania pacjenta. W województwie kujawsko-pomorskim wartość tej zmiennej będzie wynosiła 0,59 tys. Dane dla roku 2029 zostały przedstawione na Mapie 3.14.

Mapa 3.13: Prognozowana zapadalność rejestrowana (w tys.) w 2020 r. wg województw



Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

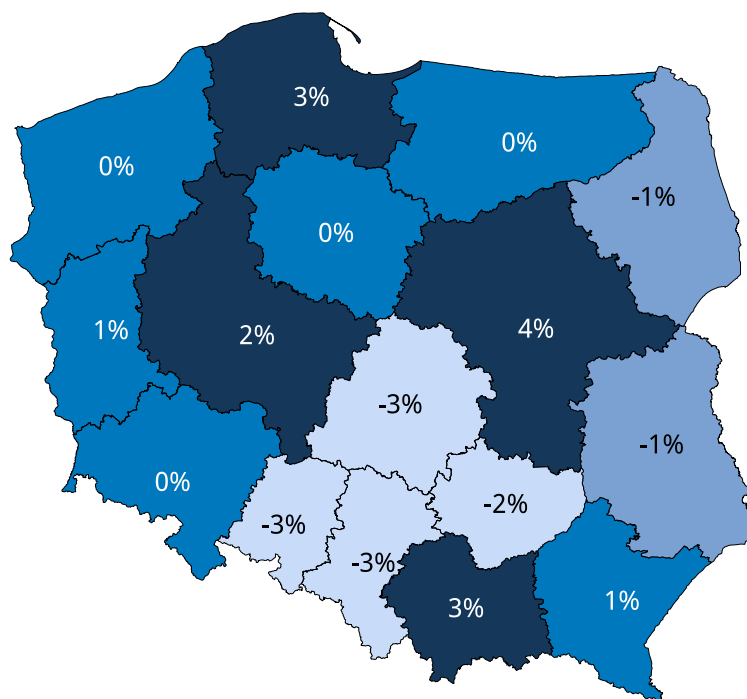
Mapa 3.14: Prognozowana zapadalność rejestrowana (w tys.) w 2029 r. wg województw



Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

Mapa 3.15 prezentuje zmianę zapadalności rejestrowanej w poszczególnych województwach. Zakładając wyłącznie zmiany demograficzne prognozuje się, że w województwie kujawsko-pomorskim zapadalność rejestrowana w latach 2020–2029 nie ulegnie znacznej zmianie.

Mapa 3.15: Procentowa zmiana zapadalności rejestrowanej w latach 2020–2029 wg województw



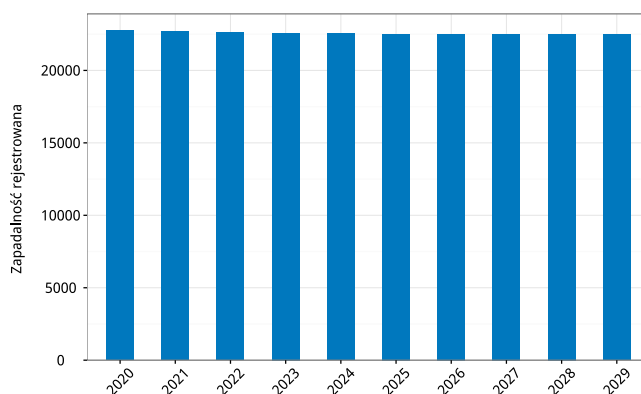
Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

Wariant 2–wariant demograficzny „maksymalny”

W niniejszym scenariuszu przyjęto współczynniki zapadalności rejestrowanej równe najwyższej wartości wojewódzkiej dla analizowanej grupy chorób. W tym przypadku najwyższa wartość współczynnika zapadalności rejestrowanej obserwowana była w województwie podlaskim.

W latach 2020–2029 dla grupy Inne i nieokreślone postaci przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby prognozuje się w Polsce spadek zapadalności rejestrowanej. W roku 2020 zapadalność rejestrowana będzie wynosiła 22,77 tys., a do 2029 r. zmaleje do 22,49 tys. (spadek o 1%). Wykres 3.7 przedstawia prognozę zapadalności rejestrowanej w Polsce w latach 2020–2029.

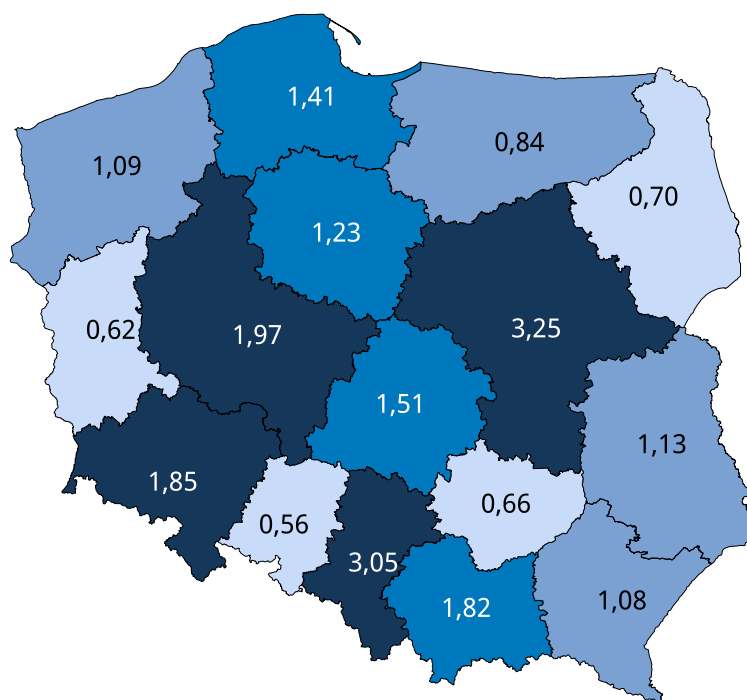
Wykres 3.7: Prognozowana zapadalność rejestrowana w Polsce w latach 2020–2029



Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

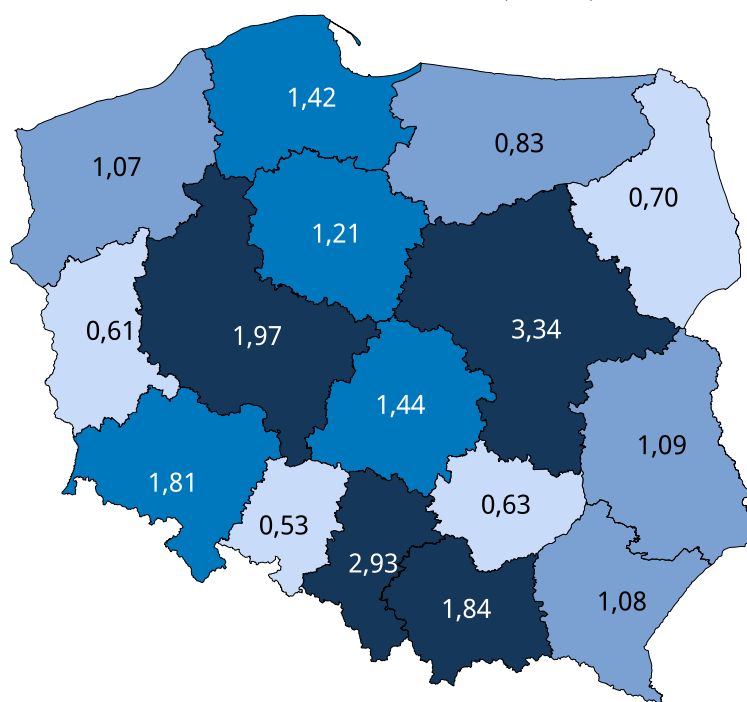
Mapa 3.16 prezentuje prognozowaną zapadalność rejestrowaną dla chorób z analizowanej grupy w 2020 roku w podziale na województwa zamieszkania pacjenta. W województwie kujawsko-pomorskim wartość tej zmiennej będzie wynosiła 1,23 tys. Dane dla roku 2029 zostały przedstawione na Mapie 3.17.

Mapa 3.16: Prognozowana zapadalność rejestrowana (w tys.) w 2020 r. wg województw



Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

Mapa 3.17: Prognozowana zapadalność rejestrowana (w tys.) w 2029 r. wg województw

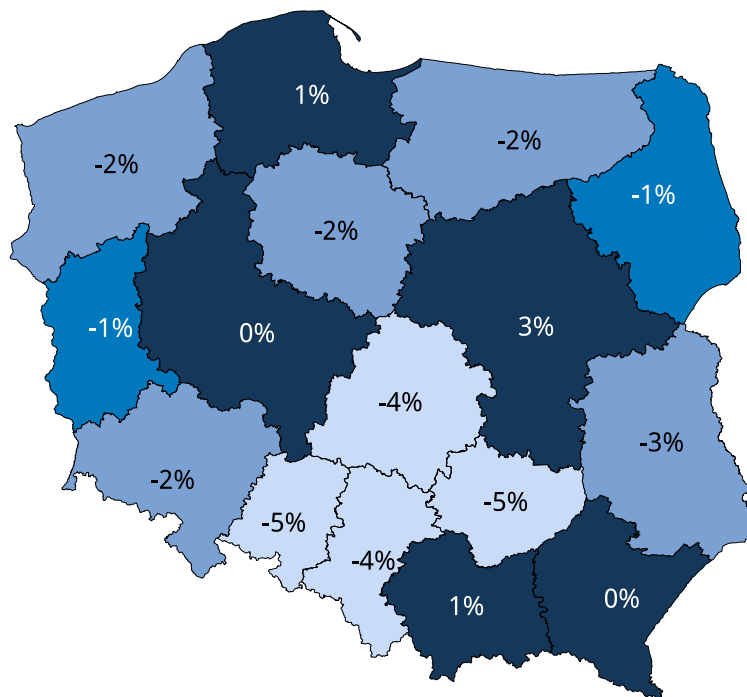


Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

Mapa 3.18 prezentuje zmianę zapadalności rejestrowanej w poszczególnych województwach. Zakładając wyłącznie zmiany demograficzne prognozuje się, że w województwie kujawsko-pomorskim zapadalność

rejestrowana w latach 2020–2029 zmaleje o 2%.

Mapa 3.18: Procentowa zmiana zapadalności rejestrowanej w latach 2020–2029 wg województw

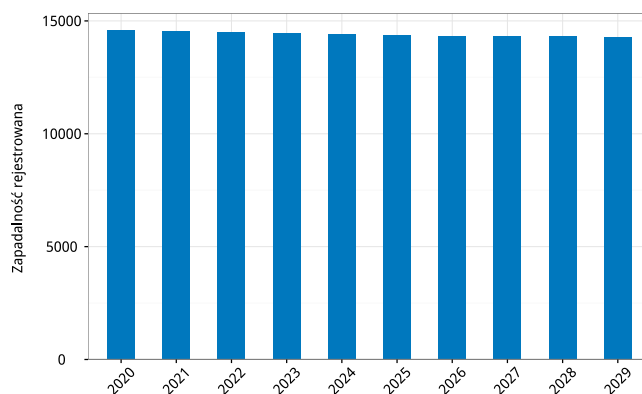


Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

Wariant 3–wariant demograficzny „zindywidualizowany”

W latach 2020–2029 dla grupy Inne i nieokreślone postaci przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby prognozuje się w Polsce spadek zapadalności rejestrowanej. W roku 2020 zapadalność rejestrowana będzie wynosiła 14,61 tys., a do 2029 r. zmaleje do 14,30 tys. (spadek o 2%). Wykres 3.8 przedstawia prognozę zapadalności rejestrowanej w Polsce w latach 2020–2029.

Wykres 3.8: Prognozowana zapadalność rejestrowana w Polsce w latach 2020–2029

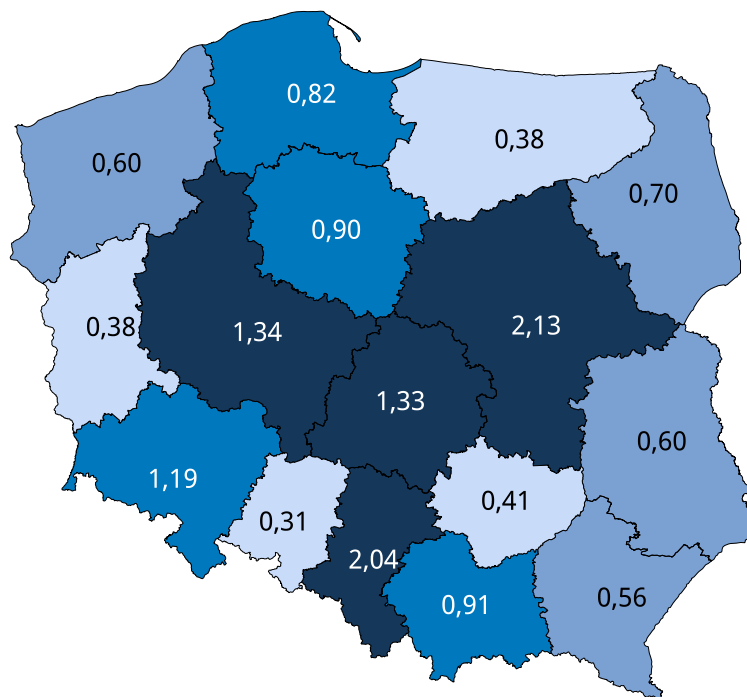


Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

Mapa 3.19 prezentuje prognozowaną zapadalność rejestrowaną dla chorób z analizowanej grupy w

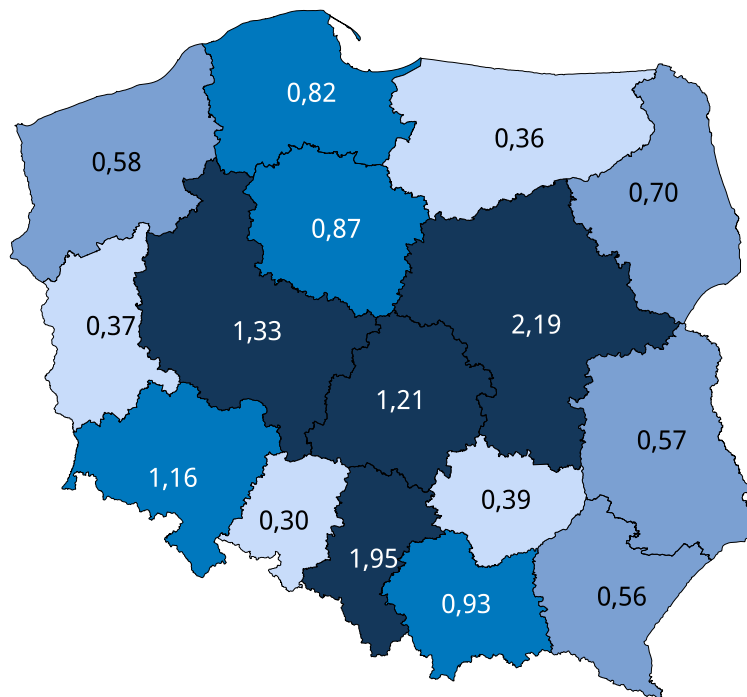
2020 roku w podziale na województwa zamieszkania pacjenta. W województwie kujawsko-pomorskim wartość tej zmiennej będzie wynosiła 0,90 tys. Dane dla roku 2029 zostały przedstawione na Mapie 3.20.

Mapa 3.19: Prognozowana zapadalność rejestrowana (w tys.) w 2020 r. wg województw



Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

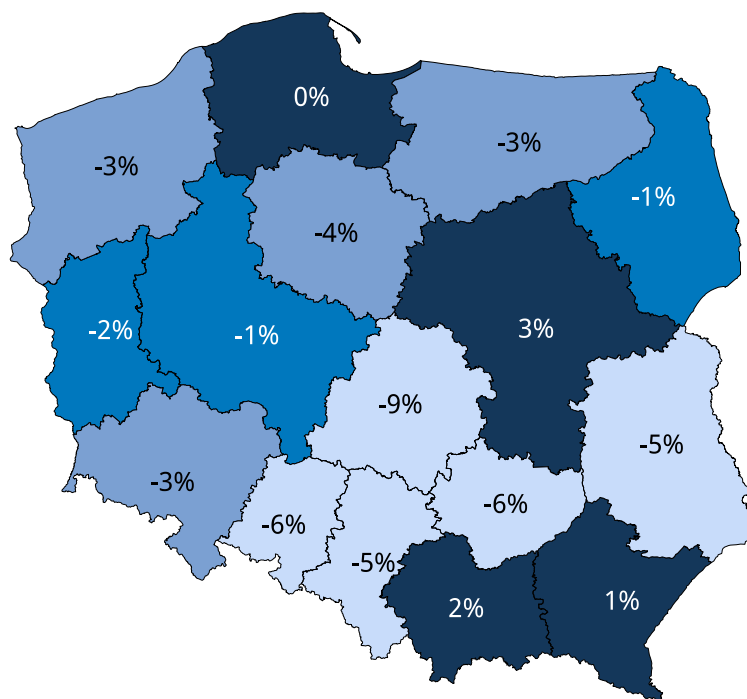
Mapa 3.20: Prognozowana zapadalność rejestrowana (w tys.) w 2029 r. wg województw



Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

Mapa 3.21 prezentuje zmianę zapadalności rejestrowanej w poszczególnych województwach. Zakładając wyłącznie zmiany demograficzne prognozuje się, że w województwie kujawsko-pomorskim zapadalność rejestrowana w latach 2020–2029 zmaleje o 4%.

Mapa 3.21: Procentowa zmiana zapadalności rejestrowanej w latach 2020–2029 wg województw

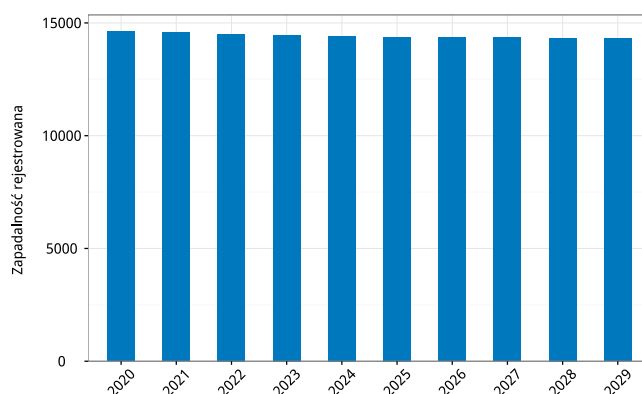


Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

Wariant 4–Wariant demograficzny „uśredniony”

W latach 2020–2029 dla grupy Inne i nieokreślone postaci przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby prognozuje się w Polsce spadek zapadalności rejestrowanej. W roku 2020 zapadalność rejestrowana będzie wynosiła 14,62 tys., a do 2029 r. zmniejszy się do 14,30 tys. (spadek o 2%). Wykres 3.9 przedstawia prognozę zapadalności rejestrowanej w Polsce w latach 2020–2029.

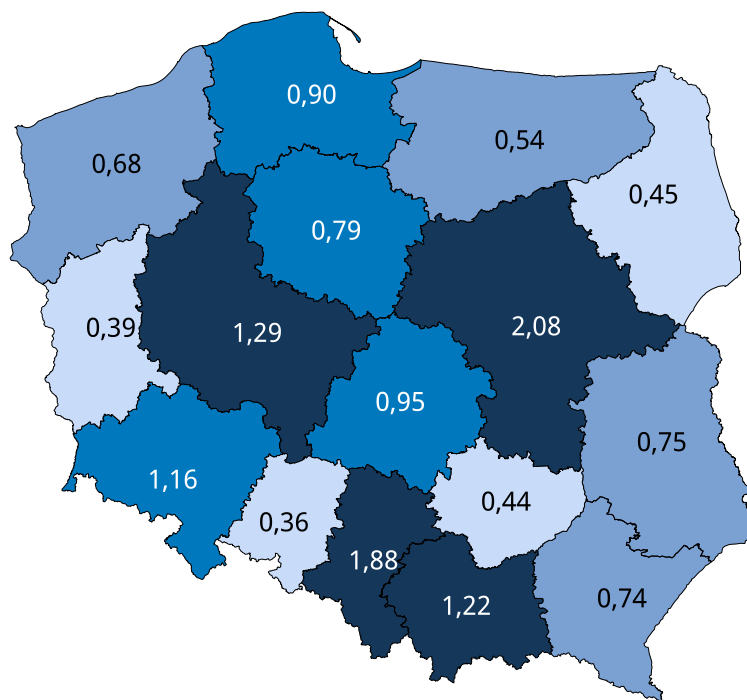
Wykres 3.9: Prognozowana zapadalność rejestrowana w Polsce w latach 2020–2029



Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

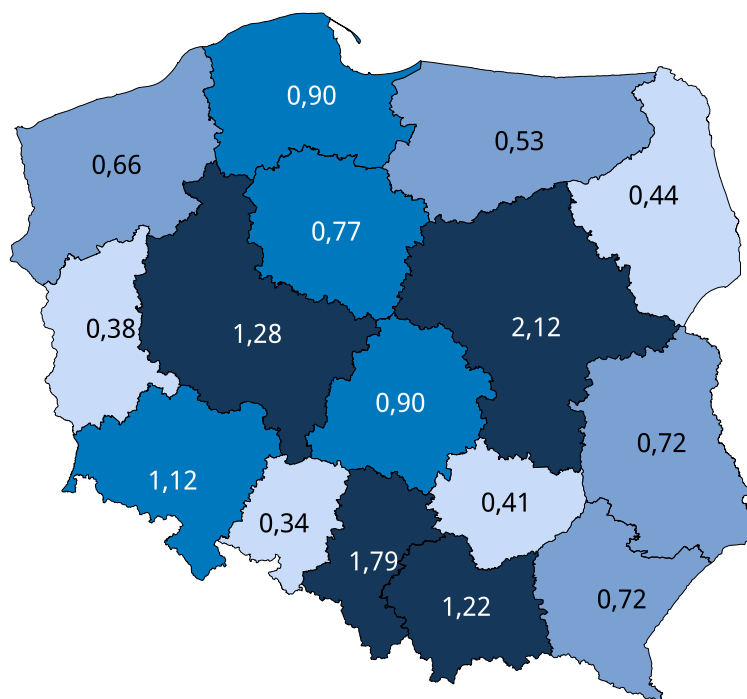
Mapa 3.22 prezentuje prognozowaną zapadalność rejestrowaną dla chorób z analizowanej grupy w 2020 roku w podziale na województwa zamieszkania pacjenta. W województwie kujawsko-pomorskim wartość tej zmiennej będzie wynosiła 0,79 tys. Dane dla roku 2029 zostały przedstawione na Mapie 3.23.

Mapa 3.22: Prognozowana zapadalność rejestrowana (w tys.) w 2020 r. wg województw



Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

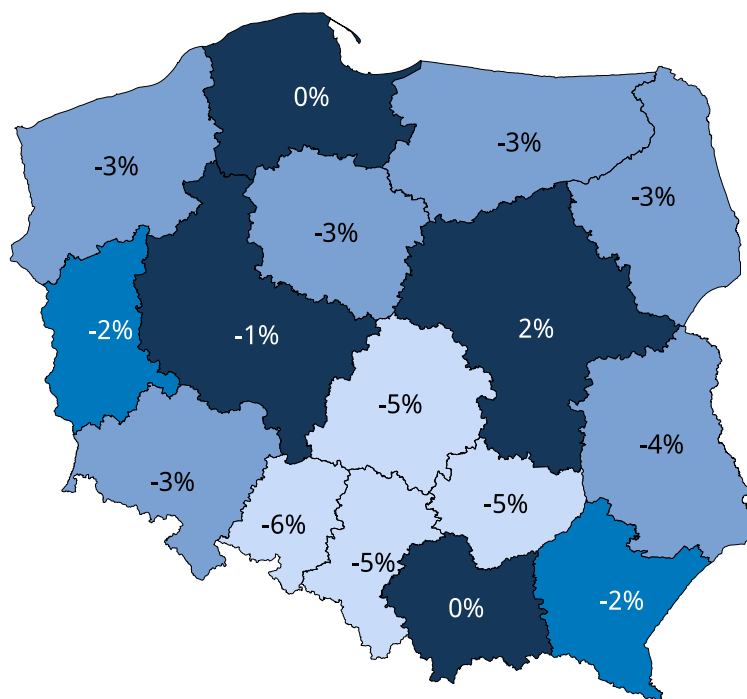
Mapa 3.23: Prognozowana zapadalność rejestrowana (w tys.) w 2029 r. wg województw



Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

Mapa 3.24 prezentuje zmianę zapadalności rejestrowanej w poszczególnych województwach. Zakładając wyłącznie zmiany demograficzne prognozuje się, że w województwie kujawsko-pomorskim zapadalność rejestrowana w latach 2020–2029 zmaleje o 3%.

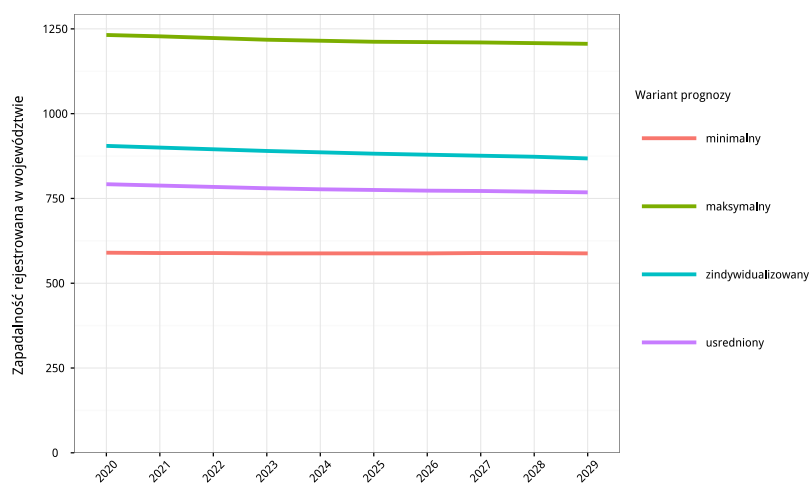
Mapa 3.24: Procentowa zmiana zapadalności rejestrowanej w latach 2020–2029 wg województw



Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

Porównanie wariantów prognozy dla analizowanego województwa przedstawia Wykres 3.10. Według wariantu demograficznego „minimalnego” zapadalność rejestrowana w województwie w 2020 r. wyniesie 0,59 tys. Według wariantu demograficznego „maksymalnego” będzie to 1,23 tys. W przypadku wariantu demograficznego „zindywidualizowanego” zapadalność rejestrowana w województwie w 2020 r. wyniesie 0,90 tys., a wariantu demograficznego „uśrednionego” 0,79 tys.

Wykres 3.10: Porównanie scenariuszy dot. prognozy zapadalności rejestrowanej dla województwa w latach 2020–2029



Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

W części dotyczącej szacowania wskaźników epidemiologicznych niniejszego dokumentu przedstawiono

chorobowość szpitalną w ramach danej grupy chorób. Na jej podstawie została opracowana prognoza zapadalności rejestrowanej w latach 2020–2029. Proces prognozy przebiegał według następującego schematu:

- przyjęto obliczone na rok 2014 współczynniki chorobowości szpitalnej w przekroju uwzględniającym grupę wiekową⁷⁸, płeć i miejsce zamieszkania (miasto/wieś),
- zdefiniowane uprzednio współczynniki chorobowości szpitalnej zostały przemnożone przez prognozę ludności Głównego Urzędu Statystycznego (określoną w ramach odpowiednich przekrojów).

Ponieważ współczynniki chorobowości szpitalnej, tak jak już stwierdzono w rozdziale „szacowanie współczynników epidemiologicznych”, zostały określone na bazie danych rejestrowych nie jest możliwe pełne zweryfikowanie z jakiego powodu chorobowość szpitalna różni się między województwami: mogą być to przyczyny stałe (np. prawdziwe czynniki ryzyka choroby), albo przejściowo-systemowe (tzw. up-coding, dostępność itp.). Z tego względu zasadne jest badanie scenariuszowe, które uwzględnia niepewność co do przyszłej wartości współczynników i pokazuje jakiego zakresu wyników można się spodziewać w różnych scenariuszach.⁷⁹ Z tego względu przyjęto 4 warianty prognozy odpowiadające poniższemu argumentom:

1. Wariant demograficzny „minimalny”: w związku z powiązaniem wyceny niektórych świadczeń z jednostką chorobową, a tym samym z występowaniem zjawiska tzw. up-codingu, obserwuje się nadrozpoznowalność tej jednostki chorobowej. Z racji, że nie ma możliwości zweryfikowania, w dostępnych danych, jaki jest stopień up-codingu przyjmuje się, że w województwie, w którym chorobowość szpitalna jest najmniejsza występuje on w najmniejszym stopniu. Wobec czego zasadnym jest przyjęcie najniższej wojewódzkiej wartości współczynnika chorobowości szpitalnej jako wartości referencyjnej dla pozostałych województw.
2. Wariant demograficzny „maksymalny”: ze względu na różnice w dostępności do systemu ochrony zdrowia choroby w niektórych regionach kraju są rzadziej i później wykrywane. Z racji, że nie ma możliwości zweryfikowania w jednoznaczny sposób w dostępnych danych stopnia wykrywalności chorób to przyjmuje się, że w województwie, w którym chorobowość szpitalna, jest największa to zjawisko jest najbardziej zaawansowane. Wobec czego zasadnym jest przyjęcie najwyższej wojewódzkiej wartości współczynnika chorobowości szpitalnej, i przyjęcie jej jako wartości referencyjnej dla pozostałych województw.
3. Wariant demograficzny „indywidualizowany”: istnieją czynniki różnicujące współczynnik chorobowości szpitalnej, pomiędzy województwami. Przyjmuje się, że obserwowane obecnie różnice we współczynnikach chorobowości szpitalnej, nie będą zanikały w czasie (czynniki powodujące różnice są trwałe i nie należy się spodziewać, że przestaną występować w przyszłości). Wobec czego zasadnym jest przyjęcie dla każdego województwa współczynnika chorobowości szpitalnej, obserwowanego dla danego województwa.”
4. Wariant demograficzny „uśredniony”: przyjmuje się, że różnice pomiędzy województwami w długim okresie się wyrównają, a przyczyny powodujące zaobserwowane różnice w danych historycznych były tylko przejściowe (będzie następowała konwergencja w ramach kraju, ponieważ różnice nie wynikają z systematycznych różnic w rzeczywistym ryzyku między województwami). Wobec czego przyjmuje się, że współczynniki chorobowości szpitalnej, dla wszystkich województw są równe wartości dla Polski.

Wykorzystanie powyższego rozumowania daje możliwość oszacowania zmienności wartości prognostycznych dla obserwowanego trendu demograficznego. Przyjęcie różnych wariantów prognozy wynika z braku dostatecznej wiedzy o obecnych wartościach wskaźników epidemiologicznych oraz niepewności co do przyszłych wartości współczynnika chorobowości szpitalnej. Niemniej jednak korzystając z powyższej metodyki istnieje możliwość oszacowania przedziałów wartości prognostycznych.

⁷⁸Wyróżniono 7 grup wiekowych, tj. grupy 0–18, 19–44, 45–54, 55–64, 65–74, 75–84, 85 i więcej lat

⁷⁹Prognoza nie uwzględnia niepewności dotyczącej prognozy demograficznej GUS.

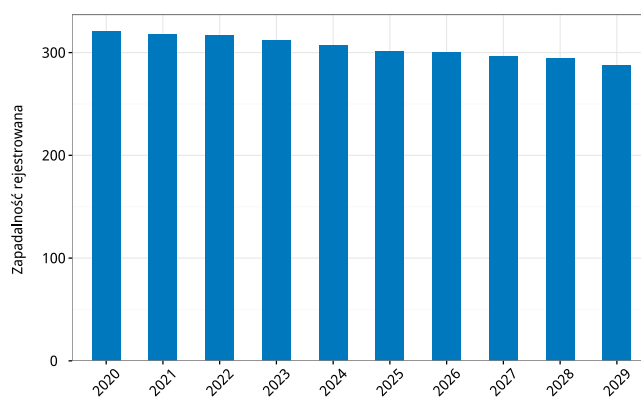
Prognoza zapadalności rejestrowanej–Ostre wirusowe zapalenie wątroby

Wariant 1–wariant demograficzny „minimalny”

W niniejszym scenariuszu przyjęto współczynniki chorobowości szpitalnej równe najniższej wartości wojewódzkiej dla analizowanej grupy chorób. W tym przypadku najniższa wartość współczynnika chorobowości szpitalnej obserwowana była w województwie świętokrzyskim.

W latach 2020–2029 dla grupy Ostre wirusowe zapalenie wątroby prognozuje się w Polsce spadek zapadalności rejestrowanej. W roku 2020 zapadalność rejestrowana będzie wynosiła 0,32 tys., a do 2029 r. zmaleje do 0,29 tys. (spadek o 10%). Wykres 3.11 przedstawia prognozę zapadalności rejestrowanej w Polsce w latach 2020–2029.

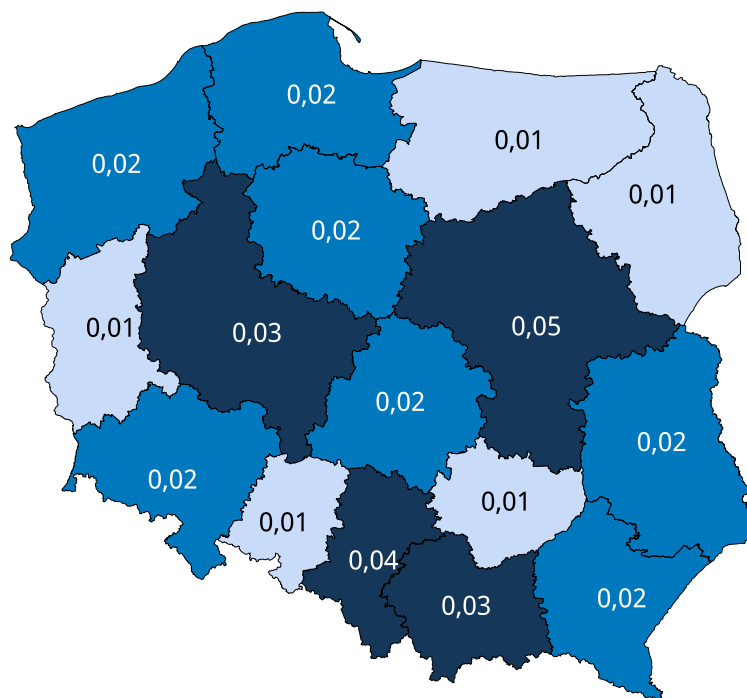
Wykres 3.11: Prognozowana zapadalność rejestrowana w Polsce w latach 2020–2029



Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

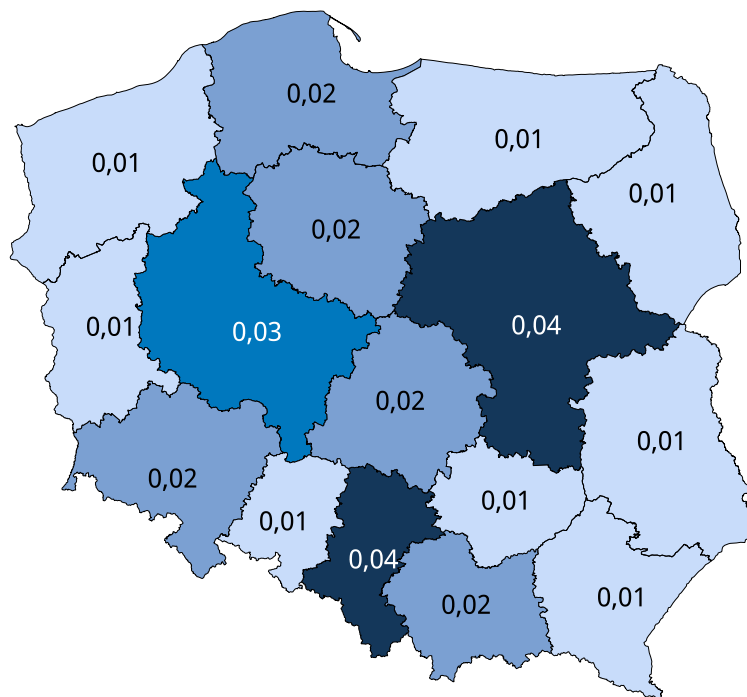
Mapa 3.25 prezentuje prognozowaną zapadalność rejestrowaną dla chorób z analizowanej grupy w 2020 roku w podziale na województwa zamieszkania pacjenta. W województwie kujawsko-pomorskim wartość tej zmiennej będzie wynosiła 0,02 tys. Dane dla roku 2029 zostały przedstawione na Mapie 3.26.

Mapa 3.25: Prognozowana zapadalność rejestrowana (w tys.) w 2020 r. wg województw



Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

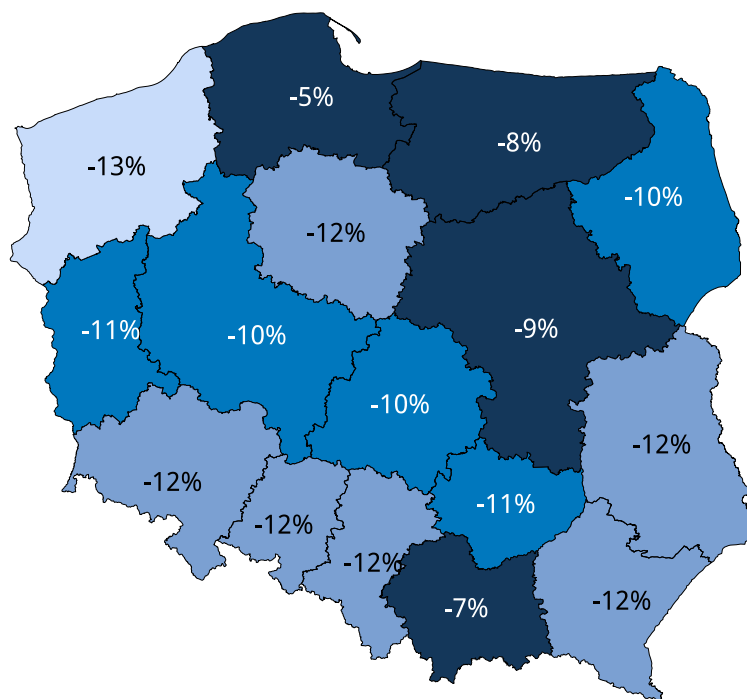
Mapa 3.26: Prognozowana zapadalność rejestrowana (w tys.) w 2029 r. wg województw



Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

Mapa 3.27 prezentuje zmianę zapadalności rejestrowanej w poszczególnych województwach. Zakładając wyłącznie zmiany demograficzne prognozuje się, że w województwie kujawsko-pomorskim zapadalność rejestrowana w latach 2020–2029 zmaleje o 12%.

Mapa 3.27: Procentowa zmiana zapadalności rejestrowanej w latach 2020–2029 wg województw



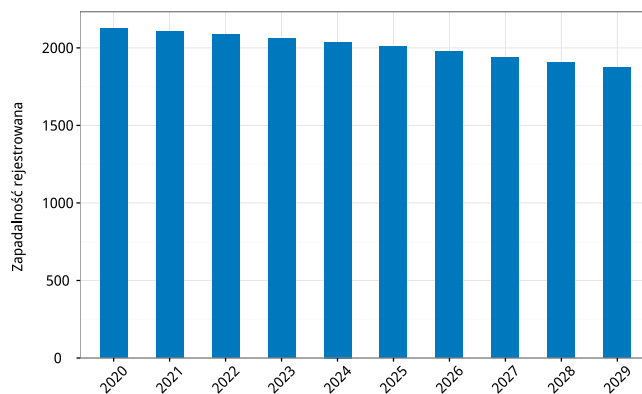
Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

Wariant 2–wariant demograficzny „maksymalny”

W niniejszym scenariuszu przyjęto współczynniki chorobowości szpitalnej równe najwyższej wartości wojewódzkiej dla analizowanej grupy chorób. W tym przypadku najwyższa wartość współczynnika chorobowości szpitalnej obserwowana była w województwie pomorskim.

W latach 2020–2029 dla grupy Ostre wirusowe zapalenie wątroby prognozuje się w Polsce spadek zapadalności rejestrowanej. W roku 2020 zapadalność rejestrowana będzie wynosiła 2,13 tys., a do 2029 r. zmaleje do 1,87 tys. (spadek o 12%). Wykres 3.12 przedstawia prognozę zapadalności rejestrowanej w Polsce w latach 2020–2029.

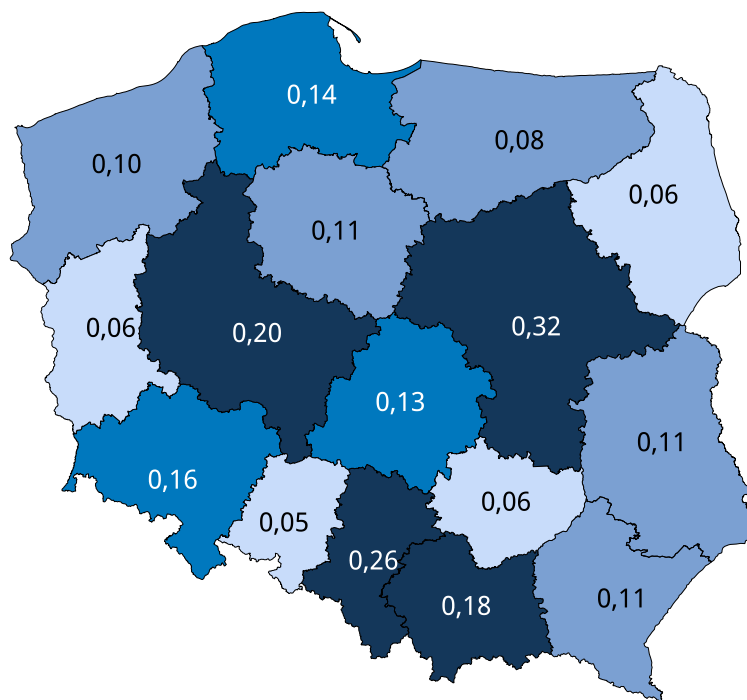
Wykres 3.12: Prognozowana zapadalność rejestrowana w Polsce w latach 2020–2029



Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

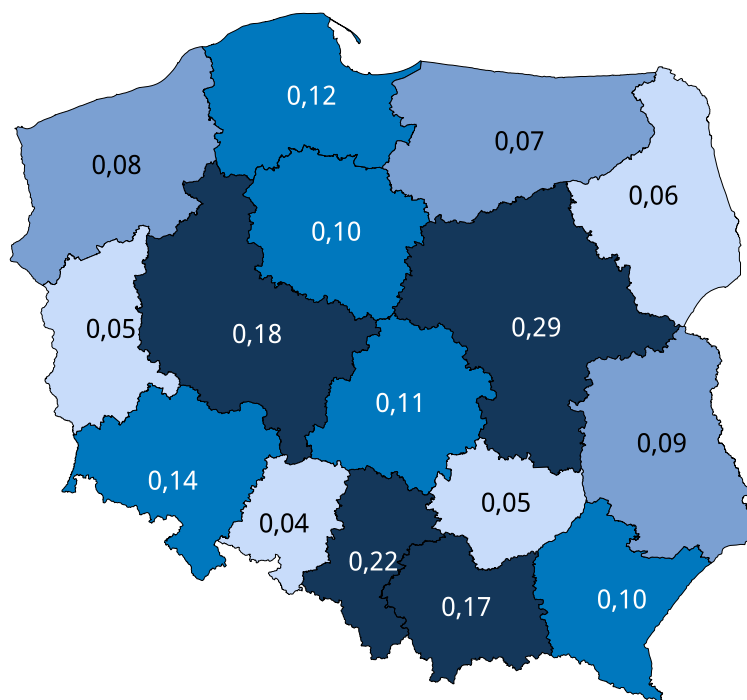
Mapa 3.28 prezentuje prognozowaną zapadalność rejestrowaną dla chorób z analizowanej grupy w 2020 roku w podziale na województwa zamieszkania pacjenta. W województwie kujawsko-pomorskim wartość tej zmiennej będzie wynosiła 0,11 tys. Dane dla roku 2029 zostały przedstawione na Mapie 3.29.

Mapa 3.28: Prognozowana zapadalność rejestrowana (w tys.) w 2020 r. wg województw



Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

Mapa 3.29: Prognozowana zapadalność rejestrowana (w tys.) w 2029 r. wg województw

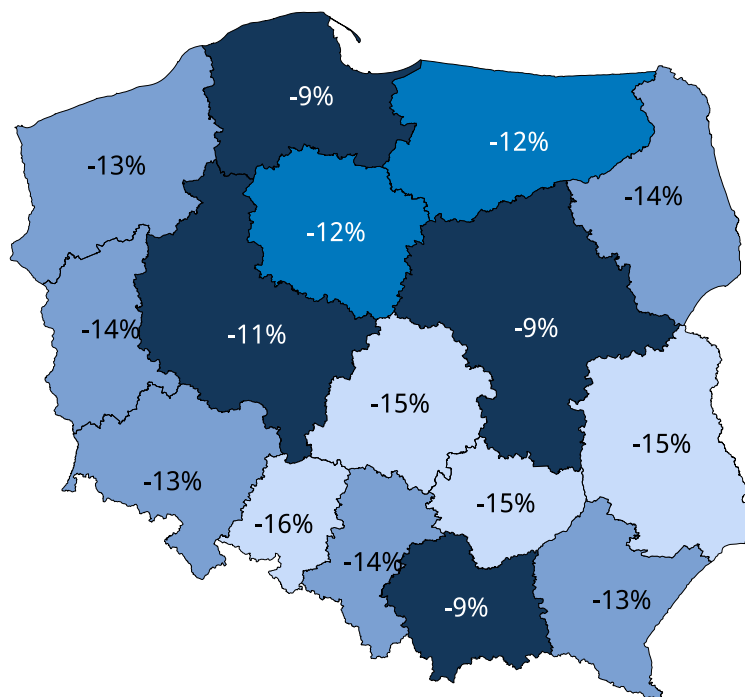


Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

Mapa 3.30 prezentuje zmianę zapadalności rejestrowanej w poszczególnych województwach. Zakładając wyłącznie zmiany demograficzne prognozuje się, że w województwie kujawsko-pomorskim zapadalność

rejestrwana w latach 2020–2029 zmaleje o 12%.

Mapa 3.30: Procentowa zmiana zapadalności rejestrowanej w latach 2020–2029 wg województw

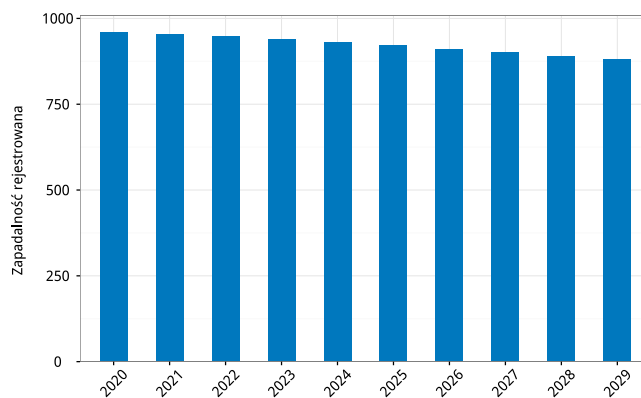


Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

Wariant 3–wariant demograficzny „zindywidualizowany”

W latach 2020–2029 dla grupy Ostre wirusowe zapalenie wątroby prognozuje się w Polsce spadek zapadalności rejestrowanej. W roku 2020 zapadalność rejestrowana będzie wynosiła 0,96 tys., a do 2029 r. zmaleje do 0,88 tys. (spadek o 8%). Wykres 3.13 przedstawia prognozę zapadalności rejestrowanej w Polsce w latach 2020–2029.

Wykres 3.13: Prognozowana zapadalność rejestrowana w Polsce w latach 2020–2029

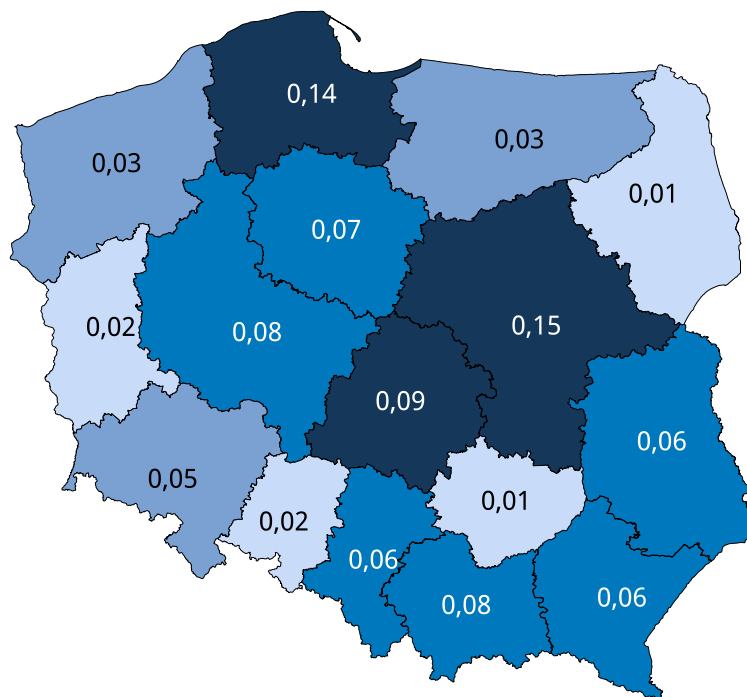


Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

Mapa 3.31 prezentuje prognozowaną zapadalność rejestrowaną dla chorób z analizowanej grupy w

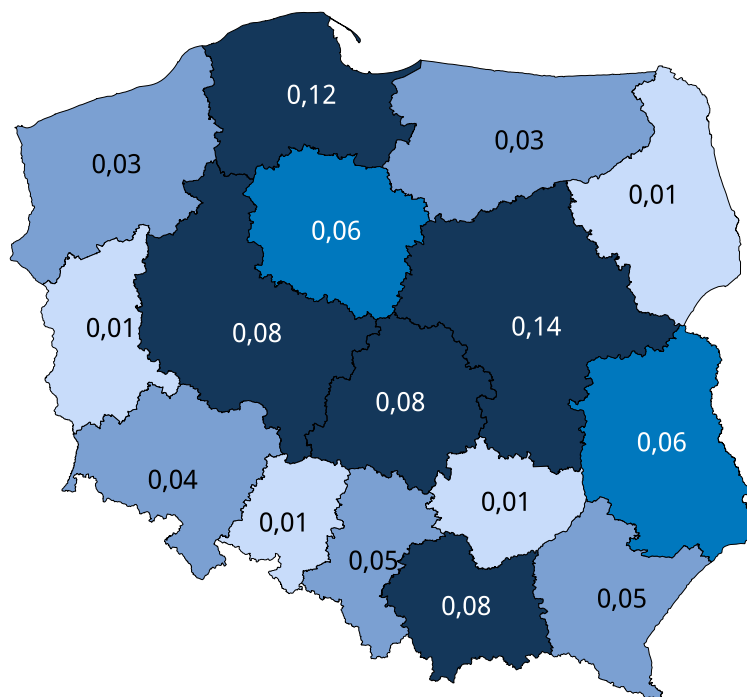
2020 roku w podziale na województwa zamieszkania pacjenta. W województwie kujawsko-pomorskim wartość tej zmiennej będzie wynosiła 0,07 tys. Dane dla roku 2029 zostały przedstawione na Mapie 3.32.

Mapa 3.31: Prognozowana zapadalność rejestrowana (w tys.) w 2020 r. wg województw



Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

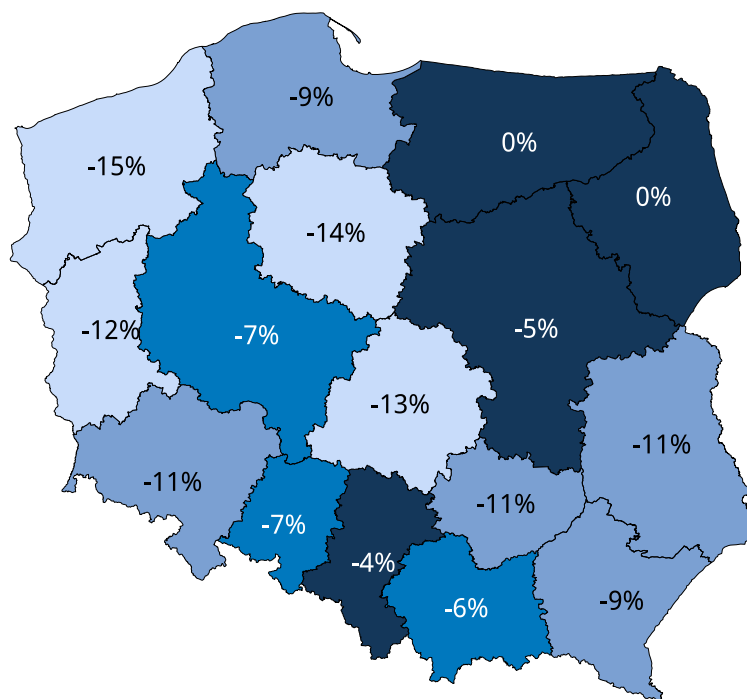
Mapa 3.32: Prognozowana zapadalność rejestrowana (w tys.) w 2029 r. wg województw



Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

Mapa 3.33 prezentuje zmianę zapadalności rejestrowanej w poszczególnych województwach. Zakładając wyłącznie zmiany demograficzne prognozuje się, że w województwie kujawsko-pomorskim zapadalność rejestrowana w latach 2020–2029 zmaleje o 14%.

Mapa 3.33: Procentowa zmiana zapadalności rejestrowanej w latach 2020–2029 wg województw

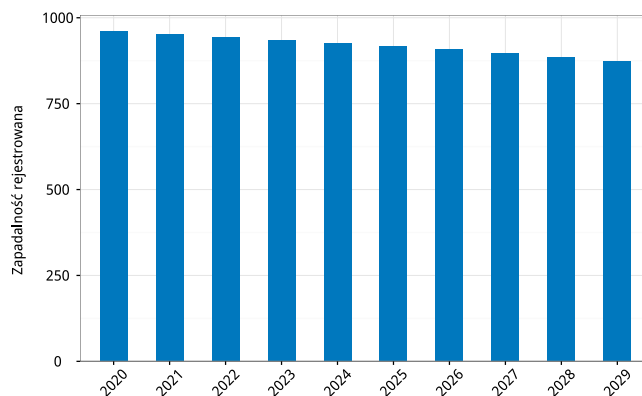


Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

Wariant 4–Wariant demograficzny „uśredniony”

W latach 2020–2029 dla grupy Ostre wirusowe zapalenie wątroby prognozuje się w Polsce spadek zapadalności rejestrowanej. W roku 2020 zapadalność rejestrowana będzie wynosiła 0,96 tys., a do 2029 r. zmaleje do 0,87 tys. (spadek o 9%). Wykres 3.14 przedstawia prognozę zapadalności rejestrowanej w Polsce w latach 2020–2029.

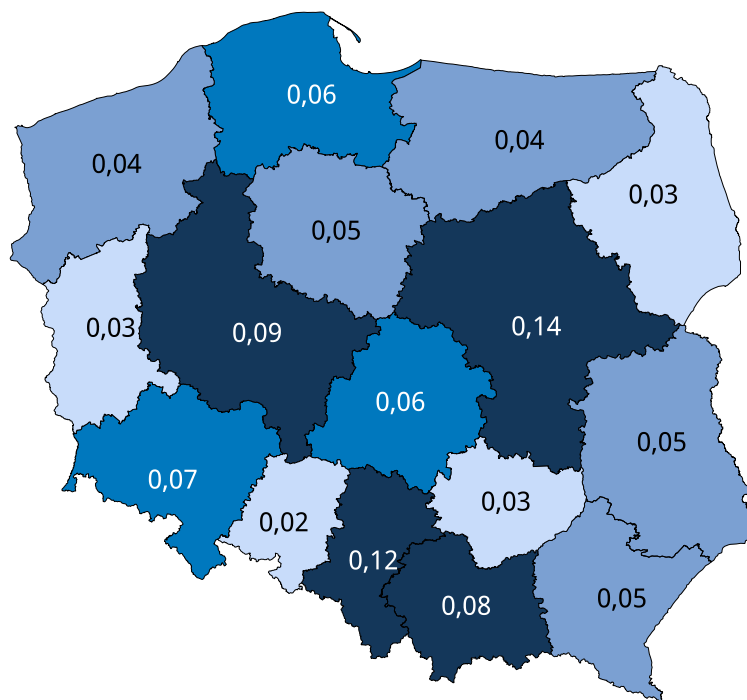
Wykres 3.14: Prognozowana zapadalność rejestrowana w Polsce w latach 2020–2029



Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

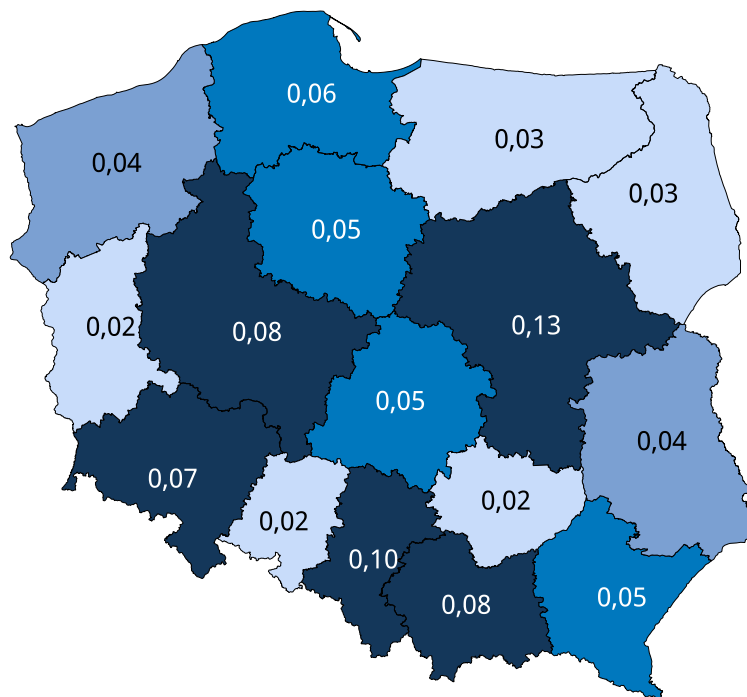
Mapa 3.34 prezentuje prognozowaną zapadalność rejestrowaną dla chorób z analizowanej grupy w 2020 roku w podziale na województwa zamieszkania pacjenta. W województwie kujawsko-pomorskim wartość tej zmiennej będzie wynosiła 0,05 tys. Dane dla roku 2029 zostały przedstawione na Mapie 3.35.

Mapa 3.34: Prognozowana zapadalność rejestrowana (w tys.) w 2020 r. wg województw



Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

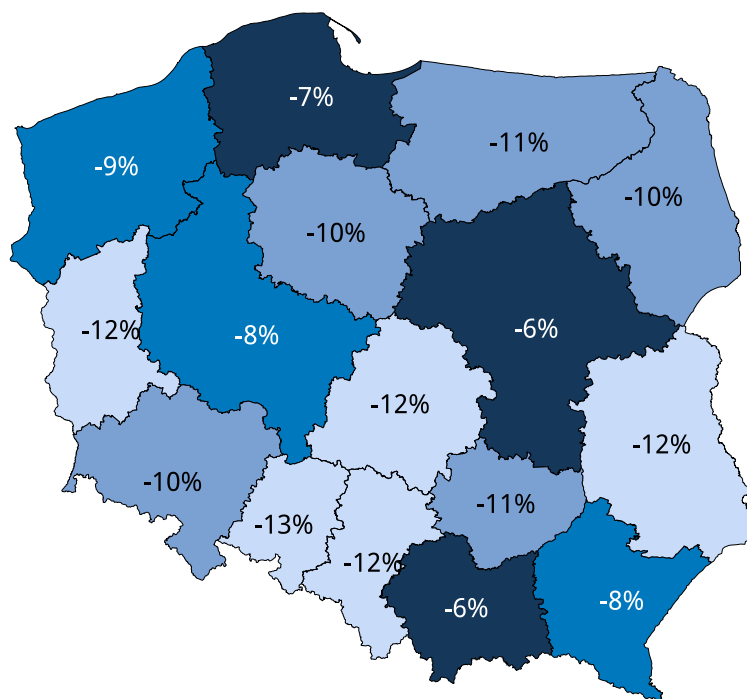
Mapa 3.35: Prognozowana zapadalność rejestrowana (w tys.) w 2029 r. wg województw



Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

Mapa 3.36 prezentuje zmianę zapadalności rejestrowanej w poszczególnych województwach. Zakładając wyłącznie zmiany demograficzne prognozuje się, że w województwie kujawsko-pomorskim zapadalność rejestrowana w latach 2020–2029 zmaleje o 10%.

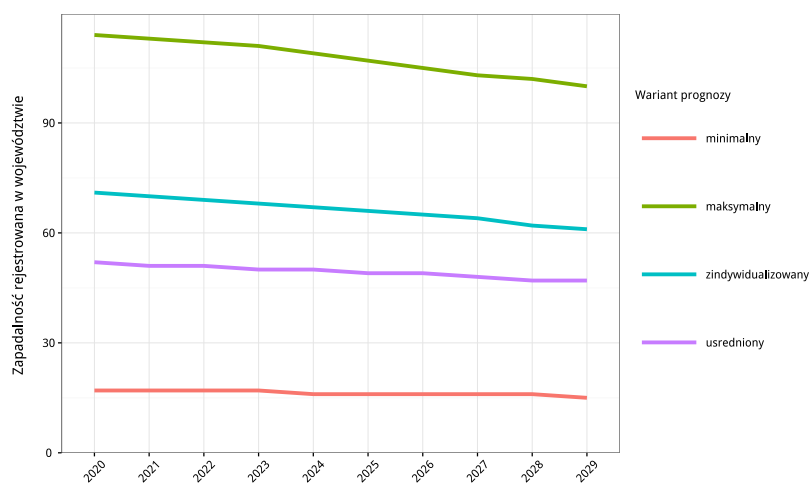
Mapa 3.36: Procentowa zmiana zapadalności rejestrowanej w latach 2020–2029 wg województw



Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

Porównanie wariantów prognozy dla analizowanego województwa przedstawia Wykres 3.15. Według wariantu demograficznego „minimalnego” zapadalność rejestrowana w województwie w 2020 r. wyniesie 0,02 tys. Według wariantu demograficznego „maksymalnego” będzie to 0,11 tys. W przypadku wariantu demograficznego „zindywidualizowanego” zapadalność rejestrowana w województwie w 2020 r. wyniesie 0,07 tys., a wariantu demograficznego „uśrednionego” 0,05 tys.

Wykres 3.15: Porównanie scenariuszy dot. prognozy zapadalności rejestrowanej dla województwa w latach 2020–2029



Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

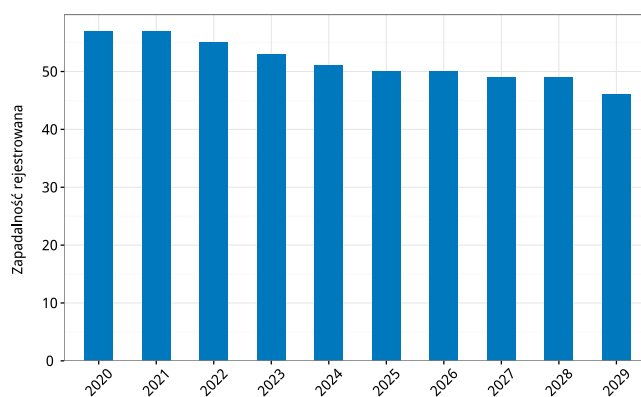
Prognoza zapadalności rejestrowanej–Nieokreślone wirusowe zapalenie wątroby

Wariant 1–wariant demograficzny „minimalny”

W niniejszym scenariuszu przyjęto współczynniki chorobowości szpitalnej równe najniższej wartości wojewódzkiej dla analizowanej grupy chorób. W tym przypadku najniższa wartość współczynnika chorobowości szpitalnej obserwowana była w województwie podlaskim.

W latach 2020–2029 dla grupy Nieokreślone wirusowe zapalenie wątroby prognozuje się w Polsce spadek zapadalności rejestrowanej. W roku 2020 zapadalność rejestrowana będzie wynosiła 0,06 tys., a do 2029 r. zmaleje do 0,05 tys. (spadek o 19%). Wykres 3.16 przedstawia prognozę zapadalności rejestrowanej w Polsce w latach 2020–2029.

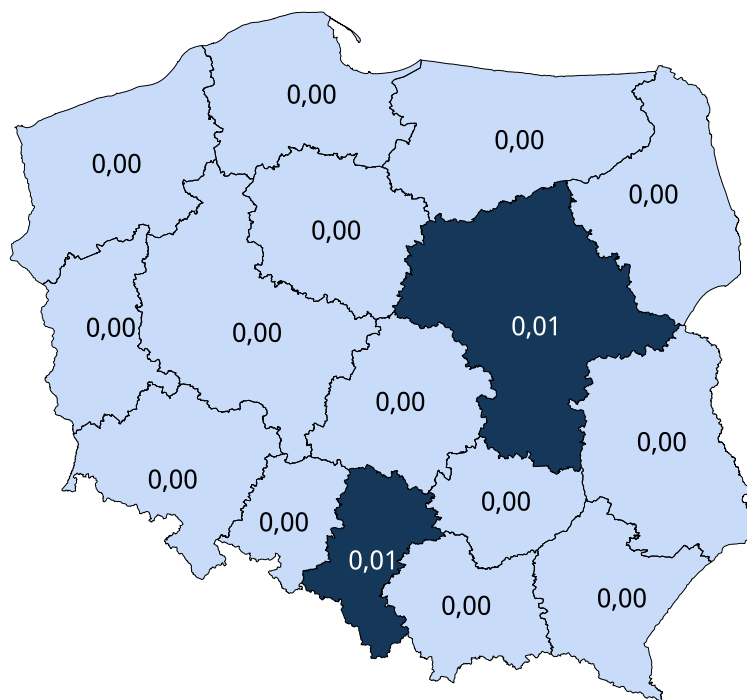
Wykres 3.16: Prognozowana zapadalność rejestrowana w Polsce w latach 2020–2029



Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

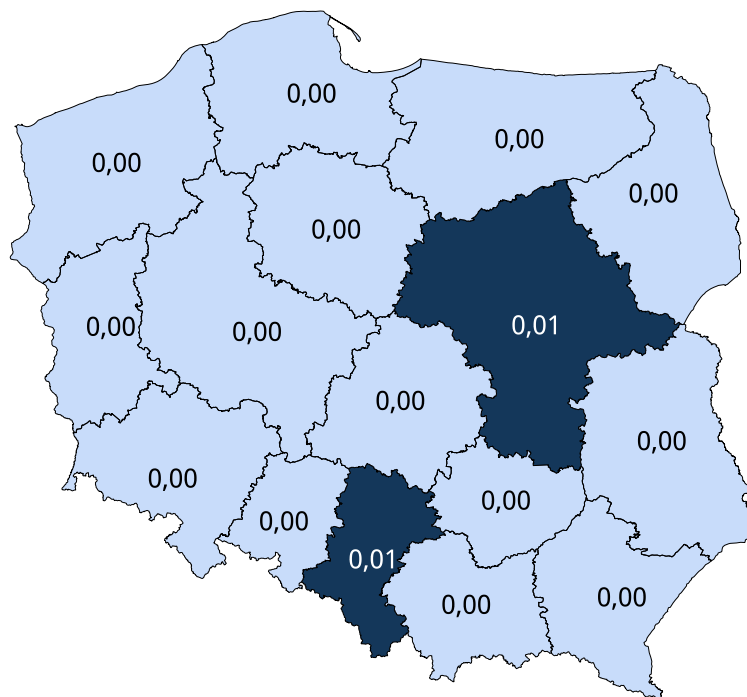
Mapa 3.37 prezentuje prognozowaną zapadalność rejestrowaną dla chorób z analizowanej grupy w 2020 roku w podziale na województwa zamieszkania pacjenta. W województwie kujawsko-pomorskim wartość tej zmiennej będzie wynosiła 0,00 tys. Dane dla roku 2029 zostały przedstawione na Mapie 3.38.

Mapa 3.37: Prognozowana zapadalność rejestrowana (w tys.) w 2020 r. wg województw



Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

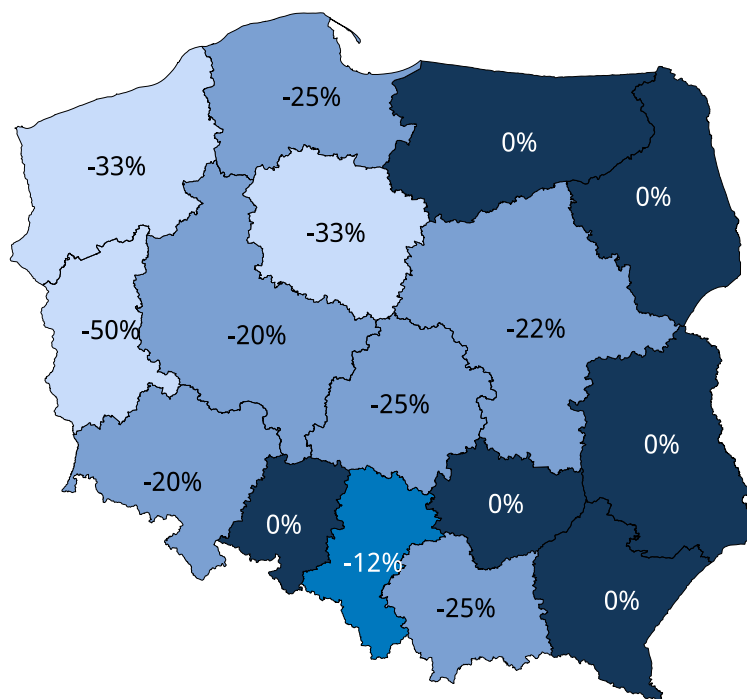
Mapa 3.38: Prognozowana zapadalność rejestrowana (w tys.) w 2029 r. wg województw



Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

Mapa 3.39 prezentuje zmianę zapadalności rejestrowanej w poszczególnych województwach. Zakładając wyłącznie zmiany demograficzne prognozuje się, że w województwie kujawsko-pomorskim zapadalność rejestrowana w latach 2020–2029 zmaleje o 33%.

Mapa 3.39: Procentowa zmiana zapadalności rejestrowanej w latach 2020–2029 wg województw



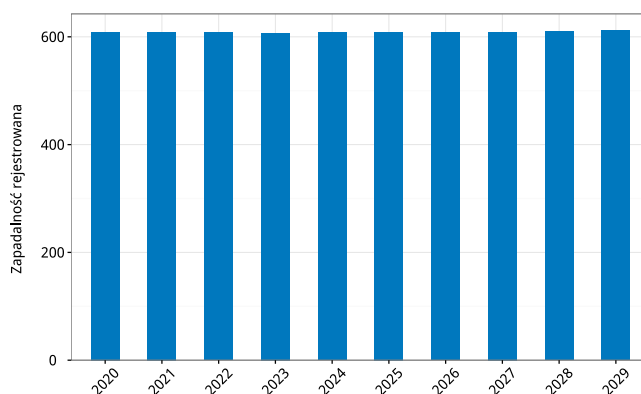
Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

Wariant 2–wariant demograficzny „maksymalny”

W niniejszym scenariuszu przyjęto współczynniki chorobowości szpitalnej równe najwyższej wartości wojewódzkiej dla analizowanej grupy chorób. W tym przypadku najwyższa wartość współczynnika chorobowości szpitalnej obserwowana była w województwie dolnośląskim.

W latach 2020–2029 dla grupy Nieokreślone wirusowe zapalenie wątroby prognozuje się w Polsce nieznaczną zmianę wartości zapadalności rejestrowanej. W roku 2020 zapadalność rejestrowana będzie wynosiła 0,61 tys., a do 2029 r. wartość ta nieznacznie wzrośnie. Wykres 3.17 przedstawia prognozę zapadalności rejestrowanej w Polsce w latach 2020–2029.

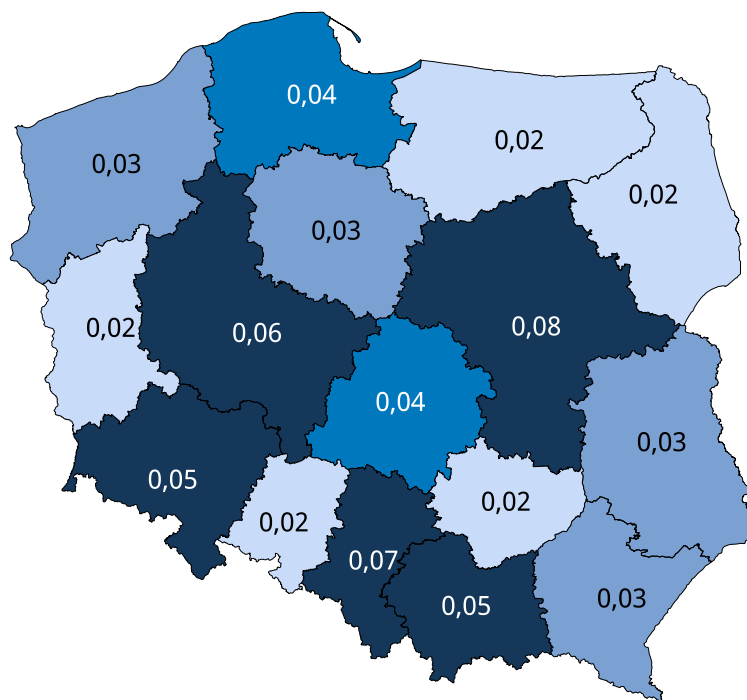
Wykres 3.17: Prognozowana zapadalność rejestrowana w Polsce w latach 2020–2029



Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

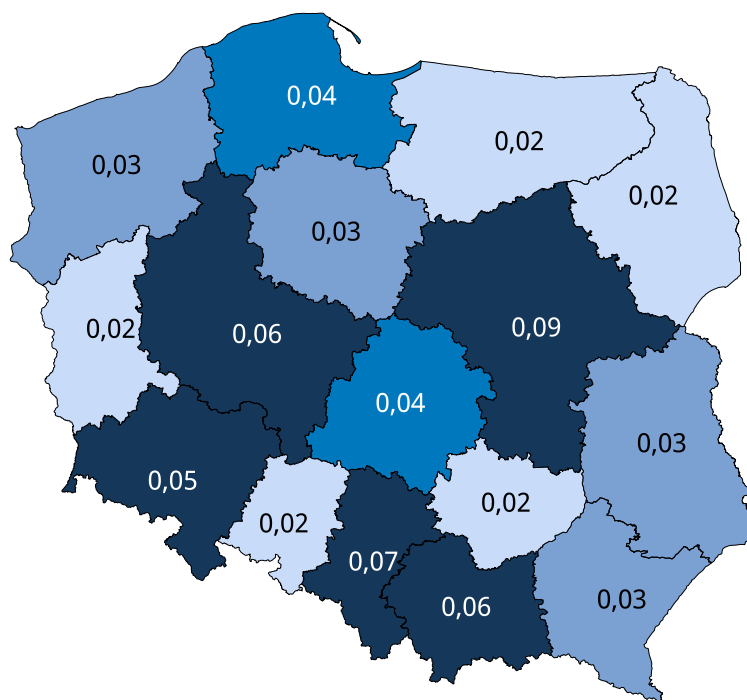
Mapa 3.40 prezentuje prognozowaną zapadalność rejestrowaną dla chorób z analizowanej grupy w 2020 roku w podziale na województwa zamieszkania pacjenta. W województwie kujawsko-pomorskim wartość tej zmiennej będzie wynosiła 0,03 tys. Dane dla roku 2029 zostały przedstawione na Mapie 3.41.

Mapa 3.40: Prognozowana zapadalność rejestrowana (w tys.) w 2020 r. wg województw



Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

Mapa 3.41: Prognozowana zapadalność rejestrowana (w tys.) w 2029 r. wg województw

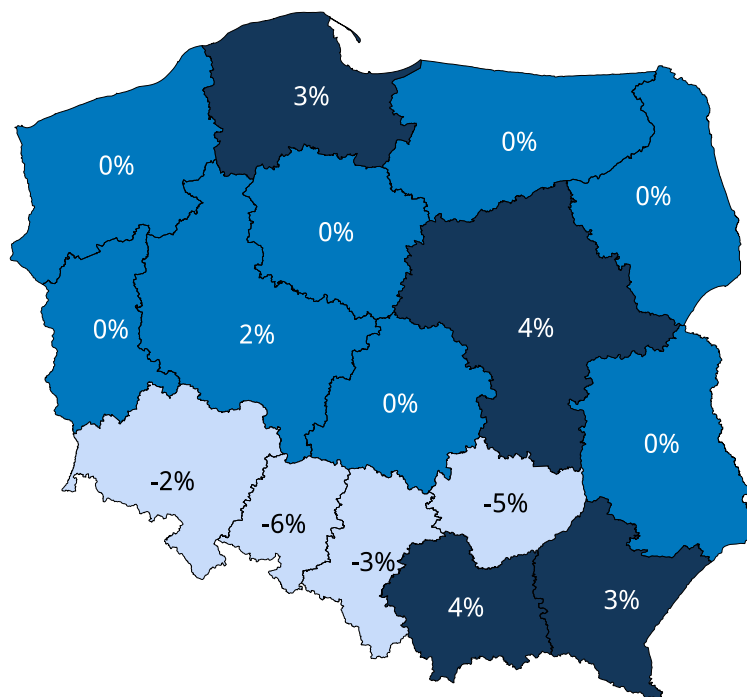


Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

Mapa 3.42 prezentuje zmianę zapadalności rejestrowanej w poszczególnych województwach. Zakładając wyłącznie zmiany demograficzne prognozuje się, że w województwie kujawsko-pomorskim zapadalność

rejestrowana w latach 2020–2029 nie ulegnie znacznej zmianie.

Mapa 3.42: Procentowa zmiana zapadalności rejestrowanej w latach 2020–2029 wg województw

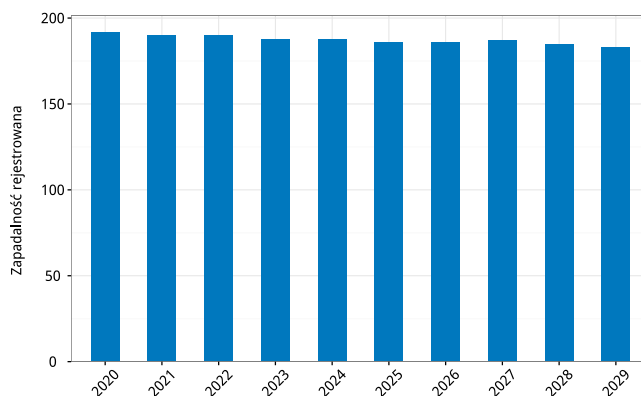


Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

Wariant 3–wariant demograficzny „zindywidualizowany”

W latach 2020–2029 dla grupy Nieokreślone wirusowe zapalenie wątroby prognozuje się w Polsce spadek zapadalności rejestrowanej. W roku 2020 zapadalność rejestrowana będzie wynosiła 0,19 tys., a do 2029 r. zmniejszy się do 0,18 tys. (spadek o 5%). Wykres 3.18 przedstawia prognozę zapadalności rejestrowanej w Polsce w latach 2020–2029.

Wykres 3.18: Prognozowana zapadalność rejestrowana w Polsce w latach 2020–2029

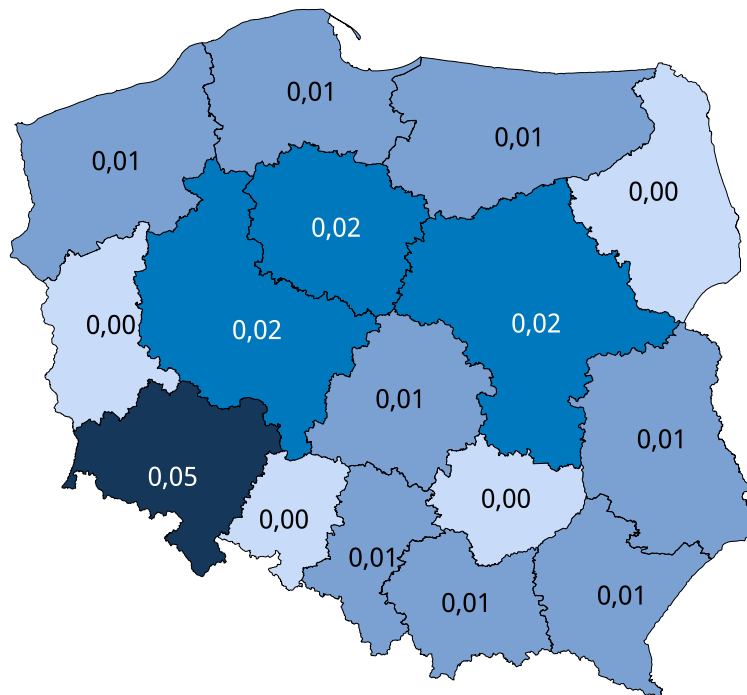


Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

Mapa 3.43 prezentuje prognozowaną zapadalność rejestrowaną dla chorób z analizowanej grupy w

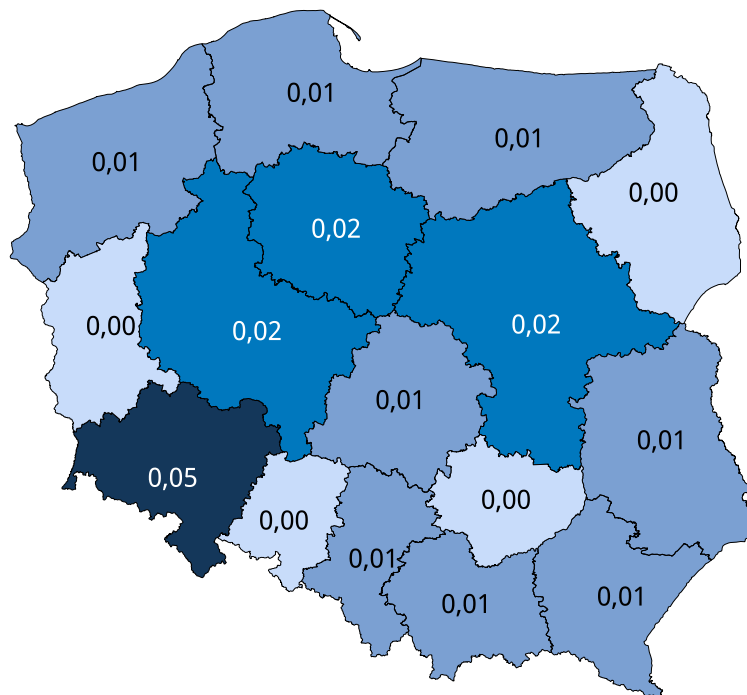
2020 roku w podziale na województwa zamieszkania pacjenta. W województwie kujawsko-pomorskim wartość tej zmiennej będzie wynosiła 0,02 tys. Dane dla roku 2029 zostały przedstawione na Mapie 3.44.

Mapa 3.43: Prognozowana zapadalność rejestrowana (w tys.) w 2020 r. wg województw



Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

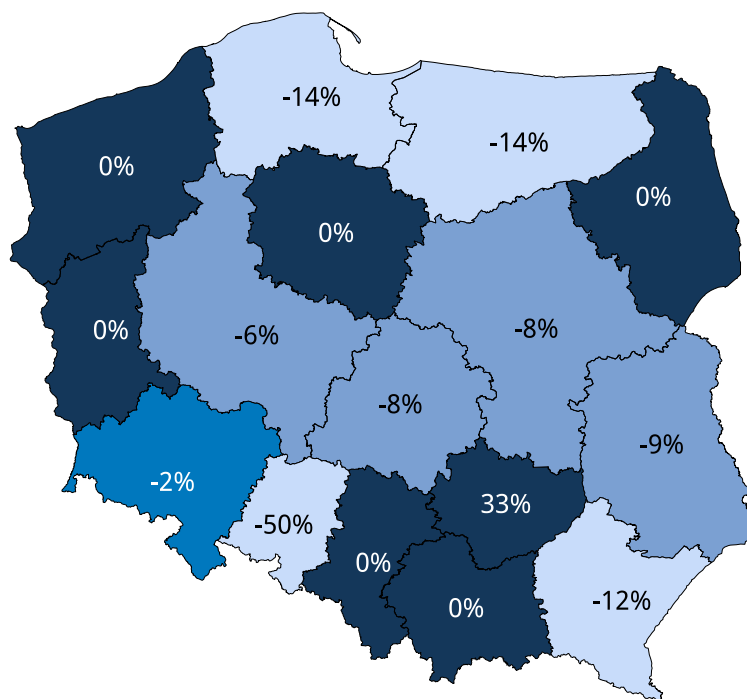
Mapa 3.44: Prognozowana zapadalność rejestrowana (w tys.) w 2029 r. wg województw



Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

Mapa 3.45 prezentuje zmianę zapadalności rejestrowanej w poszczególnych województwach. Zakładając wyłącznie zmiany demograficzne prognozuje się, że w województwie kujawsko-pomorskim zapadalność rejestrowana w latach 2020–2029 nie ulegnie znacznej zmianie.

Mapa 3.45: Procentowa zmiana zapadalności rejestrowanej w latach 2020–2029 wg województw

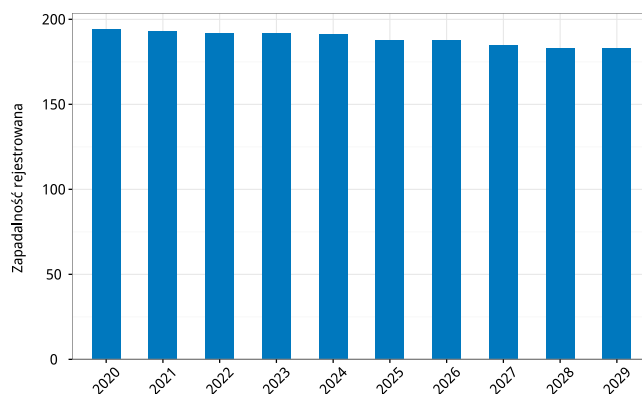


Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

Wariant 4–Wariant demograficzny „uśredniony”

W latach 2020–2029 dla grupy Nieokreślone wirusowe zapalenie wątroby prognozuje się w Polsce spadek zapadalności rejestrowanej. W roku 2020 zapadalność rejestrowana będzie wynosiła 0,19 tys., a do 2029 r. zmaleje do 0,18 tys. (spadek o 6%). Wykres 3.19 przedstawia prognozę zapadalności rejestrowanej w Polsce w latach 2020–2029.

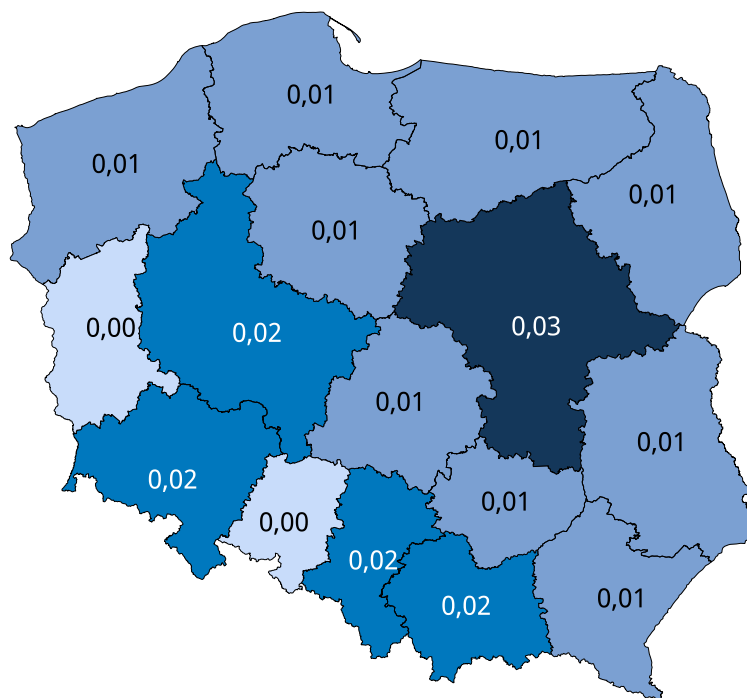
Wykres 3.19: Prognozowana zapadalność rejestrowana w Polsce w latach 2020–2029



Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

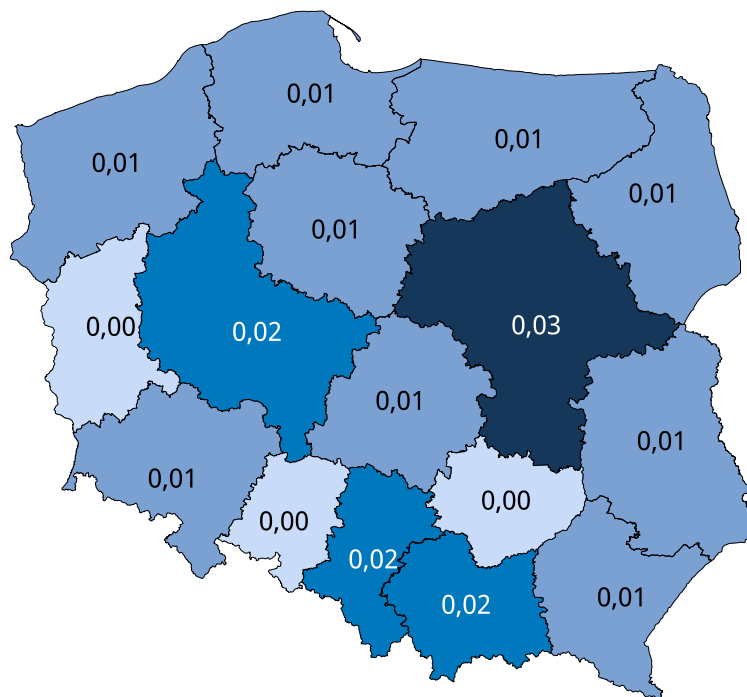
Mapa 3.46 prezentuje prognozowaną zapadalność rejestrowaną dla chorób z analizowanej grupy w 2020 roku w podziale na województwa zamieszkania pacjenta. W województwie kujawsko-pomorskim wartość tej zmiennej będzie wynosiła 0,01 tys. Dane dla roku 2029 zostały przedstawione na Mapie 3.47.

Mapa 3.46: Prognozowana zapadalność rejestrowana (w tys.) w 2020 r. wg województw



Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

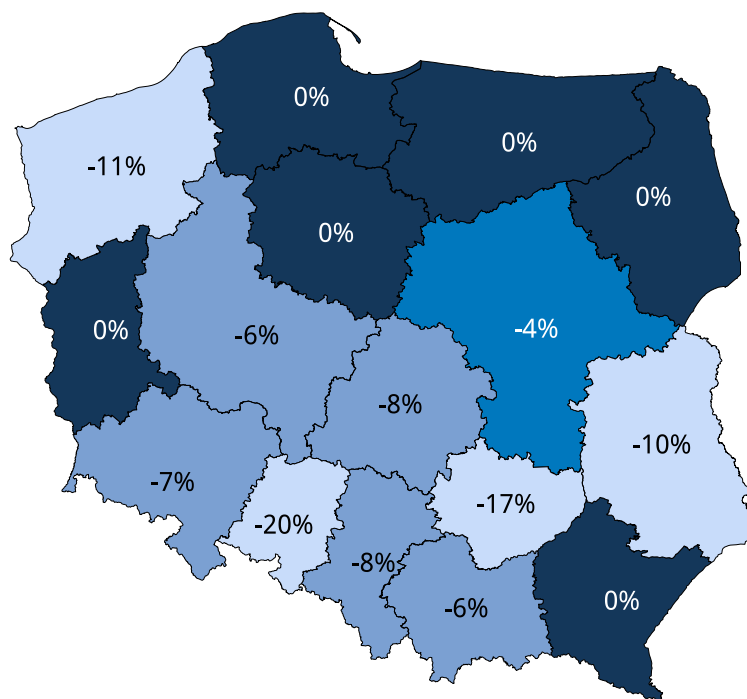
Mapa 3.47: Prognozowana zapadalność rejestrowana (w tys.) w 2029 r. wg województw



Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

Mapa 3.48 prezentuje zmianę zapadalności rejestrowanej w poszczególnych województwach. Zakładając wyłącznie zmiany demograficzne prognozuje się, że w województwie kujawsko-pomorskim zapadalność rejestrowana w latach 2020–2029 nie ulegnie znacznej zmianie.

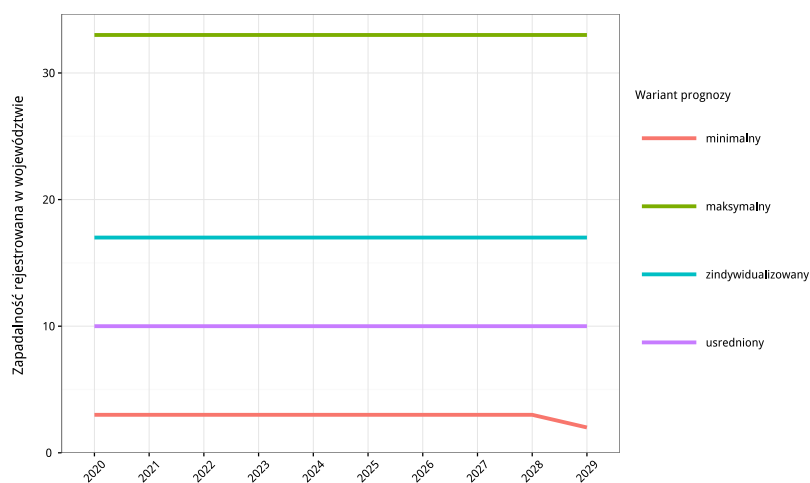
Mapa 3.48: Procentowa zmiana zapadalności rejestrowanej w latach 2020–2029 wg województw



Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

Porównanie wariantów prognozy dla analizowanego województwa przedstawia Wykres 3.20. Według wariantu demograficznego „minimalnego” zapadalność rejestrowana w województwie w 2020 r. wyniesie 0,00 tys. Według wariantu demograficznego „maksymalnego” będzie to 0,03 tys. W przypadku wariantu demograficznego „zindywidualizowanego” zapadalność rejestrowana w województwie w 2020 r. wyniesie 0,02 tys., a wariantu demograficznego „uśrednionego” 0,01 tys.

Wykres 3.20: Porównanie scenariuszy dot. prognozy zapadalności rejestrowanej dla województwa w latach 2020–2029



Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

3.3 Prognoza liczby łózek

Prognozowana liczba łózek została przedstawiona w opublikowanych 30 kwietnia 2016 r. tzw. szpitalnych mapach potrzeb zdrowotnych. Ze względu na objętość dokumentu postanowiono nie powtarzać treści już opublikowanych. Odsyłamy czytelnika do odpowiednich elementów map szpitalnych. Następną prognoza liczby łózek będzie przygotowana dla kolejnej edycji map szpitalnych publikowanych w maju 2018 r.