



EFEKTYWNE DZIAŁANIE PRZEZ MAPOWANIE



# Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób zakaźnych (WZW) dla województwa 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](http://www.mapypotrzebzdrowotnych.mz.gov.pl)



<b>I</b>	<b>Aspekty demograficzne i epidemiologiczne</b>	<b>6</b>
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
<b>II</b>	<b>Analiza stanu i wykorzystania zasobów</b>	<b>30</b>
2.1	Lecznictwo szpitalne . . . . .	31
2.1.1	Przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu C . . . . .	43
2.1.2	Przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu B . . . . .	58
2.1.3	Ostre wirusowe zapalenie wątroby . . . . .	70
2.1.4	Zwłóknienie i marskość i rak wątroby jako możliwe powikłanie WZW . . . . .	83
2.1.5	Częstość występowania chorób współistniejących u zakażonych HBV i HCV . . . . .	87
2.1.6	Programy lekowe w leczeniu przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu B lub C . . . . .	88
2.2	Amulatoryjna Opieka Specjalistyczna . . . . .	97
2.2.1	Wybór poradni . . . . .	97
2.2.2	Poradnia chorób zakaźnych . . . . .	99
2.2.3	Poradnia chorób zakaźnych dla dzieci . . . . .	107
2.2.4	Poradnia wzw . . . . .	115
2.3	Podstawowa Opieka Zdrowotna . . . . .	118
2.3.1	Podstawowa Opieka Zdrowotna w Polsce . . . . .	118
2.3.2	Świadczenia Podstawowej Opieki Zdrowotnej . . . . .	125
2.3.3	Listy aktywne . . . . .	134
2.4	Wykorzystanie nagłej opieki medycznej . . . . .	138
2.5	Kadry medyczne . . . . .	146
2.6	Zasoby sprzętowe . . . . .	146

<b>III</b>	<b>Prognoza</b>	<b>147</b>
3.1	Prognoza stanu i struktury ludności . . . . .	148
3.2	Prognoza zapadalności rejestrowanej . . . . .	148
3.3	Prognoza liczby łózek . . . . .	186





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.

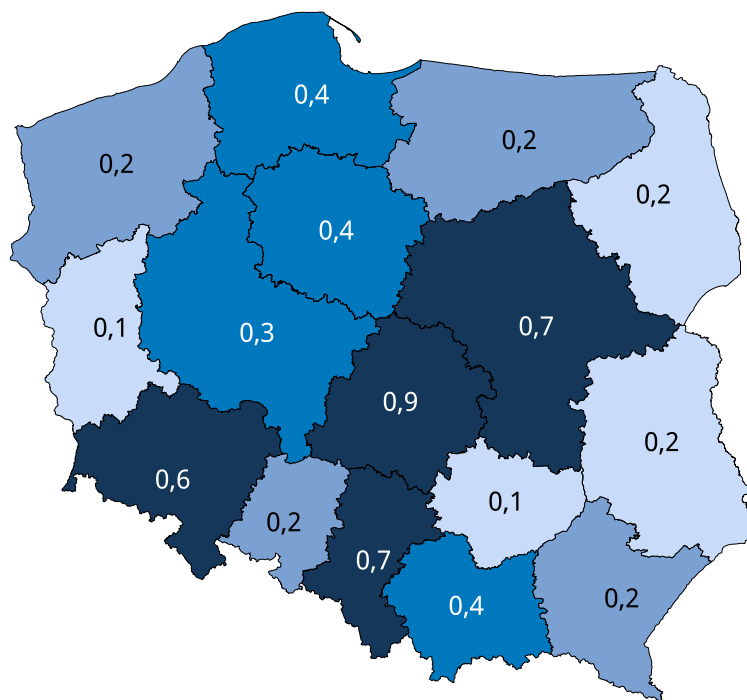
## Zapadalność rejestrowana - Przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu B

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 wyniósł 15,1.

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



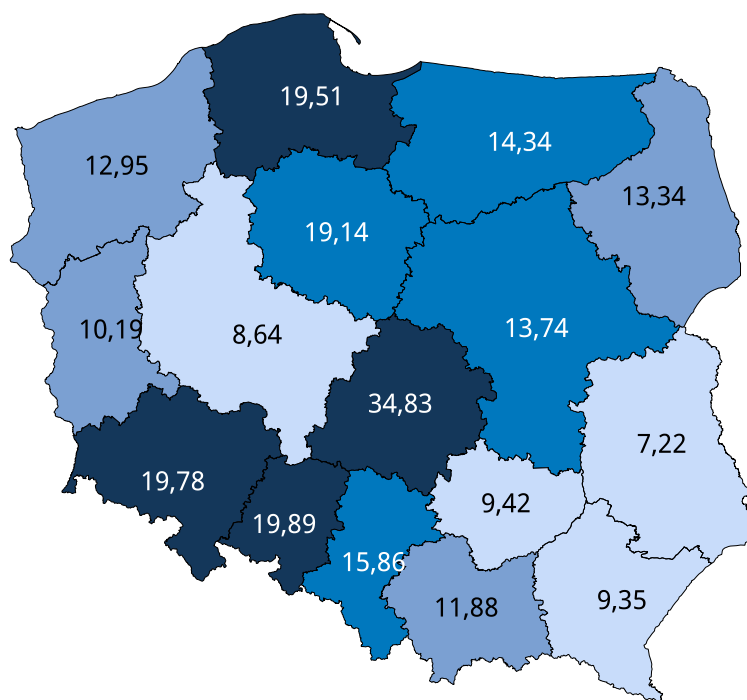
Mapa 1.1: Zapadalność rejestrowana w 2014 wg województwa zamieszkania pacjenta (w tys.)



Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

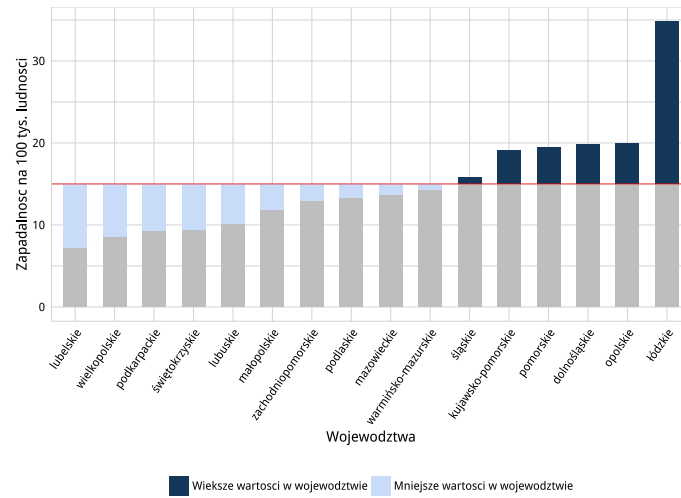
Mapa 1.2 oraz wykres 1.1 prezentują wartość wskaźników zapadalności rejestrowanej na choroby z analizowanej grupy w 2014 roku na 100 tysięcy mieszkańców w podziale na województwa. Wartość tego wskaźnika dla województwa pomorskiego wyniosła 19,5.

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



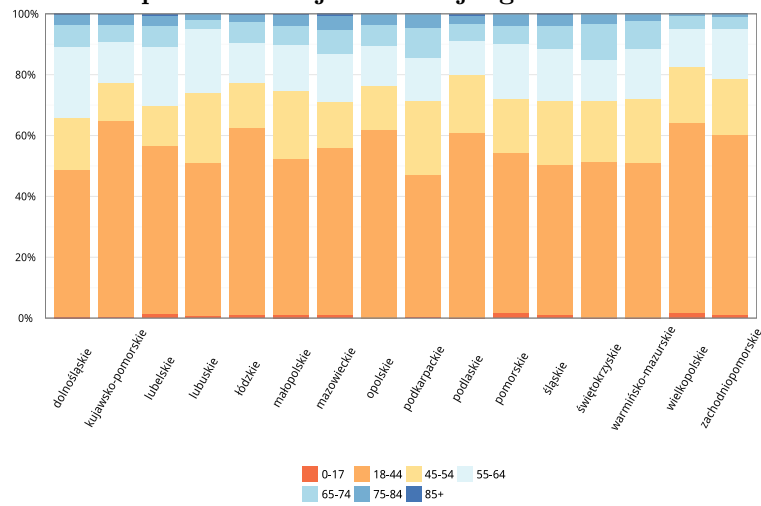
Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

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



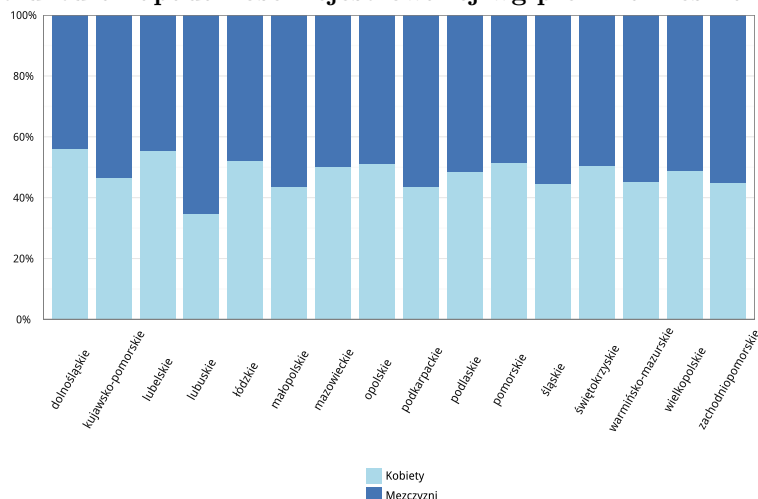
Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

Wykres 1.2: Struktura zapadalności rejestrowanej wg wieku i zamieszkania pacjenta



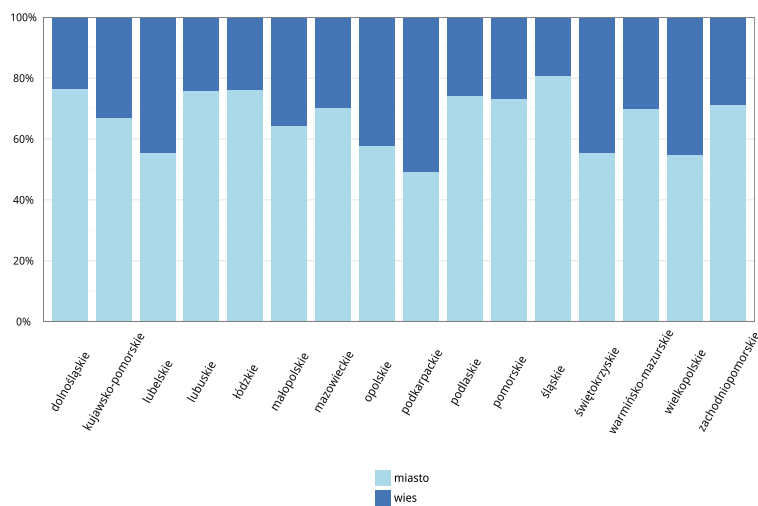
Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

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



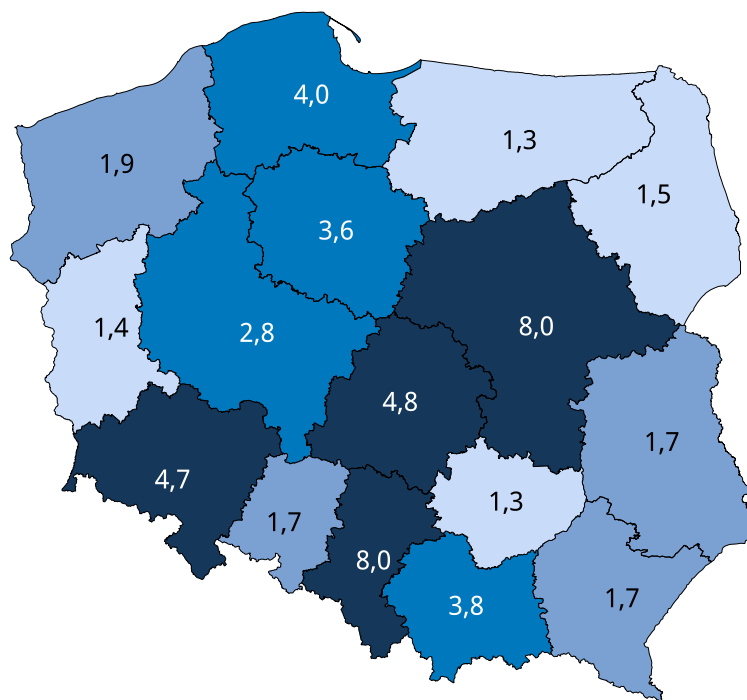
Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

## 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.

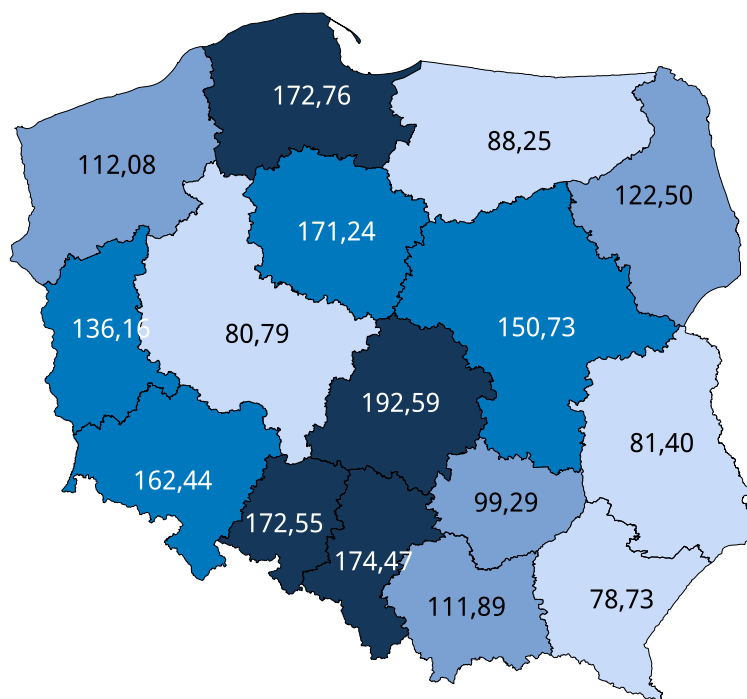
Liczbę chorych w analizowanej podgrupie w Polsce oszacowano na 52,2 tys. (w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców było to 135,6). Mapa 1.3 zawiera informacje o liczbie chorych w poszczególnych województwach, natomiast mapa 1.4 pokazuje liczbę chorych na 100 tysięcy mieszkańców w poszczególnych województwach.

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



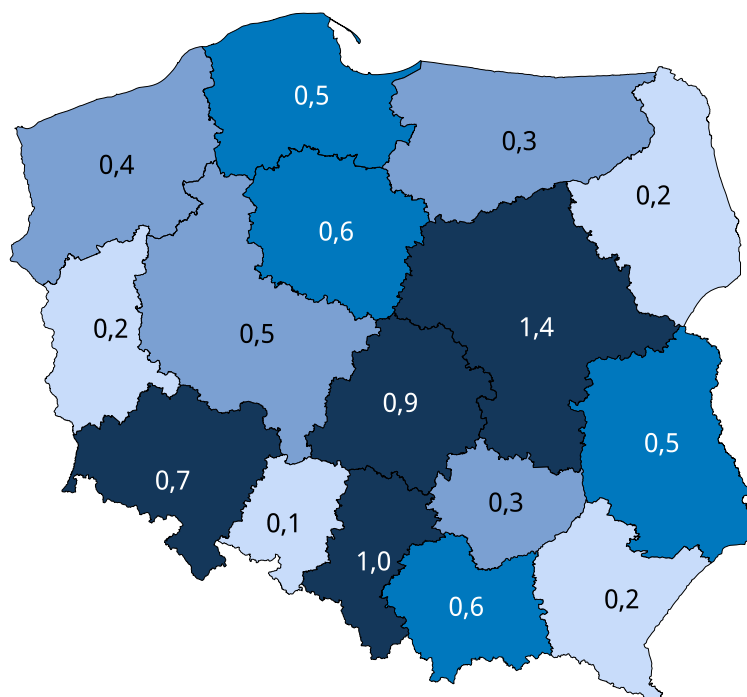
Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

## 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 pomorskim zapadalność wyniosła 0,5 tys. .

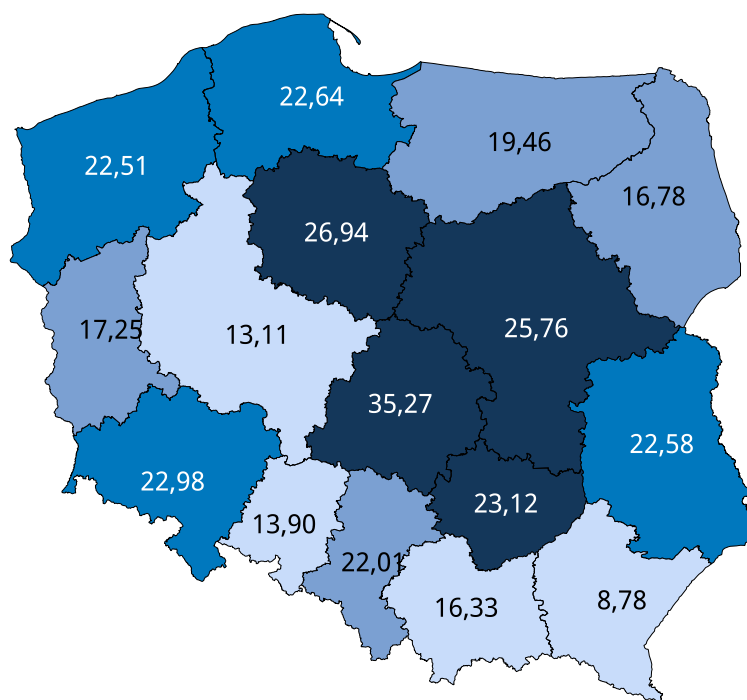
Mapa 1.5: Zapadalność rejestrowana w 2014 wg województwa zamieszkania pacjenta (w tys.)



Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

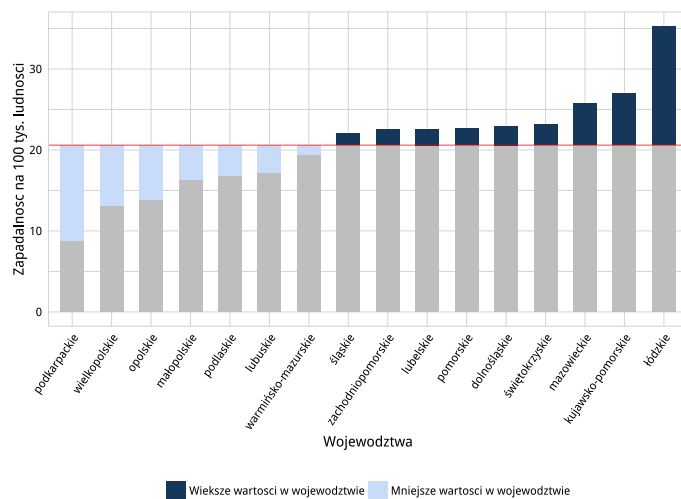
Mapa 1.6 oraz wykres 1.5 prezentują wartość wskaźników zapadalności rejestrowanej na choroby z analizowanej grupy w 2014 roku na 100 tysięcy mieszkańców w podziale na województwa. Wartość tego wskaźnika dla województwa pomorskiego wyniosła 22,6.

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



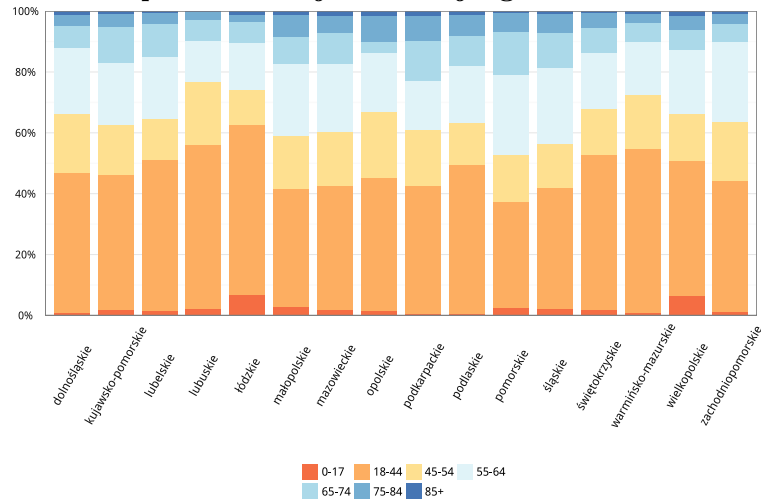
Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

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



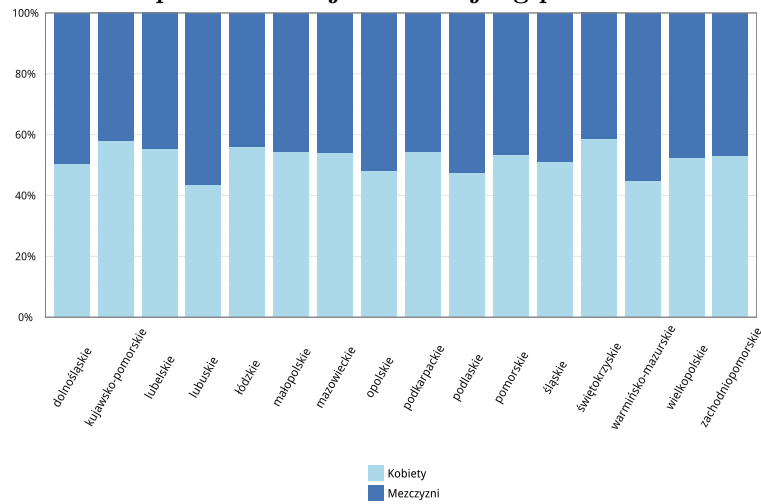
Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

Wykres 1.6: Struktura zapadalności rejestrowanej wg wieku i zamieszkania pacjenta



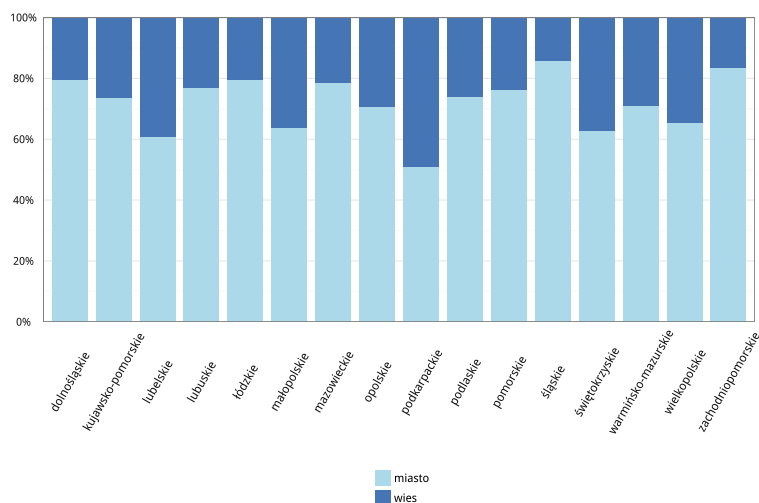
Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

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.

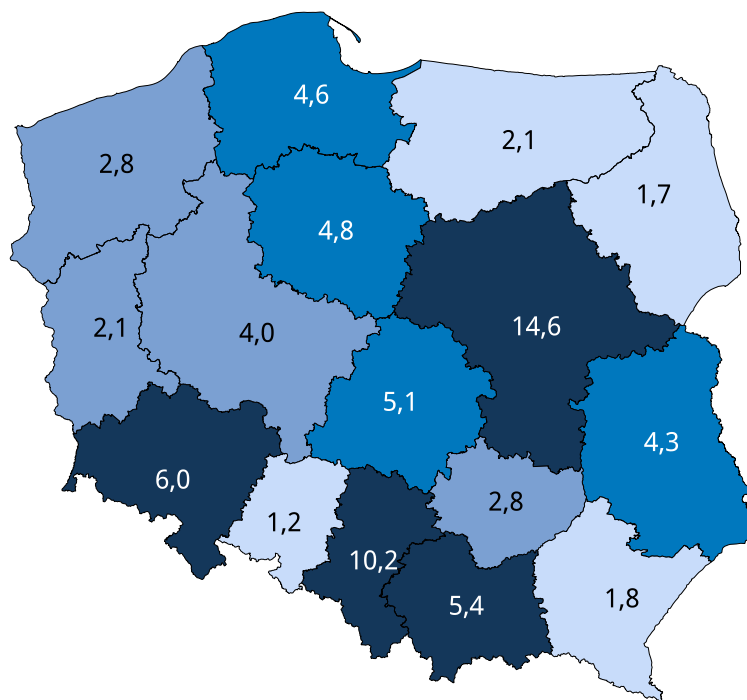
## Chorobowość rejestrowana - Przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu C

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.

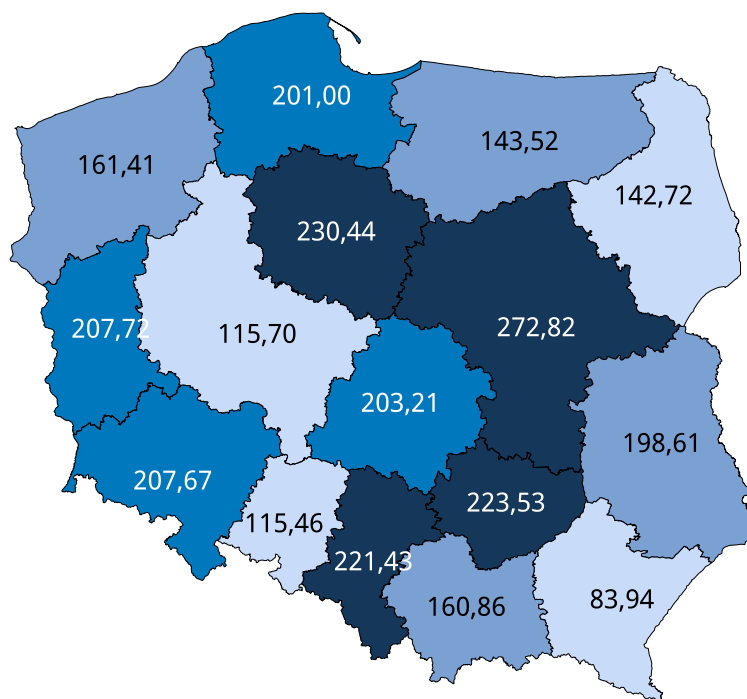


Mapa 1.7: Chorobowość rejestrowana 31.12.2014 wg zamieszkania pacjenta (w tys.)



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



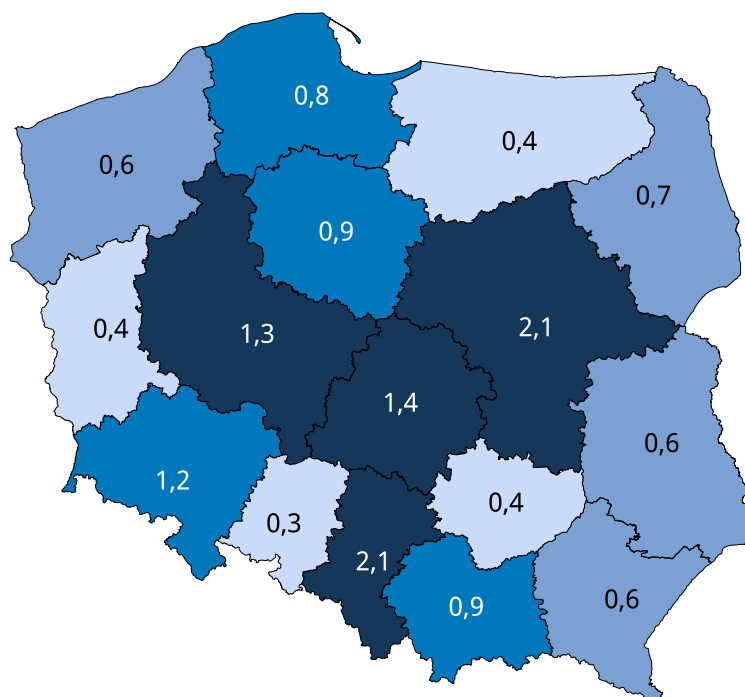
Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

## 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 pomorskim zapadalność wyniosła 0,8 tys. .

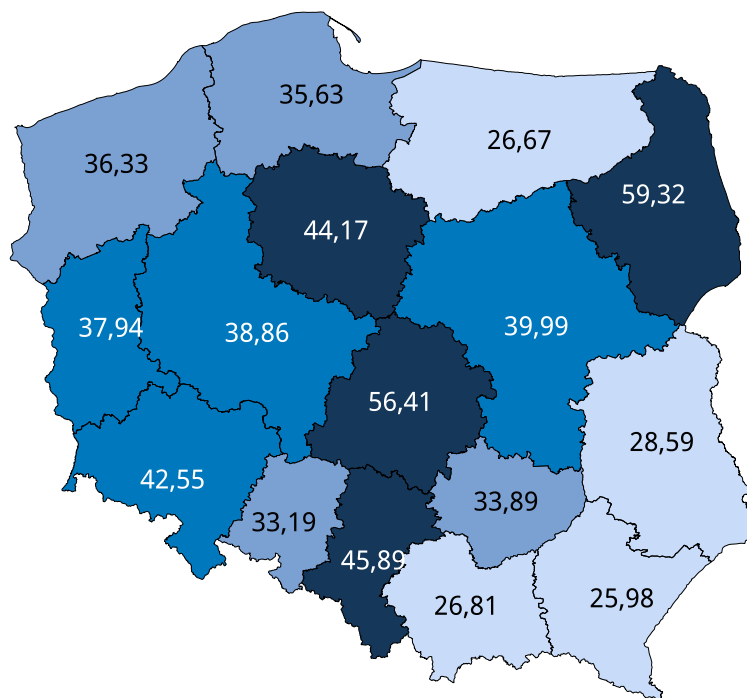
Mapa 1.9: Zapadalność rejestrowana w 2014 wg województwa zamieszkania pacjenta (w tys.)



Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

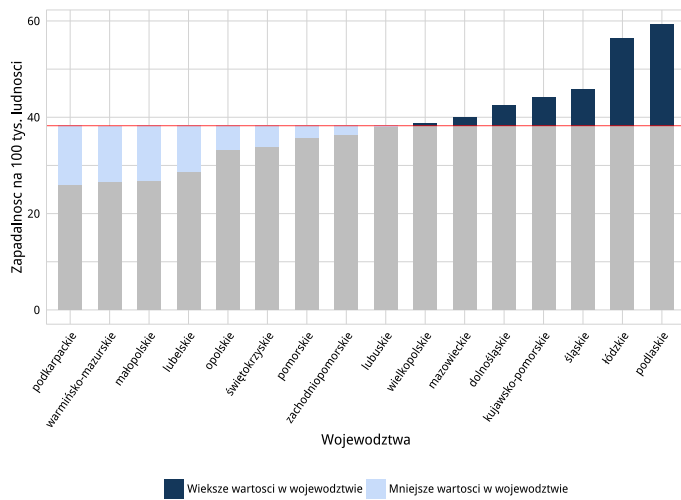
Mapa 1.10 oraz wykres 1.9 prezentują wartość wskaźników zapadalności rejestrowanej na choroby z analizowanej grupy w 2014 roku na 100 tysięcy mieszkańców w podziale na województwa. Wartość tego wskaźnika dla województwa pomorskiego wyniosła 35,6.

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



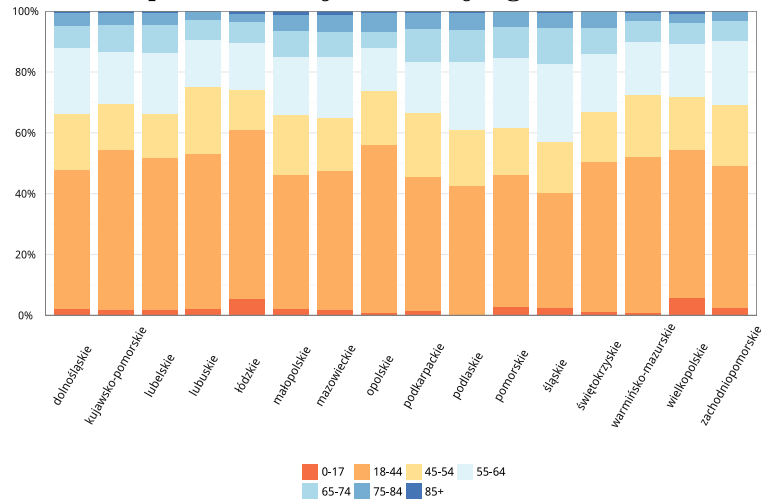
Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

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



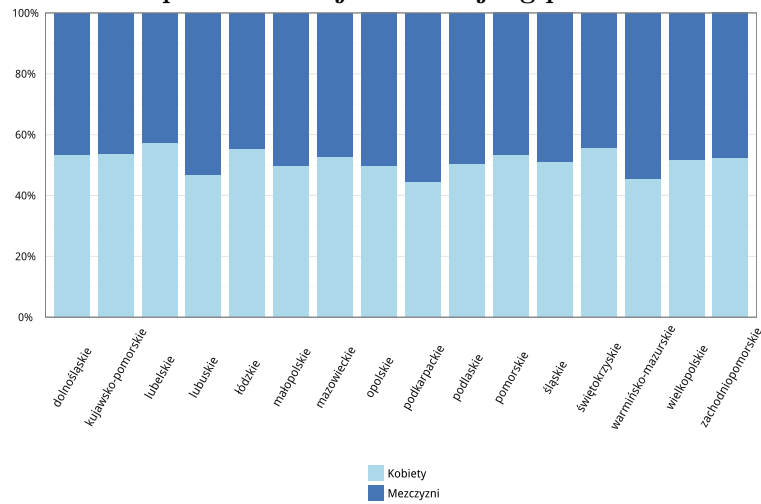
Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

Wykres 1.10: Struktura zapadalności rejestrowanej wg wieku i zamieszkania pacjenta



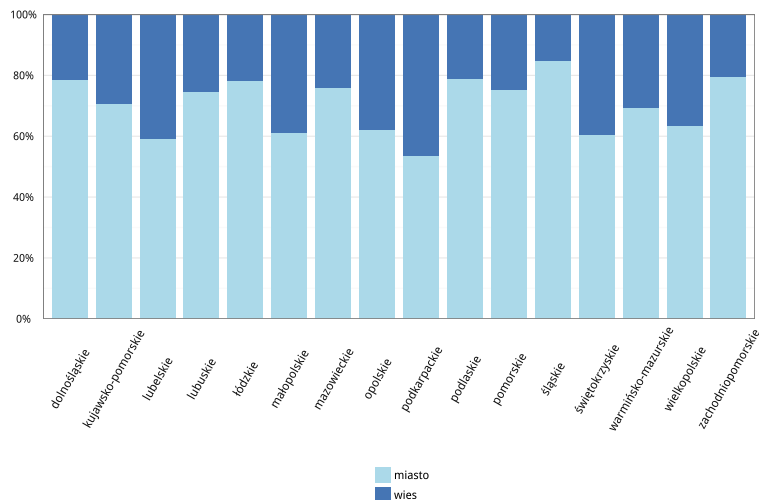
Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

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**



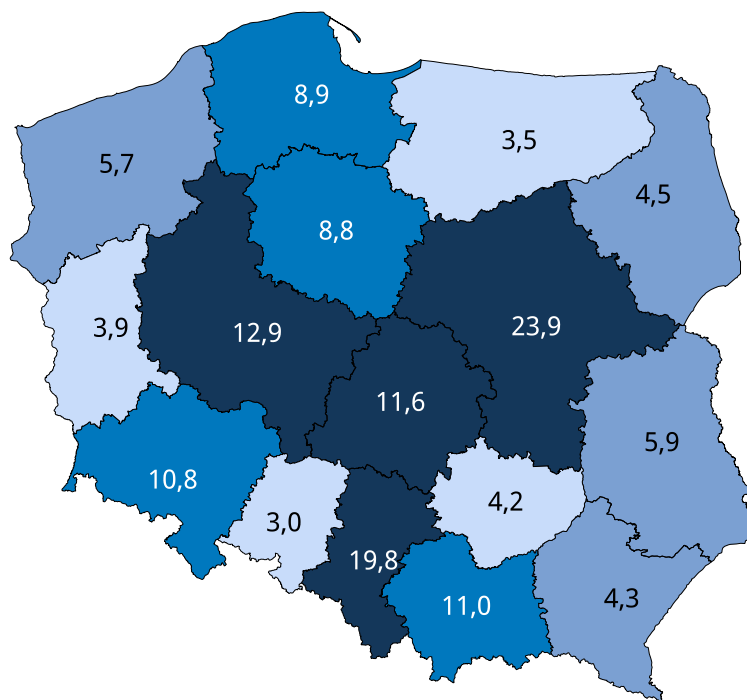
Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

## 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.

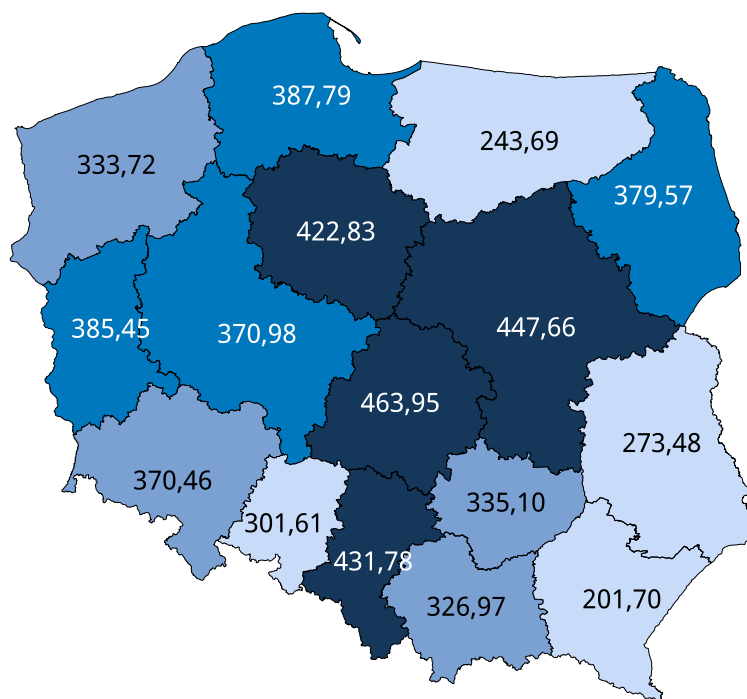
Liczbę chorych w analizowanej podgrupie w Polsce oszacowano na 142,8 tys. (w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców było to 371,3). Mapa 1.11 zawiera informacje o liczbie chorych w poszczególnych województwach, natomiast mapa 1.12 pokazuje liczbę chorych na 100 tysięcy mieszkańców w poszczególnych województwach.

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



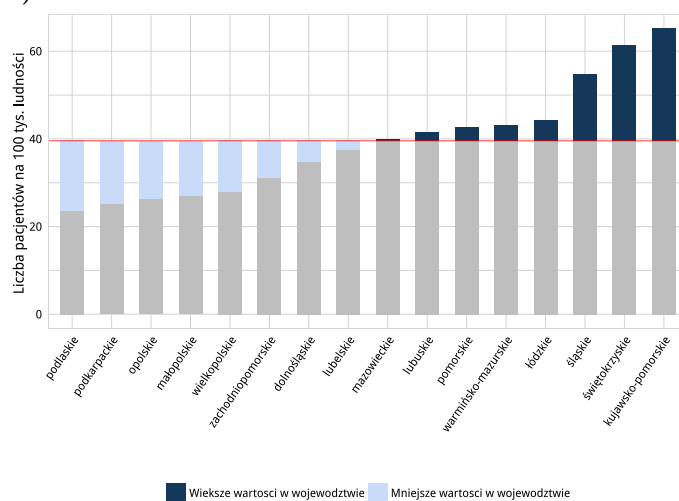
Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

### 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 rozpoznań w ciągu roku w przeliczeniu na 100 tys. ludności<sup>1</sup>. W województwie pomorskim współczynnik chorobowości szpitalnej wyniósł 42,7 pacjentów na 100 tys. ludności. Był to 6. najwyższy wynik w kraju.

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

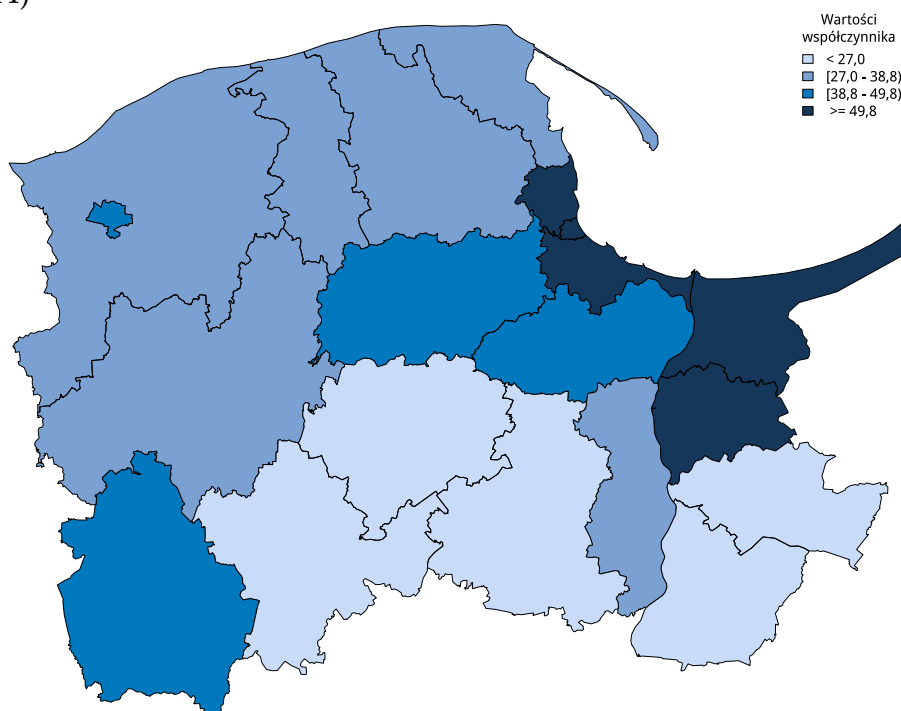


Źródło: opracowanie DAiS na podstawie danych GUS iNFZ.

W województwie pomorskim najwyższą wartością współczynnika chorobowości szpitalnej charakteryzowały się powiaty nowodworski i malborski. Współczynnik wyniósł dla nich odpowiednio 66,2 i 62,3.

<sup>1</sup>W 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.

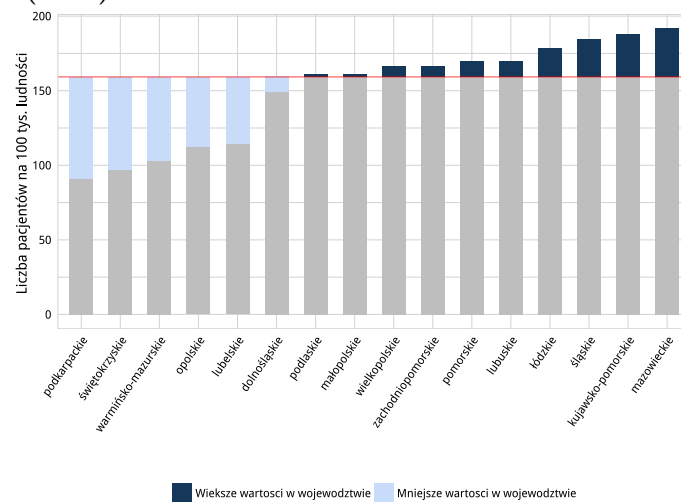
## Chorobowość ambulatoryjna

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. ludności<sup>2</sup>. W województwie pomorskim współczynnik chorobowości ambulatoryjnej wyniósł 169,3 pacjentów na 100 tys. ludności. Był to 6. najwyższy wynik w kraju.

<sup>2</sup>W 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.



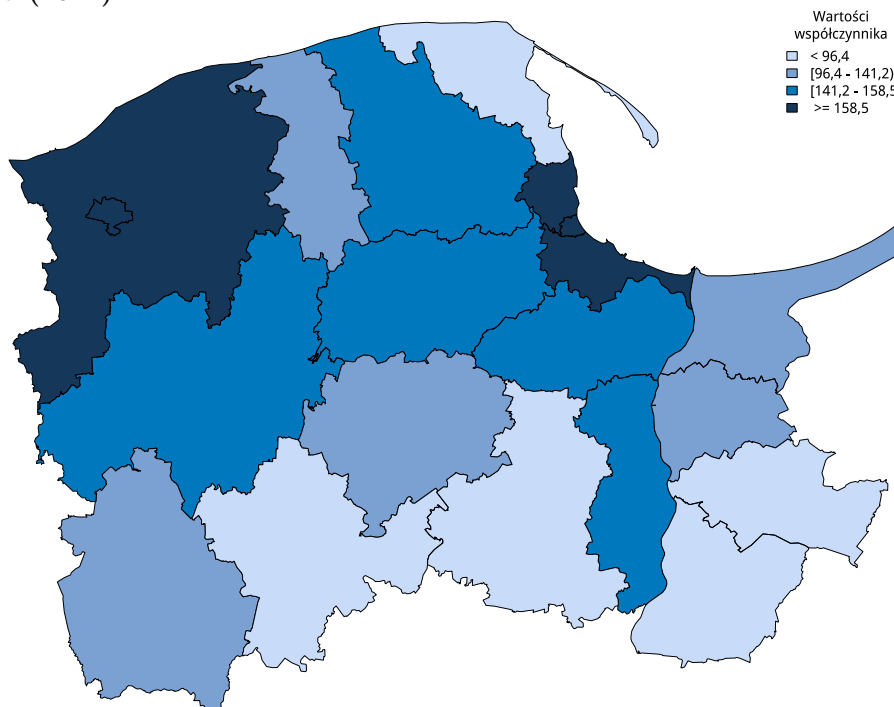
Wykres 1.14: Empiryczny współczynnik chorobowości ambulatoryjnej wg województwa zamieszkania pacjenta (2014)



Źródło: opracowanie DAiS na podstawie danych GUS iNFZ.

W województwie pomorskim najwyższą wartość współczynnika chorobowości ambulatoryjnej charakteryzowały się powiaty m. Słupsk i m. Gdańsk. Współczynnik wyniósł dla nich odpowiednio 406,6 i 243,8.

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



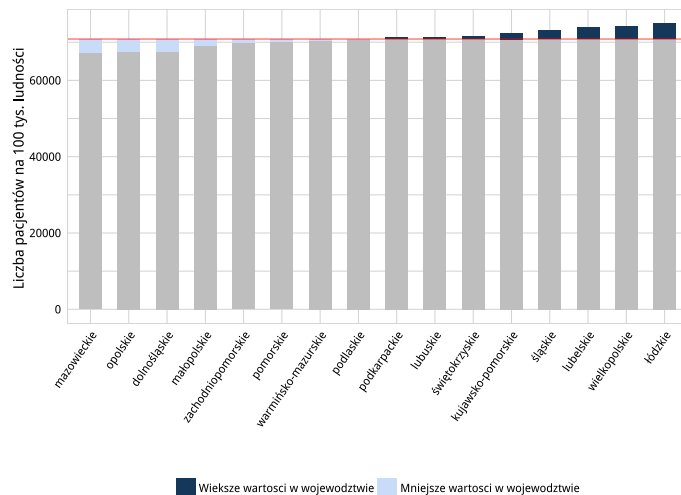
Źródło: opracowanie DAiS na podstawie danych GUS i NFZ.

## 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. ludności<sup>3</sup>. W województwie pomorskim współczynnik zgłaszalności w POZ wyniósł 70 216,8 pacjentów na 100 tys. ludności. Był to 6. najniższy wynik w kraju.

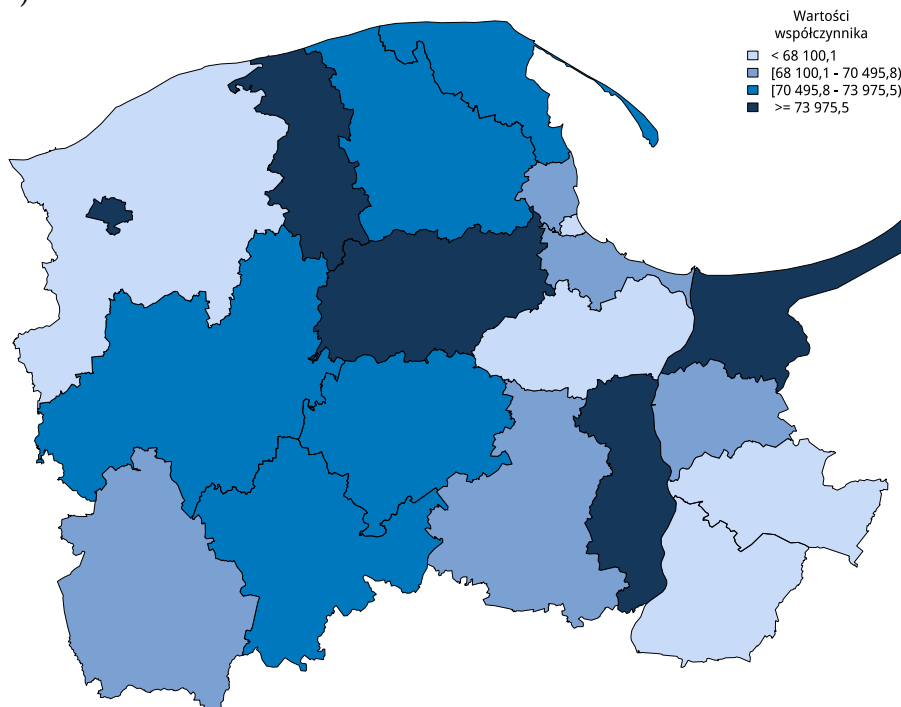
Wykres 1.15: Empiryczny współczynnik zgłaszalności w POZ wg województwa zamieszkania pacjenta (2014)



Źródło: opracowanie DAiS na podstawie danych GUS iNFZ.

W województwie pomorskim najwyższą wartością współczynnika zgłaszalności w POZ charakteryzowały się powiaty m. Słupsk i lęborski. Współczynnik wyniósł dla nich odpowiednio 75 558,4 i 75 104,1.

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



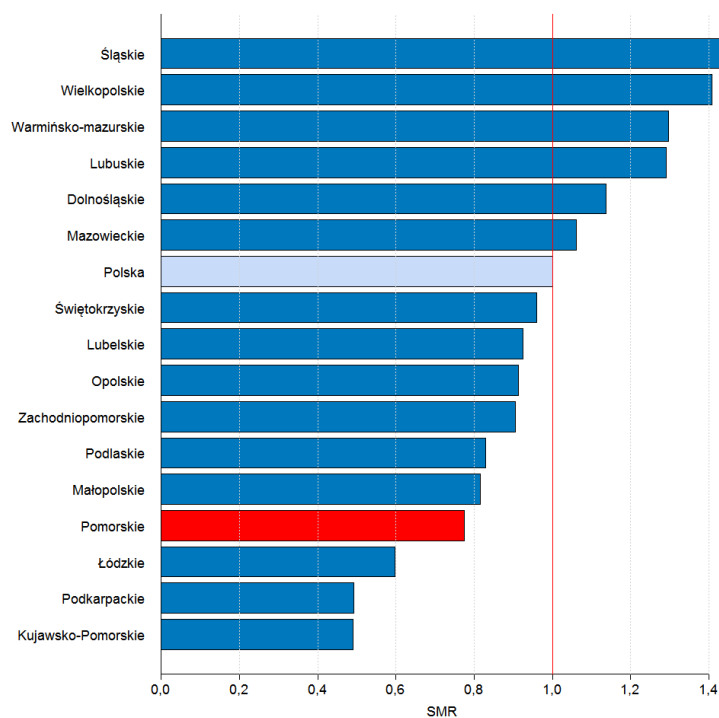
Źródło: opracowanie DAiS na podstawie danych GUS i NFZ.

<sup>3</sup>W 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.

## 1.4 Umieralność w województwie

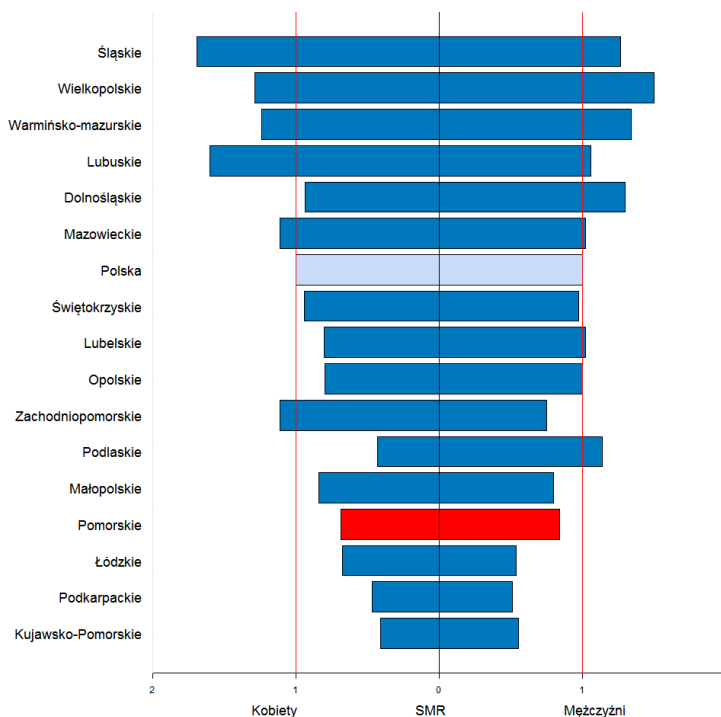
Analizowana grupa przyczyn zgonów obejmuje kody ICD-10: B15-B19. W okresie 2012-2014 w województwie pomorskim stwierdzono 37 zgonów z powodu WZW, z których 51,4% dotyczyło osób w wieku 65 lat i starszym, 62,2% zmarłych stanowili mężczyźni. Współczynnik rzeczywisty umieralności z powodu tych chorób w województwie pomorskim wynosił 0,5/100 tys. ludności i był niższy od ogólnopolskiego o 28,6%. Ta wartość współczynnika plasuje województwo na 13. miejscu w Polsce, licząc od województwa o najwyższej wartości. Poziom umieralności mężczyzn jest niższy niż w kraju (o 12,5%), podobnie jak poziom umieralności kobiet (o 33,3%). Współczynnik rzeczywisty umieralności mężczyzn plasował województwo na 11. miejscu, kobiet na 13., 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 22,6%. Wartość SMR w województwie pomorskim plasuje je na 13. miejscu w Polsce, licząc od województwa o najwyższej wartości (Wykres 1.16). Wśród mężczyzn wskaźnik SMR jest niższy o 16,0% od ogólnopolskiego, wśród kobiet jest niższy o 31,5%. Wartości wskaźników SMR wśród mężczyzn i kobiet są na miejscach odpowiednio 11. i 12., licząc od najwyższych wartości (Wykres 1.17). Przy małej liczbie zgonów w województwie prezentowane wartości powinny być interpretowane z dużą ostrożnością.

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



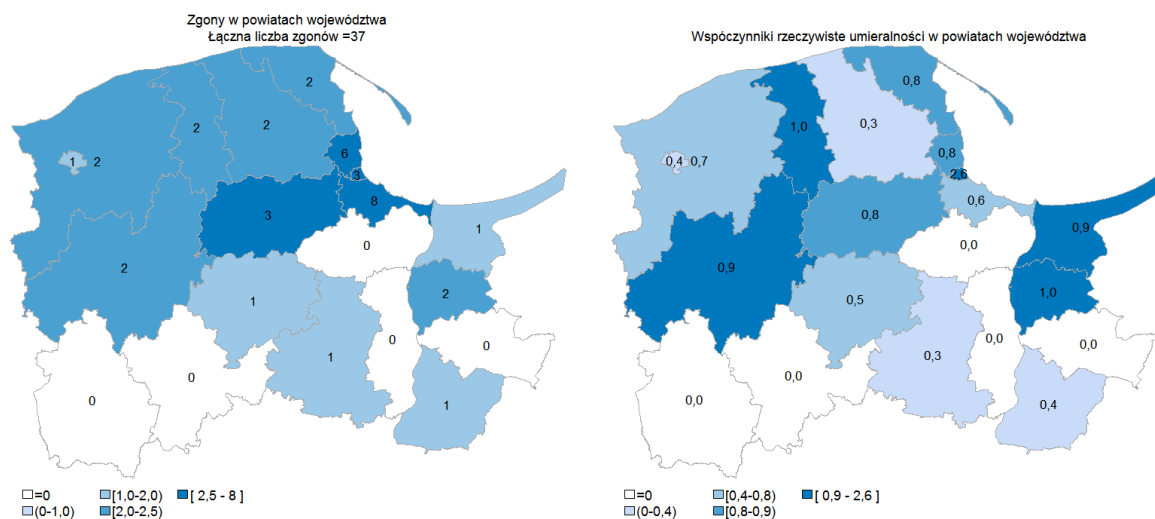
Źródło: opracowanie na podstawie danych NIZP-PZH.

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



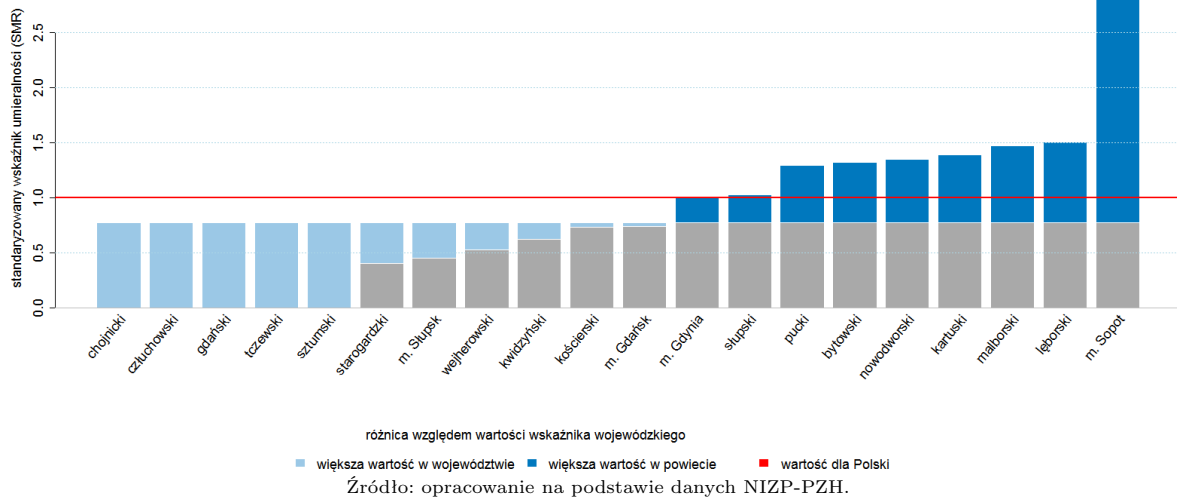
Źródło: opracowanie na podstawie danych NIZP-PZH.

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

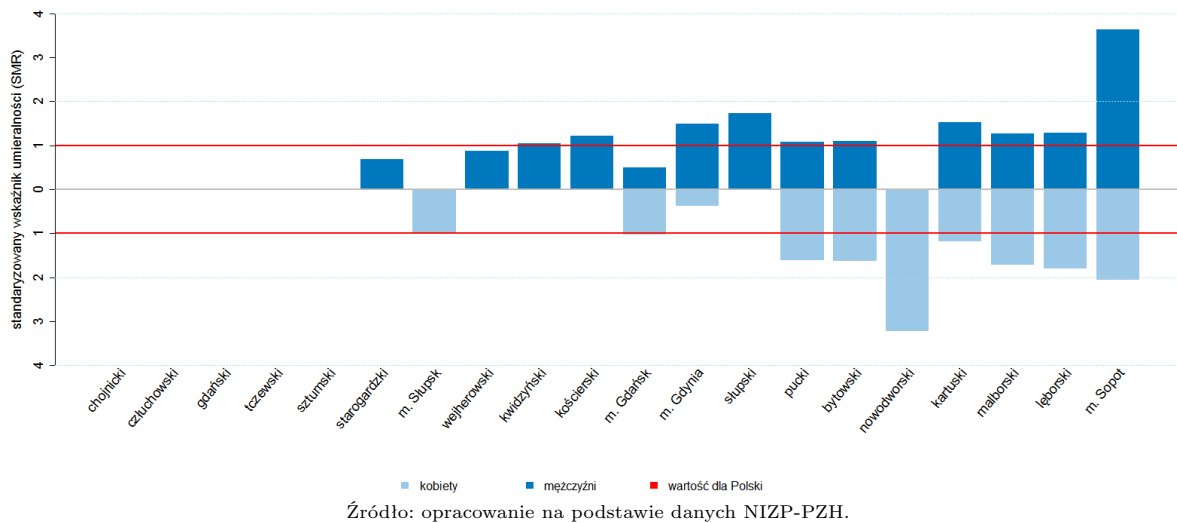


Źródło: opracowanie na podstawie danych NIZP-PZH.

Wykres 1.18: Umieralność w powiatach - standaryzowany wskaźnik umieralności ogółem



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



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 2,903. W 5 powiatach nie zaobserwowano żadnego zgonu z powodu WZW. W 9/20 powiatów województwa pomorskiego umieralność z powodu WZW jest wyższa od ogólnopolskiej. Na szczególną uwagę zasługuje sytuacja w powiecie m. Sopot, w którym wskaźnik umieralności (SMR równy 2,903) należy do 10% najwyższych w kraju.



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 sprawozdanych<sup>4</sup> 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 chorób<sup>5</sup>. 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 pomorskim 1,1 tys. hospitalizacji (w tym 3,62% hospitalizacji spoza województwa) z czego 0,01 tys. trwających jeden dzień. Stanowiło to 0,23% wszystkich hospitalizacji w województwie. Liczba hospitalizacji na 100 tys. mieszkańców wyniosła 46,75, co było 9. największą wartością wśród województw. W analizie wyróżniono kilka grup wiekowych:

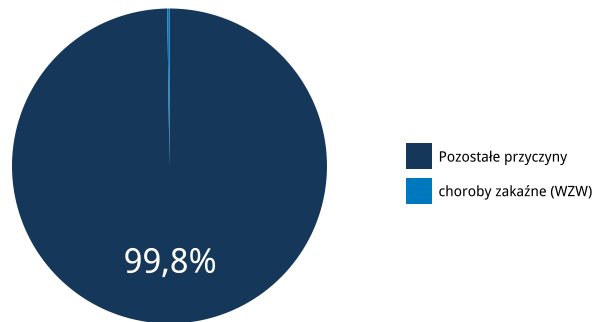
- w grupie wiekowej 0-17 liczba hospitalizacji w przeliczeniu na 100 tys. ludności wyniosła 20,75 (1. wartość wśród województw)
- w grupie wiekowej 18+ liczba hospitalizacji w przeliczeniu na 100 tys. ludności wyniosła 53,04 (9. wartość wśród województw)<sup>6</sup>

<sup>4</sup>Tj. wszystkie świadczenia wykazywane przez świadczeniodawców płatnikowi.

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

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

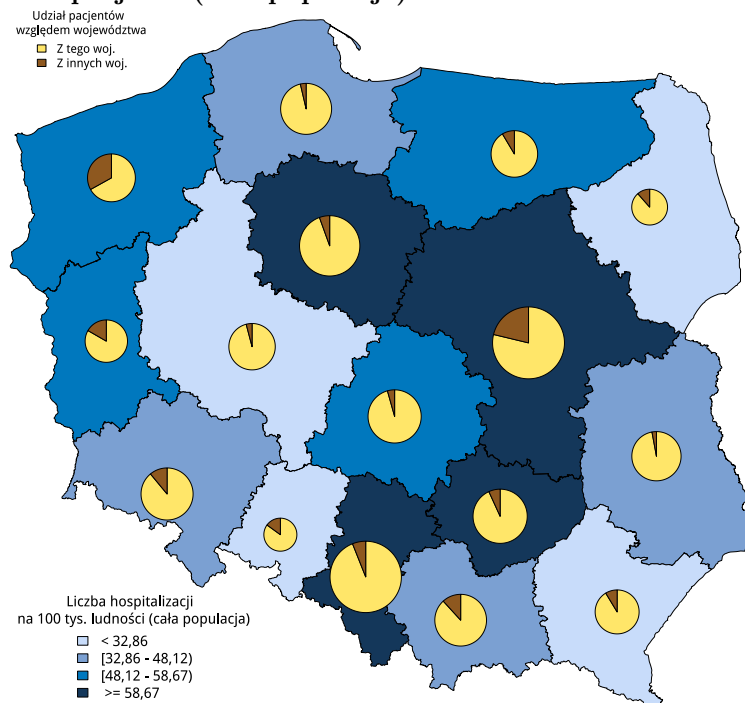
Wykres 2.1: Struktura hospitalizacji w województwie wg głównej przyczyny hospitalizacji



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.

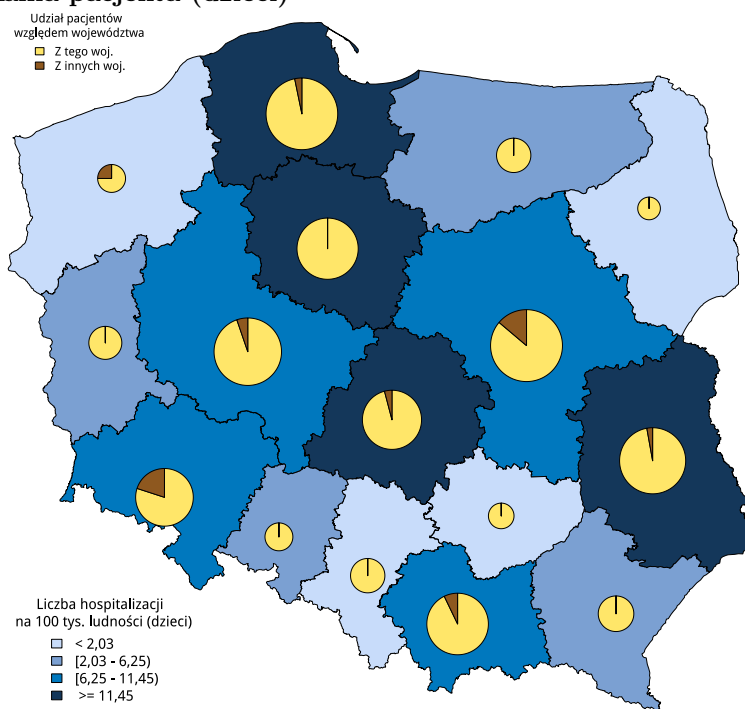
Mapa 2.1: Liczba hospitalizacji na 100 tys. ludności oraz struktura hospitalizacji względem miejsca zamieszkania pacjenta (cała populacja)



Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

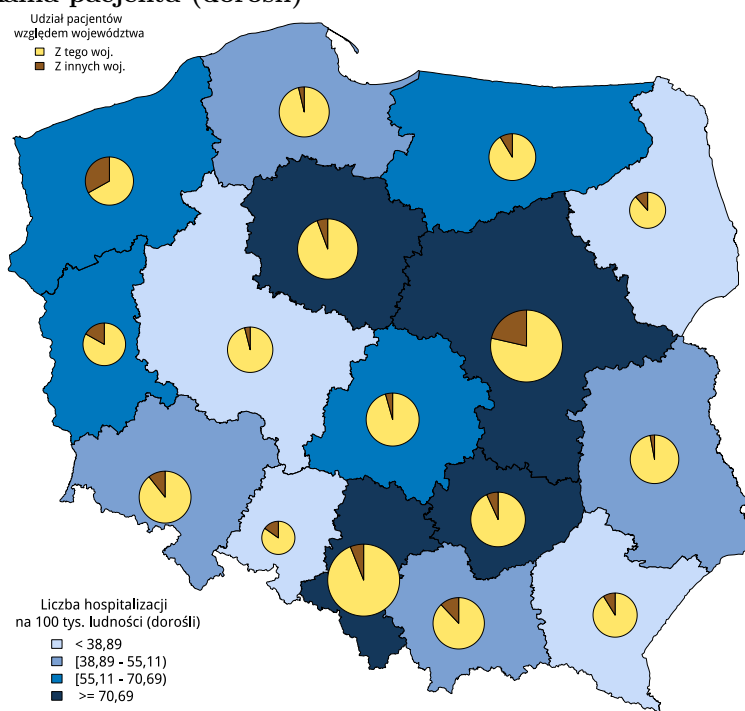


Mapa 2.2: Liczba hospitalizacji na 100 tys. ludności oraz struktura hospitalizacji względem miejsca zamieszkania pacjenta (dzieci)



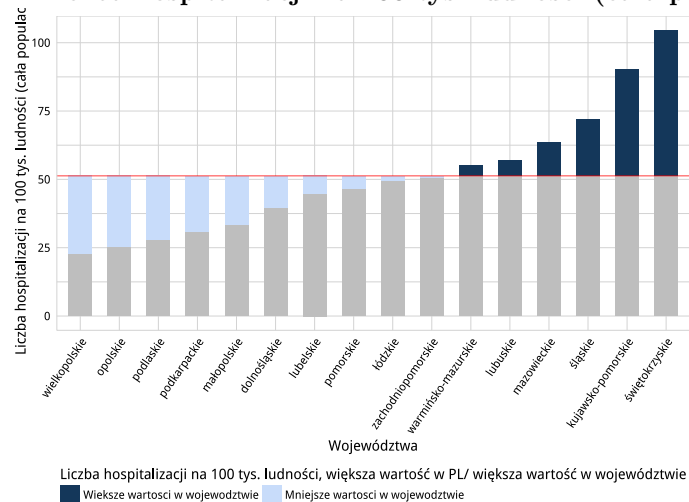
Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

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



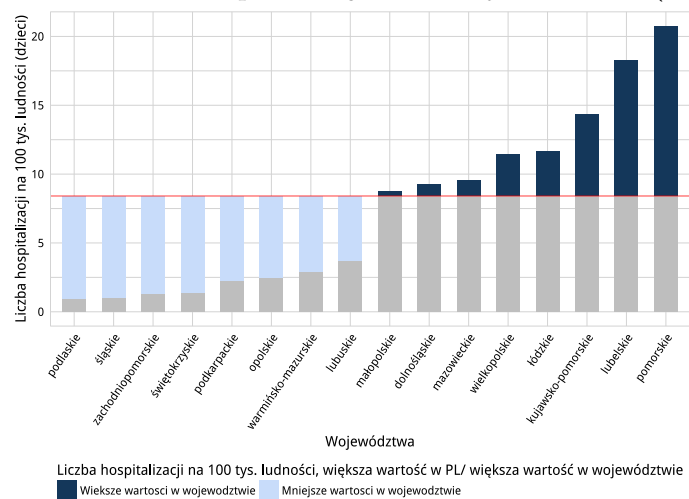
Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

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



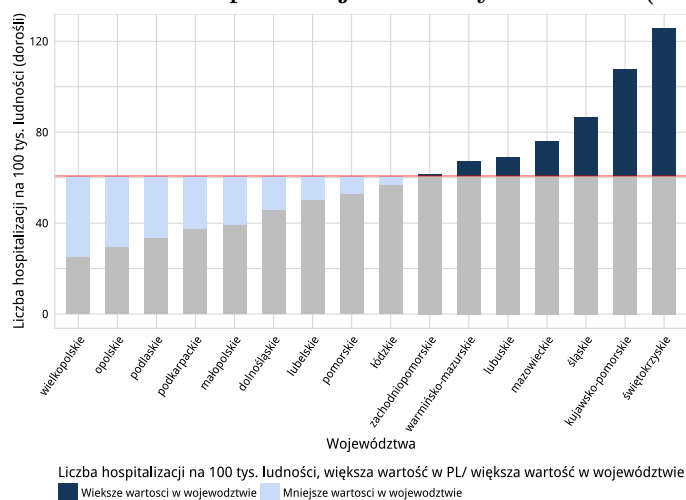
Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

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.

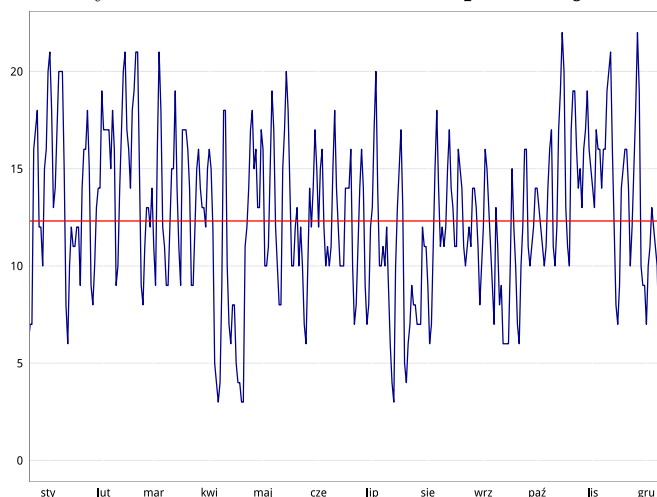
Tabela 2.3: Statystyki dotyczące liczby i struktury hospitalizacji w poszczególnych województwach w podziale na grupy wiekowe

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 pomorskim maksymalna dzienna liczba hospitalizowanych wyniosła 22, minimalna 1, natomiast średnia 12,4. 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 grupie<sup>7</sup>.

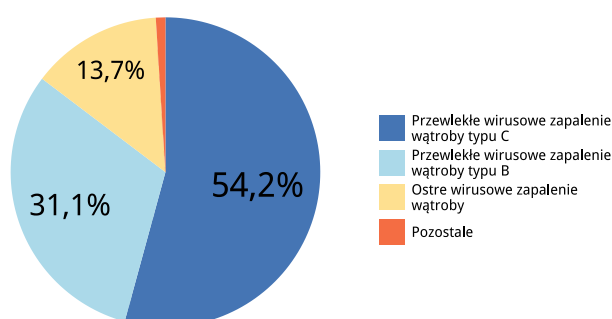
<sup>7</sup>Na potrzeby wykresu podgrupy dla których udział hospitalizacji nie przekroczył 2% względem Grupy zostały włączone do kategorii 'Pozostałe'

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 postacie 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 54,28% 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 jednodniowy)	Liczba hospitalizacji trwających 1 dzień (bez trybu jednodniowego)	Liczba hosp. w trybie jednodniowym	% hospitalizacji	skumulowany % hospitalizacji
Przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu C	449	584	2	-	54,28	54,28
Przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu B	282	335	4	-	31,13	85,41
Ostre wirusowe zapalenie wątroby	146	147	-	-	13,66	99,07
Nieokreślone wirusowe zapalenie wątroby	6	6	-	-	0,56	99,63

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	4	4	-	-	0,37	100,00

Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ.

Tabela 2.6 prezentuje szczegółowe informacje dotyczące liczby hospitalizacji w podziale na podgrupy oraz oddziały<sup>89</sup>, zaś Tabela 2.7 w podziale na podgrupy oraz zakresy świadczeń<sup>1011</sup>.

Tabela 2.6: Liczba hospitalizacji w podgrupach wg oddziałów

Podgrupa	obserwacyjno-zakaźny	leczenia aids	obserwacyjno-zakaźny dla dzieci chorób wewnętrznych	chorób zakaźnych	chorób tropikalnych	Pozostałe	
Przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu C	348	158	10	32	7	23	6
Przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu B	229	84	-	7	4	8	3
Ostre wirusowe zapalenie wątroby	17	13	84	6	23	1	3
Nieokreślone wirusowe zapalenie wątroby	1	-	-	-	-	-	5
Inne i nieokreślone postacię przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby	-	-	-	3	-	-	1
Województwo	595	255	94	48	34	32	18
Polska	6 933	255	188	628	10 393	32	1 305

Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ.

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

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

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

<sup>11</sup>Na 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	Choroby zakaźne - dziecięce - hospitalizacja	Choroby wewnętrzne - hospitalizacja	Pozostałe
Przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu C	533	10	38	3
Przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu B	322	-	11	2
Ostre wirusowe zapalenie wątroby	54	84	7	2
Nieokreślone wirusowe zapalenie wątroby	1	-	-	5
Inne i nieokreślone postaci przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby	-	-	3	1
Województwo	910	94	59	13
Polska	17 587	361	731	1 055

Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ.

Liczba świadczeniodawców w analizowanym województwie, którzy hospitalizowali co najmniej jednego pacjenta z analizowaną grupą rozpoznań wyniosła 21<sup>12</sup>. Każdy z 4 największych świadczeniodawców sprawozdał co najmniej 6 hospitalizacji. Z kolei 80% wszystkich hospitalizacji w województwie zostało wykazane u 1 świadczeniodawcy. 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
11.0001	Szpital im. Mikołaja Kopernika	m. Gdańsk
11.0002	Uniwersyteckie Centrum Kliniczne	m. Gdańsk
11.0003	Szpital Specjalistyczny im. F. Ceynowy sp. z o.o.	wejherowski
11.0004	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Janusza Korczaka	m. Słupsk
11.0005	Szpital Wojewódzkie w Gdyni sp. z o.o.	m. Gdynia
11.0006	Szpital Specjalistyczny im. J. K. Łukowicza w Chojnicach	chojnicki
11.0008	Szpital św. Wincentego A Paulo sp. z o.o.	m. Gdynia
11.0012	Szpital Tczewskie	tczewski
11.0014	7 Szpital Marynarki Wojennej z Przychodnią Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej imienia kontradmirała profesora Wiesława Łasińskiego w Gdańsku	m. Gdańsk
11.0015	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej im. dr Aleksandra Majkowskiego	kartuski
11.0016	Szpital Polski Sztum	sztumski

<sup>12</sup>Jak już stwierdzono, na tym etapie analizy nie uwzględniono świadczeń rehabilitacyjnych.

ID	Nazwa	Powiat
11.0017	Szpital im. dr Jadwigi Obodzińskiej-Król w Malborku	malborski
11.0018	”Zdrowie” sp. z o.o.	kwidzyński
11.0019	Szpital Dziecięcy Polanki im. Macieja Płażyńskiego w Gdańsku sp. z o.o.	m. Gdańsk
11.0021	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej	człuchowski
11.0022	Pomorskie Centrum Chorób Zakaźnych i Gruźlicy sp. z o.o.	m. Gdańsk
11.0023	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Powiatu Bytowskiego	bytowski
11.0024	Szpital Pucki sp. z o.o.	pucki
11.0026	Szpital Miejski w Miastku sp. z o.o.	bytowski
11.0031	Uniwersyteckie Centrum Medycyny Morskiej i Tropikalnej	m. Gdynia
11.0047	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej ”Medica” s.c.	bytowski

Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ.

Największy świadczeniodawca sprawozdał 978 hospitalizacji dla 796 pacjentów. Tym samym 90,9% 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
11.0022	0,80	0,98	0,01	-	90,9	90,9
11.0031	0,02	0,03	-	-	3,1	94,0
11.0004	0,01	0,01	-	-	0,9	94,9
11.0002	0,01	0,01	-	-	0,8	95,7
11.0001	0,01	0,01	-	-	0,6	96,3
11.0024	0,00	0,01	-	-	0,6	96,8
11.0047	0,00	0,00	-	-	0,5	97,3
11.0003	0,00	0,00	-	-	0,5	97,8
11.0006	0,00	0,00	-	-	0,4	98,1
11.0015	0,00	0,00	-	-	0,3	98,4
11.0008	0,00	0,00	-	-	0,3	98,7
11.0012	0,00	0,00	-	-	0,2	98,9
11.0026	0,00	0,00	-	-	0,2	99,1
11.0019	0,00	0,00	-	-	0,2	99,3
11.0017	0,00	0,00	-	-	0,2	99,4
11.0016	0,00	0,00	-	-	0,1	99,5
11.0014	0,00	0,00	-	-	0,1	99,6
11.0005	0,00	0,00	-	-	0,1	99,7
11.0023	0,00	0,00	-	-	0,1	99,8
11.0021	0,00	0,00	-	-	0,1	99,9

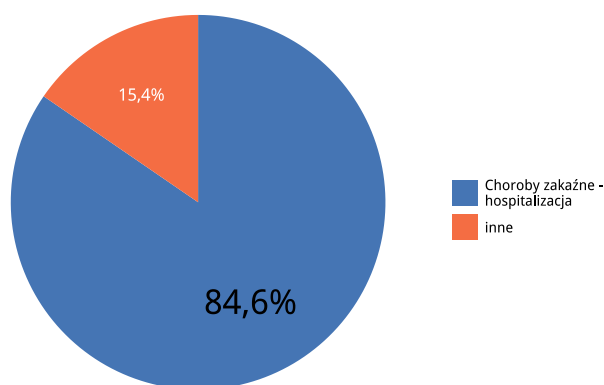


ID	Liczba pacjentów	Łączna liczba hospitalizacji (w tym tryb jednodniowy)	Liczba hospitalizacji trwających 1 dzień (bez trybu jednodniowego)	Liczba hospitalizacji jednodniowych	Procent hospitalizacji w województwie	Skumulowany procent hospitalizacji w województwie
11.0018	0,00	0,00	-	-	0,1	100,0
województwo	0,88	1,08	0,01	-	100,0	100,0

Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ.

Największą liczbą hospitalizacji w ramach analizowanej grupy charakteryzowały się oddziały: <sup>13</sup> obserwacyjno-zakaźny oraz leczenia aids. Hospitalizacje na tych dwóch oddziałach stanowiły łącznie 79,0% w analizowanej grupie. Najwięcej hospitalizacji sprawozdano w ramach zakresów o nazwach: Choroby zakaźne - hospitalizacja oraz Choroby zakaźne dziecięce - hospitalizacja. Hospitalizacje w ramach tych dwóch zakresów stanowiły łącznie 93,3% hospitalizacji w analizowanej grupie.

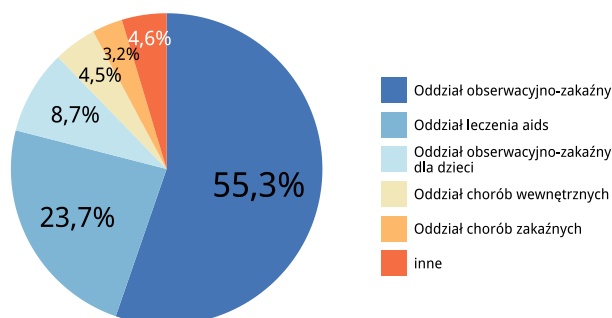
Wykres 2.7: Rozkład hospitalizacji wg zakresów



Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ.

<sup>13</sup>Przez 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 2.8: Rozkład hospitalizacji wg oddziałów



Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ.

Tabela 2.10: Liczba hospitalizacji na oddziałach wg zakresów

Oddział - zakres	Choroby wewnętrzne - hospitalizacja	Choroby zakaźne - hospitalizacja	Choroby zakaźne dziecięce - hospitalizacja	Pozostałe
chorób wewnętrznych	48	-	-	-
chorób zakaźnych	-	34	-	-
leczenia aids	-	255	-	-
obserwacyjno-zakaźny	-	595	-	-
obserwacyjno-zakaźny dla dzieci	-	-	94	-
Pozostałe	11	26	-	13

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
11.0022	14,0	32,4	53,5	-	0,1
11.0031	3,0	24,2	72,7	-	-
11.0004	-	30,0	70,0	-	-
11.0002	22,2	11,1	55,6	11,1	-
11.0001	-	33,3	33,3	16,7	16,7
11.0024	16,7	-	66,7	-	16,7
11.0047	-	40,0	60,0	-	-
11.0003	40,0	-	60,0	-	-
11.0006	-	-	75,0	25,0	-
11.0015	33,3	-	33,3	33,3	-
11.0008	33,3	33,3	33,3	-	-
11.0012	-	-	50,0	-	50,0
11.0026	-	-	100,0	-	-
11.0019	-	-	-	-	100,0
11.0017	50,0	-	50,0	-	-
11.0016	-	100,0	-	-	-
11.0014	-	-	100,0	-	-
11.0005	-	-	100,0	-	-
11.0023	-	-	100,0	-	-
11.0021	-	-	100,0	-	-
11.0018	100,0	-	-	-	-

Źródło: Opracowanie DAIŚ na podstawie danych NFZ.

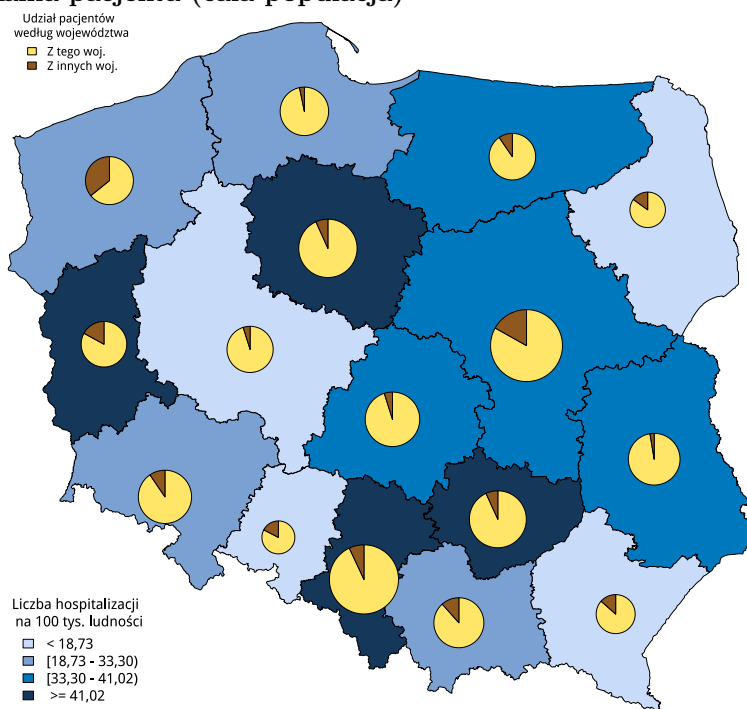
### 2.1.1 Przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu C

W 2014 roku w województwie pomorskim odnotowano 584 hospitalizacji z powodu rozpoznań, zakwalifikowanych jako Przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu C (dalej: podgrupa)<sup>14</sup>, co stanowiło 54,28% wszystkich hospitalizacji z powodu rozpoznań, które przeanalizowano w niniejszym dokumencie. Liczba hospitalizacji na 100 tys. mieszkańców wyniosła 25,37 i była to 6. najmniejsza wartość wśród województw. W analizie wyróżniono kilka grup wiekowych:

- w grupie wiekowej 0-17 liczba hospitalizacji w przeliczeniu na 100 tys. ludności wyniosła 1,78 (6. największa wartość wśród województw)
- w grupie wiekowej 18+ liczba hospitalizacji w przeliczeniu na 100 tys. ludności wyniosła 31,08 (11. największa wartość wśród województw)

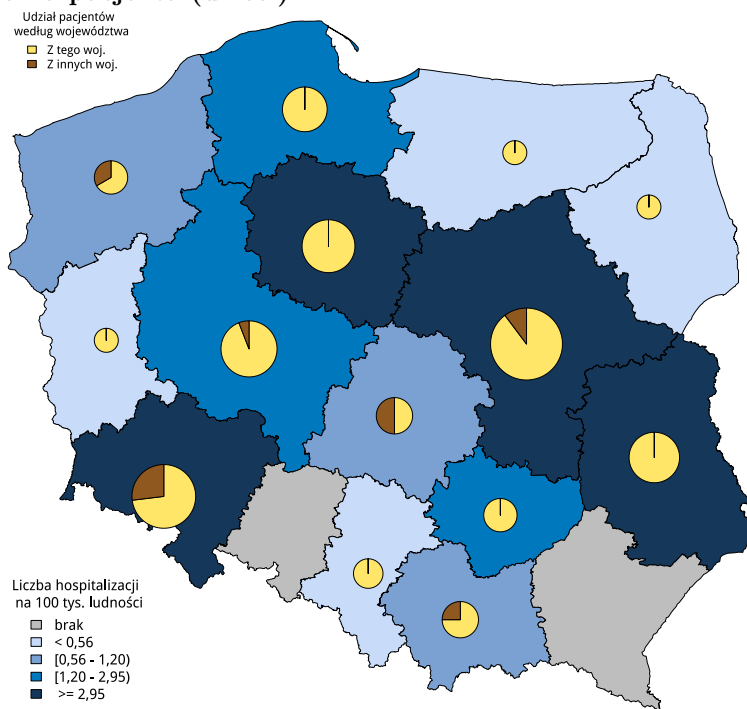
<sup>14</sup>W analizowanej podgrupie zostały uwzględnione następujące rozpoznania wg Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD10: B18.2.

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



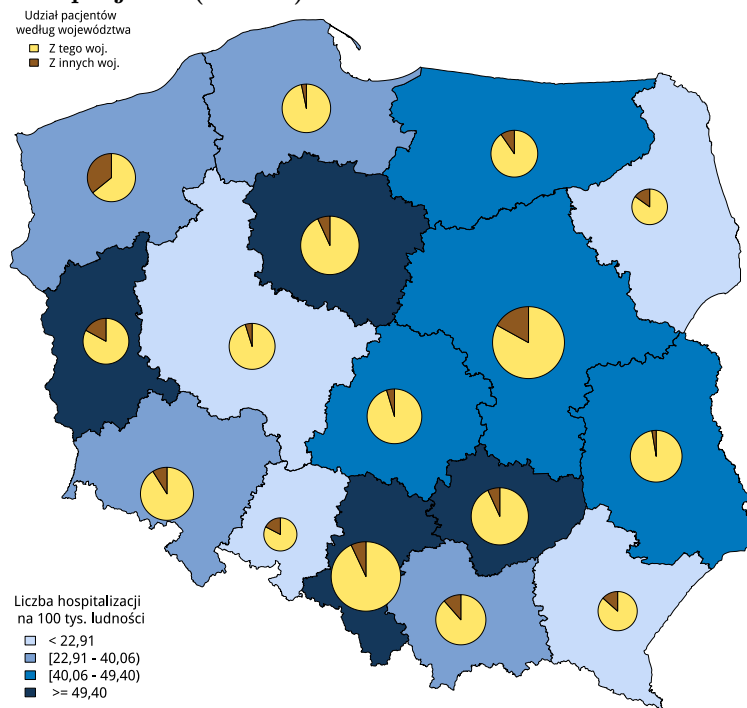
Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

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



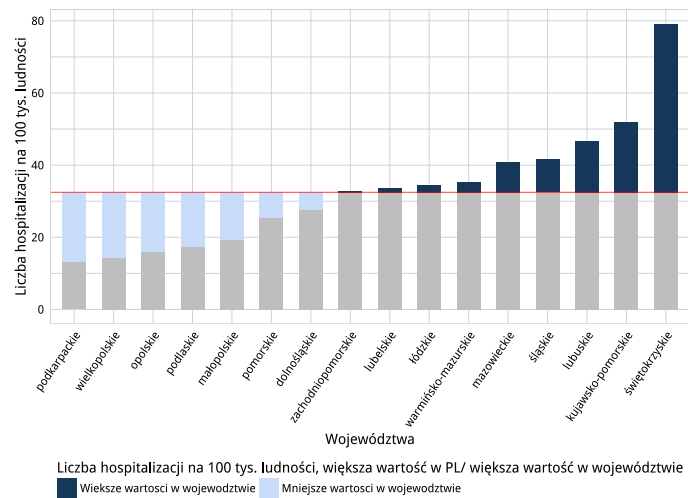
Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

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



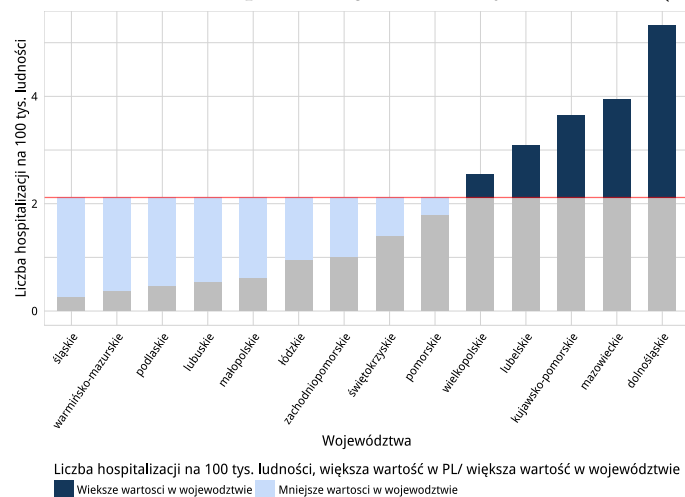
Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

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



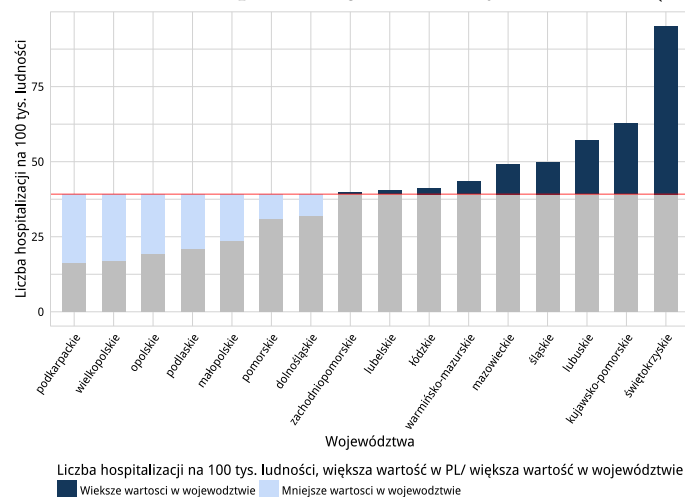
Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

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 pomorskim którzy hospitalizowali przynajmniej jednego pacjenta z analizowaną przyczyną wyniosła 18. Z kolei 80% wszystkich hospitalizacji w województwie z powodu rozpoznanych wchodzących w skład analizowanej podgrupy zostało wykazane przez 1 świadczeniodawców. Największy świadczeniodawca sprawozdał 523 hospitalizacji dla 402 pacjentów. Tym samym 89,6% 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 jednodniowy)	Liczba hospitalizacji trwających 1 dzień (bez trybu jednodniowego)	Liczba hospitalizacji jednodniowych	Procent hospitalizacji w województwie	Skumulowany procent hospitalizacji w województwie
11.0022	402	523	2	-	89,6	89,6
11.0031	16	24	-	-	4,1	93,7
11.0004	7	7	-	-	1,2	94,9
11.0002	5	5	-	-	0,9	95,7
11.0024	3	4	-	-	0,7	96,4
11.0006	3	3	-	-	0,5	96,9
11.0047	3	3	-	-	0,5	97,4
11.0003	3	3	-	-	0,5	97,9
11.0001	2	2	-	-	0,3	98,3
11.0026	2	2	-	-	0,3	98,6
11.0014	1	1	-	-	0,2	98,8
11.0005	1	1	-	-	0,2	99,0
11.0023	1	1	-	-	0,2	99,1
11.0021	1	1	-	-	0,2	99,3
11.0008	1	1	-	-	0,2	99,5
11.0015	1	1	-	-	0,2	99,7
11.0017	1	1	-	-	0,2	99,8
11.0012	1	1	-	-	0,2	100,0
województwo	449	584	-	-	100,0	100,0

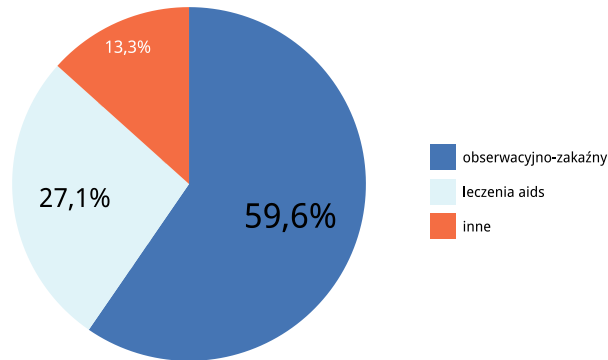
Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ.

Przeprowadzono analizę mającą na celu odpowiedź na pytanie na jakich oddziałach<sup>15</sup> 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 leczenia aids. Hospitalizacje na tych dwóch oddziałach stanowiły łącznie 86,6% 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 97,8% .

<sup>15</sup>Przez 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))

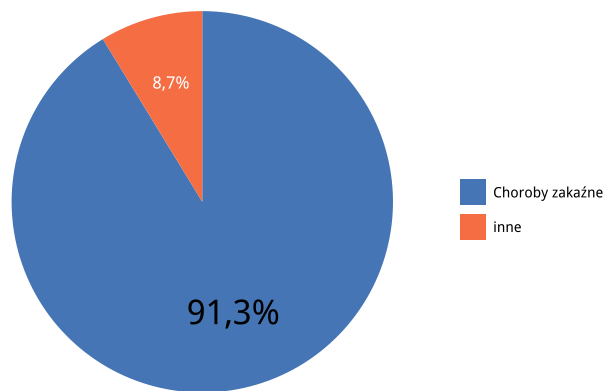


Wykres 2.12: Rozkład hospitalizacji wg oddziałów



Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ.

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	leczenia aids	Pozostałe	Suma
11.0022	0,35	0,16	0,02	0,52
11.0031	-	-	0,02	0,02
11.0004	-	-	0,01	0,01
11.0002	-	-	0,00	0,00

ID	obserwacyjno- zakazny	leczenia aids	Pozostale	Suma
11.0024	-	-	0,00	0,00
11.0003	-	-	0,00	0,00
11.0006	-	-	0,00	0,00
11.0047	-	-	0,00	0,00
11.0001	-	-	0,00	0,00
11.0026	-	-	0,00	0,00
11.0005	-	-	0,00	0,00
11.0008	-	-	0,00	0,00
11.0012	-	-	0,00	0,00
11.0014	-	-	0,00	0,00
11.0015	-	-	0,00	0,00
11.0017	-	-	0,00	0,00
11.0021	-	-	0,00	0,00
11.0023	-	-	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	Pozostale	Suma
11.0022	0,51	0,01	0,52
11.0031	0,02	0,00	0,02
11.0004	-	0,01	0,01
11.0002	-	0,00	0,00
11.0024	-	0,00	0,00
11.0003	-	0,00	0,00
11.0006	-	0,00	0,00
11.0047	-	0,00	0,00
11.0001	-	0,00	0,00
11.0026	-	0,00	0,00
11.0005	-	0,00	0,00
11.0008	-	0,00	0,00
11.0012	-	0,00	0,00
11.0014	-	0,00	0,00
11.0015	-	0,00	0,00
11.0017	-	0,00	0,00
11.0021	-	0,00	0,00
11.0023	-	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 pomorskim odnotowano 8,7% hospitalizacji zabiegowych, natomiast żadnych hospitalizacji specjalistycznych zabiegowych<sup>16</sup>. Odnotowano 91,3% hospitalizacji zachowawczych, natomiast żadnych hospitalizacji specjalistycznych zachowawczych<sup>17</sup>.

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
11.0022	523	-	100,0	9,6	90,4	-	-
11.0031	24	-	100,0	-	100,0	-	-
11.0004	7	-	100,0	-	100,0	-	-
11.0002	5	-	100,0	-	100,0	-	-
11.0024	4	-	100,0	-	100,0	-	-
11.0003	3	-	100,0	-	100,0	-	-
11.0006	3	-	100,0	33,3	66,7	-	-
11.0047	3	-	100,0	-	100,0	-	-
11.0001	2	-	100,0	-	100,0	-	-
11.0026	2	-	100,0	-	100,0	-	-
11.0005	1	-	100,0	-	100,0	-	-
11.0008	1	-	100,0	-	100,0	-	-
11.0012	1	-	100,0	-	100,0	-	-
11.0014	1	-	100,0	-	100,0	-	-
11.0015	1	-	100,0	-	100,0	-	-
11.0017	1	-	100,0	-	100,0	-	-
11.0021	1	-	100,0	-	100,0	-	-
11.0023	1	-	100,0	-	100,0	-	-
Woj.	584	-	100,0	8,7	91,3	-	-
Polska	12 485	2,4	97,6	7,1	92,9	-	-

Źródło: opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ.

W województwie pomorskim odsetek pacjentów przyjętych w czasie<sup>18</sup>, w którym w Polsce przyjęto połowę z nich wyniósł 43,8%. 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 94,3%. Liczba świadczeniodawców, dla których odnotowano wyższy niż w Polsce odsetek przyjęć w trybie nagłym wyniosła 14 (93,3%).

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).

<sup>16</sup>Tj. takie, których sprawozdanie nie było możliwe w zakresie chirurgia ogólna.

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

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

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
11.0022	99,4	0,4	0,2	22	50,0
11.0031	12,5	87,5	-	24	42,9
11.0004	100,0	-	-	-	-
11.0002	60,0	40,0	-	34	50,0
11.0024	100,0	-	-	-	-
11.0003	66,7	33,3	-	5	100,0
11.0006	100,0	-	-	-	-
11.0047	-	100,0	-	39	-
11.0001	100,0	-	-	-	-
11.0026	-	100,0	-	10	100,0
11.0005	100,0	-	-	-	-
11.0008	100,0	-	-	-	-
11.0012	100,0	-	-	-	-
11.0014	-	100,0	-	36	-
11.0015	100,0	-	-	-	-
11.0017	100,0	-	-	-	-
11.0021	100,0	-	-	-	-
11.0023	100,0	-	-	-	-
Woj.	94,3	5,5	0,2	24	43,8
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. (74,5% 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	G17	G14	G18B	F04	H87D	H87	Pozostałe	Liczba hospitalizacji JGP (w tys.)
11.0022	76,1	12,4	8,4	1,7	1,1	-	0,2	-	0,52
11.0031	95,8	4,2	-	-	-	-	-	-	0,02
11.0004	57,1	42,9	-	-	-	-	-	-	0,01
11.0002	20,0	80,0	-	-	-	-	-	-	0,00
11.0024	50,0	50,0	-	-	-	-	-	-	0,00
11.0003	33,3	66,7	-	-	-	-	-	-	0,00
11.0006	33,3	33,3	33,3	-	-	-	-	-	0,00

ID	G18A	G17	G14	G18B	F04	H87D	H87	Pozostałe	Liczba hospitalizacji JGP (w tys.)
11.0047	-	-	-	-	-	100,0	-	-	0,00
11.0001	50,0	50,0	-	-	-	-	-	-	0,00
11.0026	100,0	-	-	-	-	-	-	-	0,00
11.0005	-	100,0	-	-	-	-	-	-	0,00
11.0008	-	100,0	-	-	-	-	-	-	0,00
11.0012	100,0	-	-	-	-	-	-	-	0,00
11.0014	-	100,0	-	-	-	-	-	-	0,00
11.0015	-	100,0	-	-	-	-	-	-	0,00
11.0017	-	100,0	-	-	-	-	-	-	0,00
11.0021	100,0	-	-	-	-	-	-	-	0,00
11.0023	-	100,0	-	-	-	-	-	-	0,00
Województwo	74,5	14,6	7,7	1,5	1,0	0,5	0,2	-	0,58
Polska	77,9	13,7	5,1	1,1	0,3	0,1	0,0	1,8	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.
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
H87D CHOROBY ZAPALNE STAWÓW I TKANKI ŁĄCZNEJ > 3 DNI
H87 CHOROBY ZAPALNE STAWÓW I TKANKI ŁĄCZNEJ

Źródło: opracowanie DAiS.

W województwie pomorskim 2,4% hospitalizacji zostało sprawozdanych jako hospitalizacje stanowiące zakończenie leczenia<sup>19</sup>, natomiast 96,9% hospitalizacji zakończyło się jako skierowanie do dalszej opieki.<sup>20</sup>

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

<sup>20</sup>Należy 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.

Tabela 2.21: Informacje o trybach wypisu ze szpitala

ID	skierowanie do dalszej opieki [%]	skierowanie do innego szpitala [%]	zakończenie leczenia [%]	zgony [%]
11.0022	97,9	0,2	1,9	-
11.0031	95,8	-	4,2	-
11.0004	57,1	-	28,6	14,3
11.0002	100,0	-	-	-
11.0024	100,0	-	-	-
11.0003	66,7	33,3	-	-
11.0006	100,0	-	-	-
11.0047	100,0	-	-	-
11.0001	100,0	-	-	-
11.0026	100,0	-	-	-
11.0005	100,0	-	-	-
11.0008	100,0	-	-	-
11.0012	100,0	-	-	-
11.0014	100,0	-	-	-
11.0015	100,0	-	-	-
11.0017	-	-	100,0	-
11.0021	100,0	-	-	-
11.0023	-	100,0	-	-
Województwo	96,9	0,5	2,4	0,2
Polska	68,2	0,5	30,9	0,4

Źródło: opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ.

W województwie pomorskim odsetek hospitalizacji, po których nastąpiła ponowna hospitalizacja w ciągu 30 dni w tym samym szpitalu (niezależnie od rozpoznania) wyniósł 4,3% (12. najwyższa wartość wśród województw). Odsetek hospitalizacji, po których nastąpiła ponowna hospitalizacja z rozpoznaniem wchodzącym w skład analizowanej grupy<sup>21</sup> w ciągu 30 dni wyniósł 2,7% (13. najwyższa wartość wśród województw). Tabela 2.22 prezentuje informacje nt. ponownych hospitalizacji dla poszczególnych szpitali.

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
11.0022	0,2	2,5	3,6
11.0031	-	-	-
11.0004	-	-	42,9
11.0002	20,0	-	20,0

<sup>21</sup>Pod pojęciem grupy rozumie się wszystkie rozpoznania ICD10 znajdujące się w tabeli 2.1.

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
11.0024	-	50,0	25,0
11.0003	-	-	-
11.0006	-	-	-
11.0047	-	-	-
11.0001	-	-	-
11.0026	-	-	-
11.0005	-	-	100,0
11.0008	-	-	-
11.0012	-	-	-
11.0014	-	-	-
11.0015	-	100,0	-
11.0017	-	-	-
11.0021	-	-	-
11.0023	-	-	-
Woj.	0,3	2,7	4,3
Polska	0,4	5,3	6,6

Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ.

Porównanie ponownych hospitalizacji<sup>22</sup> w ciągu 30 dni ze średnim czasem pobytu wskazuje, że 3 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 3 świadczeniodawców cechowało się wyższymi wartościami analizowanych zmiennych niż wartości w województwie (długie pobyty z jednocześnie wysokim współczynnikiem ponownych hospitalizacji w ciągu 30 dni)<sup>23</sup>.

Tabela 2.23: Statystyki dotyczące czasu pobytu

ID	ALOS (przeciętna długość pobytu)	MLOS (mediana czasu pobytu)	ALOS standaryzowany metodą bezpośrednią
11.0022	3,7	2,0	3,7
11.0031	3,5	3,0	4,0
11.0004	7,9	4,0	5,4
11.0002	8,8	7,0	6,9
11.0024	6,0	6,5	4,9
11.0003	6,7	6,0	4,3
11.0006	7,7	4,0	4,0

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

<sup>23</sup>Wnioskowanie 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
11.0047	5,7	5,0	4,4
11.0001	5,0	5,0	3,8
11.0026	2,0	2,0	3,6
11.0005	14,0	14,0	4,1
11.0008	7,0	7,0	4,4
11.0012	8,0	8,0	4,8
11.0014	8,0	8,0	4,2
11.0015	11,0	11,0	4,7
11.0017	6,0	6,0	4,4
11.0021	2,0	2,0	3,8
11.0023	8,0	8,0	4,1
Woj.	3,9	2,0	3,9
Polska	4,0	2,0	4,0

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 2.24 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) <sup>24</sup> 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) <sup>25</sup> 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) <sup>26</sup> oraz Thygesen (2011)<sup>27</sup>.

<sup>24</sup>Charlson, 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.

<sup>25</sup>Quan, 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.

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

<sup>27</sup>Thygesen, 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.



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.<sup>28</sup>

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
11.0022	50,87	13,18	1,00	50,29	93,98	4,85	1,17
11.0031	44,21	31,25	6,25	62,50	95,83	4,17	-
11.0004	63,86	42,86	14,29	28,57	85,71	-	14,29
11.0002	59,00	40,00	-	-	80,00	20,00	-
11.0024	59,50	66,67	-	-	100,00	-	-
11.0006	63,67	66,67	33,33	66,67	100,00	-	-
11.0047	54,33	33,33	-	100,00	100,00	-	-
11.0003	60,33	33,33	-	-	33,33	66,67	-
11.0001	60,50	50,00	50,00	50,00	50,00	50,00	-
11.0026	64,00	50,00	-	-	100,00	-	-
11.0014	65,00	100,00	-	100,00	-	100,00	-
11.0005	76,00	100,00	-	-	-	100,00	-
11.0023	72,00	100,00	-	-	100,00	-	-
11.0021	51,00	-	-	100,00	100,00	-	-
11.0008	62,00	-	-	100,00	100,00	-	-
11.0015	54,00	-	-	-	100,00	-	-
11.0017	41,00	-	-	-	100,00	-	-
11.0012	39,00	-	-	-	-	100,00	-
Woj.	51,18	16,04	1,78	49,49	93,06	5,73	1,22
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 jednego świadczeniodawcy odnotowano znaczny (tj. powyżej 20%) udział pacjentów spoza województwa. Najwyższy udział wyniósł 33,3%. Informacje w tym zakresie prezentuje Tabela 2.25.

<sup>28</sup>Interpretacja 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 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). Analogiczne myśleć należy o pacjentach z dodatnimi wartościami współczynnika.

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
11.0022	3,4	66,0	30,6
11.0031	-	41,7	58,3
11.0004	-	42,9	57,1
11.0002	-	60,0	40,0
11.0024	-	-	100,0
11.0006	-	-	100,0
11.0047	33,3	-	66,7
11.0003	-	-	100,0
11.0001	-	50,0	50,0
11.0026	-	-	100,0
11.0014	-	-	100,0
11.0005	-	-	100,0
11.0023	-	-	100,0
11.0021	-	-	100,0
11.0008	-	-	100,0
11.0015	-	-	100,0
11.0017	-	-	100,0
11.0012	-	-	100,0
Woj.	3,3	62,0	34,8
Polska	10,6	54,8	34,6

Źródło: opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ.

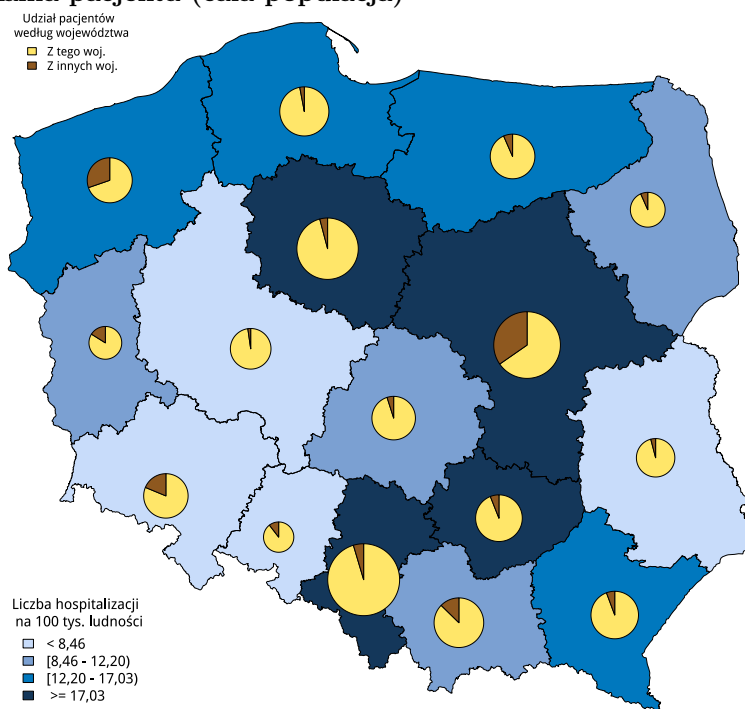
## 2.1.2 Przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu B

W 2014 roku w województwie pomorskim odnotowano 335 hospitalizacji z powodu rozpoznań, zakwalifikowanych jako Przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu B (dalej: podgrupa)<sup>29</sup>, co stanowiło 31,13% wszystkich hospitalizacji z powodu rozpoznań, które przeanalizowano w niniejszym dokumencie. Liczba hospitalizacji na 100 tys. mieszkańców wyniosła 14,56 i była to 7. największa wartość wśród województw. W analizie wyróżniono kilka grup wiekowych:

- w grupie wiekowej 18+ liczba hospitalizacji w przeliczeniu na 100 tys. ludności wyniosła 18,08 (6. największa wartość wśród województw)

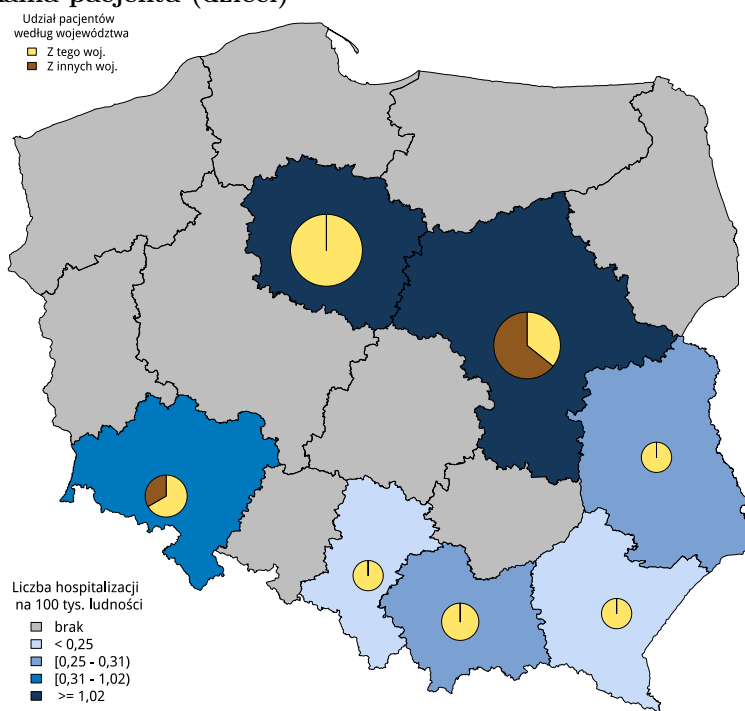
<sup>29</sup>W analizowanej podgrupie zostały uwzględnione następujące rozpoznania wg Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD10: B18.0, B18.1.

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



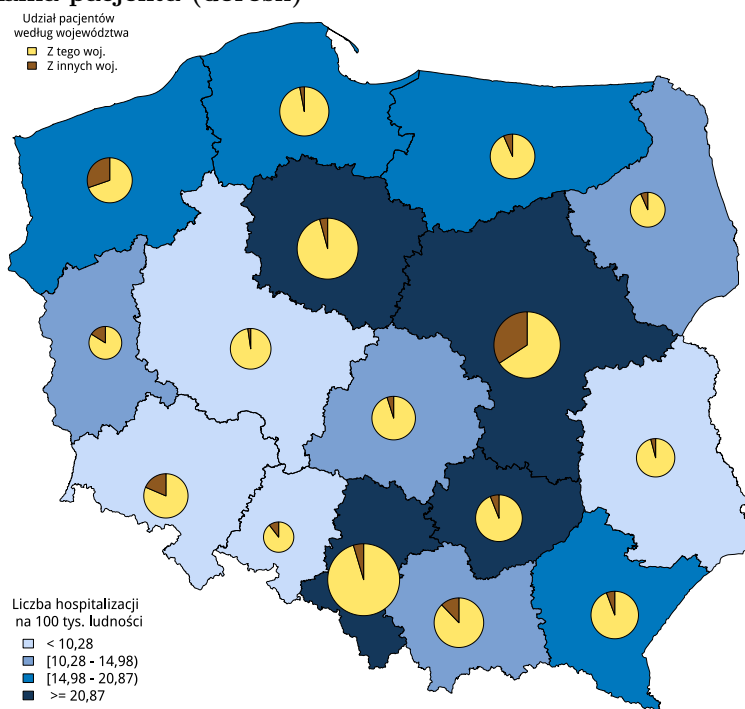
Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

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



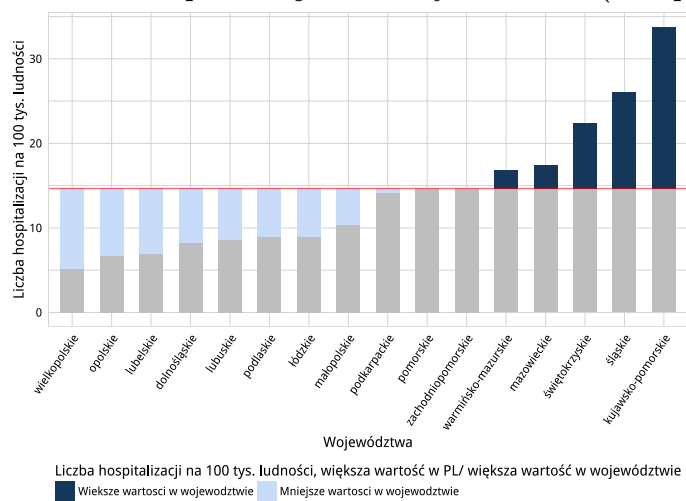
Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

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



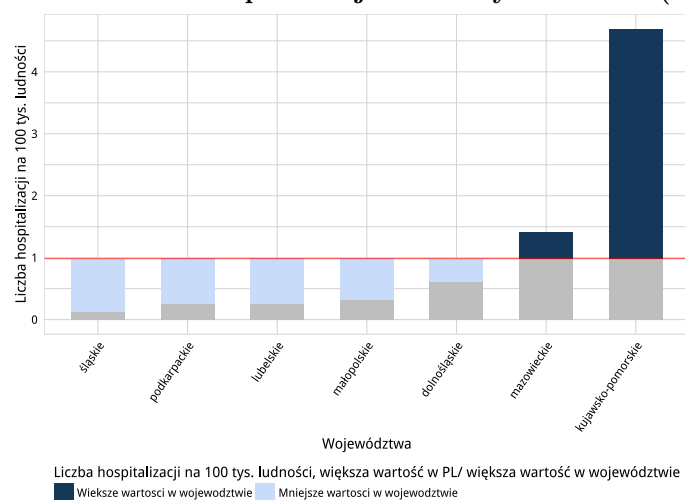
Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

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



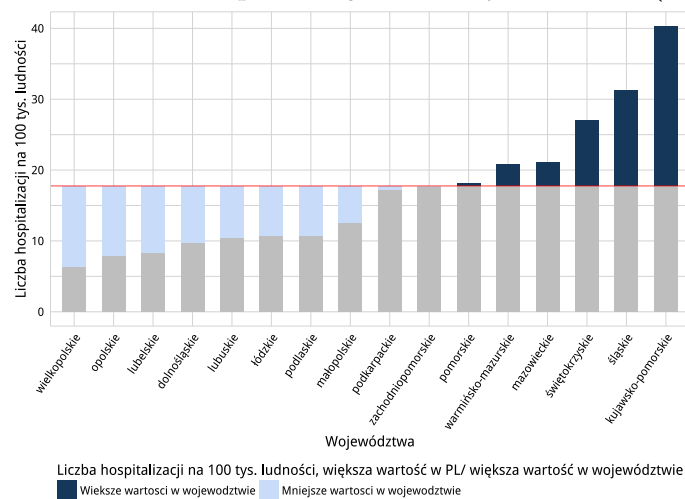
Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

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

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	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 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 1 świadczeniodawców. Największy świadczeniodawca sprawozdał 317 hospitalizacje dla 267 pacjentów. Tym samym 94,6% 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.

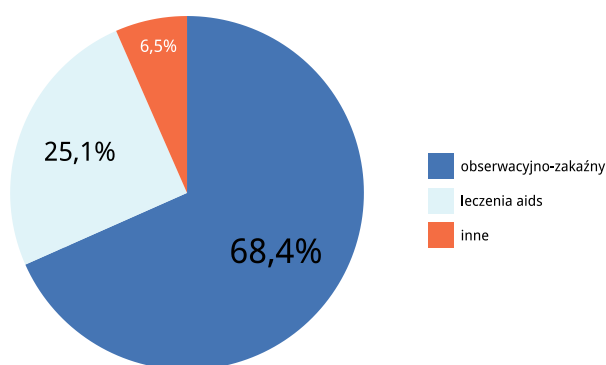
Tabela 2.28: Liczba hospitalizacji wykazanych przez świadczeniodawców.

ID	Liczba pacjentów	Łączna liczba hospitalizacji (w tym tryb jednolodowy)	Liczba hospitalizacji trwających 1 dzień (bez trybu jednolodowego)	Liczba hospitalizacji jednolodowych	Procent hospitalizacji w województwie	Skumulowany procent hospitalizacji w województwie
11.0022	267	317	4	-	94,6	94,6
11.0031	7	8	-	-	2,4	97,0
11.0004	3	3	-	-	0,9	97,9
11.0047	2	2	-	-	0,6	98,5
11.0001	2	2	-	-	0,6	99,1
11.0016	1	1	-	-	0,3	99,4
11.0008	1	1	-	-	0,3	99,7
11.0002	1	1	-	-	0,3	100,0
województwo	282	335	-	-	100,0	100,0

Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ.

Przeprowadzono analizę mającą na celu odpowiedź na pytanie na jakich oddziałach<sup>30</sup> 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 leczenia aids. Hospitalizacje na tych dwóch oddziałach stanowiły łącznie 93,4% 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 99,4% .

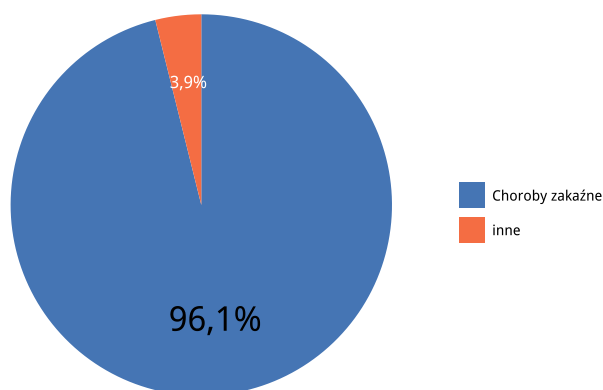
Wykres 2.17: Rozkład hospitalizacji wg oddziałów



Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ.

<sup>30</sup>Przez 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 2.18: **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 2.29 oraz Tabela 2.30.

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

ID	obserwacyjno- zakaźny	leczenia aids	Pozostałe	Suma
11.0022	0,23	0,08	0,00	0,32
11.0031	-	-	0,01	0,01
11.0004	-	-	0,00	0,00
11.0001	-	-	0,00	0,00
11.0047	-	-	0,00	0,00
11.0002	-	-	0,00	0,00
11.0008	-	-	0,00	0,00
11.0016	-	-	0,00	0,00

Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ.

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

ID	Choroby zakaźne - hospitalizacja	Pozostałe	Suma
11.0022	0,32	-	0,32
11.0031	0,00	0,00	0,01



ID	Choroby zakaźne - hospitalizacja	Pozostałe	Suma
11.0004	-	0,00	0,00
11.0001	-	0,00	0,00
11.0047	-	0,00	0,00
11.0002	-	0,00	0,00
11.0008	-	0,00	0,00
11.0016	-	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 pomorskim odnotowano 11,3% hospitalizacji zabiegowych, natomiast żadnych hospitalizacji specjalistycznych zabiegowych<sup>31</sup>. Odnotowano 88,7% hospitalizacji zachowawczych, natomiast żadnych hospitalizacji specjalistycznych zachowawczych<sup>32</sup>.

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
11.0022	317	-	100,0	12,0	88,0	-	-
11.0031	8	-	100,0	-	100,0	-	-
11.0004	3	-	100,0	-	100,0	-	-
11.0001	2	-	100,0	-	100,0	-	-
11.0047	2	-	100,0	-	100,0	-	-
11.0002	1	-	100,0	-	100,0	-	-
11.0008	1	-	100,0	-	100,0	-	-
11.0016	1	-	100,0	-	100,0	-	-
Woj.	335	-	100,0	11,3	88,7	-	-
Polska	5 640	6,7	93,3	6,6	93,4	-	-

Źródło: opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ.

W województwie pomorskim odsetek pacjentów przyjętych w czasie<sup>33</sup>, w którym w Polsce przyjęto połowę z nich wyniósł 66,7%. 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 96,4%. Liczba świadczeniodawców, dla których odnotowano wyższy niż w Polsce odsetek przyjęć w trybie nagłym wyniosła 5 (83,3%).

<sup>31</sup>Tj. takie, których sprawozdanie nie było możliwe w zakresie chirurgia ogólna.

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

<sup>33</sup>Czas oczekiwania liczony 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 2.32. 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
11.0022	99,4	0,6	-	5	100,0
11.0031	12,5	87,5	-	25	57,1
11.0004	100,0	-	-	-	-
11.0001	100,0	-	-	-	-
11.0047	-	100,0	-	32	50,0
11.0002	100,0	-	-	-	-
11.0008	-	100,0	-	14	100,0
11.0016	100,0	-	-	-	-
Woj.	96,4	3,6	-	18	66,7
Polska	31,2	68,8	0,0	26	50,0

Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ.

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. (79,1% 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	G14	G17	H87D	Pozostałe	Liczba hospitalizacji JGP (w tys.)
11.0022	80,4	12,0	7,6	-	-	0,32
11.0031	100,0	-	-	-	-	0,01
11.0004	33,3	-	66,7	-	-	0,00
11.0001	-	-	100,0	-	-	0,00
11.0047	-	-	-	100,0	-	0,00
11.0002	-	-	100,0	-	-	0,00
11.0008	-	-	100,0	-	-	0,00
11.0016	100,0	-	-	-	-	0,00
Województwo	79,1	11,3	9,0	0,6	-	0,34
Polska	84,2	4,9	8,4	0,0	2,5	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.
G14 MAŁE ZABIEGI WĄTROBY
G17 PRZEWLEKŁE CHOROBY WĄTROBY Z PW >5 DNI
H87D CHOROBY ZAPALNE STAWÓW I TKANKI ŁĄCZNEJ > 3 DNI

Źródło: opracowanie DAiS.

W województwie pomorskim 0,3% hospitalizacji zostało sprawozdanych jako hospitalizacje stanowiące zakończenie leczenia<sup>34</sup>, natomiast 98,8% hospitalizacji zakończyło się jako skierowanie do dalszej opieki.<sup>35</sup>

Tabela 2.35: Informacje o trybach wypisu ze szpitala

ID	skierowanie do dalszej opieki [%]	skierowanie do innego szpitala [%]	zakończenie leczenia [%]	zgony [%]
11.0022	99,1	-	0,3	0,6
11.0031	100,0	-	-	-
11.0004	66,7	-	-	33,3
11.0001	100,0	-	-	-
11.0047	100,0	-	-	-
11.0002	100,0	-	-	-
11.0008	100,0	-	-	-
11.0016	100,0	-	-	-
Województwo	98,8	-	0,3	0,9
Polska	70,3	0,4	28,9	0,4

Źródło: opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ.

W województwie pomorskim odsetek hospitalizacji, po których nastąpiła ponowna hospitalizacja w ciągu 30 dni w tym samym szpitalu (niezależnie od rozpoznania) wyniósł 2,1% (12. najwyższa wartość wśród województw). Odsetek hospitalizacji, po których nastąpiła ponowna hospitalizacja z rozpoznaniem wchodzącym w skład analizowanej grupy<sup>36</sup> w ciągu 30 dni wyniósł 1,2% (13. najwyższa wartość wśród województw). Tabela 2.36 prezentuje informacje nt. ponownych hospitalizacji dla poszczególnych szpitali.

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

<sup>35</sup>Należy 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.

<sup>36</sup>Pod pojęciem grupy rozumie się wszystkie rozpoznania ICD10 znajdujące się w tabeli 2.1.

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
11.0022	-	1,3	1,6
11.0031	-	-	-
11.0004	-	-	33,3
11.0001	-	-	50,0
11.0047	-	-	-
11.0002	-	-	-
11.0008	-	-	-
11.0016	-	-	-
Woj.	-	1,2	2,1
Polska	0,2	2,8	3,9

Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ.

Porównanie ponownych hospitalizacji<sup>37</sup> 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 1 świadczeniodawca cechował się wyższymi wartościami analizowanych zmiennych niż wartości w województwie (długie pobyty z jednocześnie wysokim współczynnikiem ponownych hospitalizacji w ciągu 30 dni)<sup>38</sup>.

Tabela 2.37: Statystyki dotyczące czasu pobytu

ID	ALOS (przeciętna długość pobytu)	MLOS (mediana czasu pobytu)	ALOS standaryzowany metodą bezpośrednią
11.0022	3,2	2,0	3,2
11.0031	4,4	3,0	4,0
11.0004	16,7	7,0	4,9
11.0001	10,5	10,5	5,6
11.0047	6,0	6,0	3,6
11.0002	20,0	20,0	8,3
11.0008	6,0	6,0	3,3
11.0016	4,0	4,0	3,3
Woj.	3,4	2,0	3,5
Polska	3,3	2,0	3,3

Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ.

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

<sup>38</sup>Wnioskowanie 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 2.38 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)<sup>39</sup> 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)<sup>40</sup> 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)<sup>41</sup> oraz Thygesen (2011)<sup>42</sup>.

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.<sup>43</sup>

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
11.0022	39,23	4,49	-	37,85	94,32	4,73	0,95
11.0031	42,12	-	-	37,50	100,00	-	-

<sup>39</sup>Charlson, 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.

<sup>40</sup>Quan, 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.

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

<sup>42</sup>Thygesen, 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.

<sup>43</sup>Interpretacja 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 odróżnieniu od np. rozpoznania w AOS lub POZ – stąd też te formy opieki nie zostały uwzględnione w analizie). Zatem osobę o zerowym współczynnikiem 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
11.0004	59,33	33,33	33,33	66,67	100,00	-	-
11.0047	51,00	-	-	100,00	100,00	-	-
11.0001	58,50	50,00	-	-	50,00	50,00	-
11.0016	59,00	-	-	-	100,00	-	-
11.0008	79,00	100,00	-	-	-	100,00	-
11.0002	43,00	-	-	-	100,00	-	-
Woj.	39,85	5,32	0,35	37,91	94,03	5,07	0,90
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
11.0022	3,2	69,7	27,1
11.0031	-	100,0	-
11.0004	-	33,3	66,7
11.0047	-	100,0	-
11.0001	-	-	100,0
11.0016	-	-	100,0
11.0008	-	-	100,0
11.0002	-	-	100,0
Woj.	3,0	69,3	27,8
Polska	12,1	58,1	29,8

Źródło: opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ.

### 2.1.3 Ostre wirusowe zapalenie wątroby

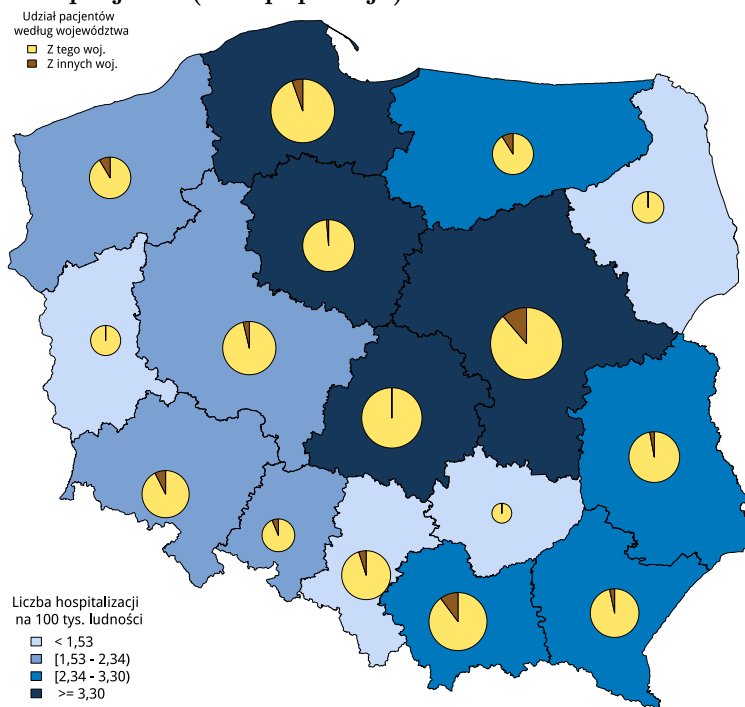
W 2014 roku w województwie pomorskim odnotowano 147 hospitalizacji z powodu rozpoznań, zakwalifikowanych jako Ostre wirusowe zapalenie wątroby (dalej: podgrupa)<sup>44</sup>, co stanowiło 13,66% wszystkich hospitalizacji z powodu rozpoznań, które przeanalizowano w niniejszym dokumencie. Liczba hospitaliza-

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

cji na 100 tys. mieszkańców wyniosła 6,39 i była to największa wartość wśród województw. W analizie wyróżniono kilka grup wiekowych:

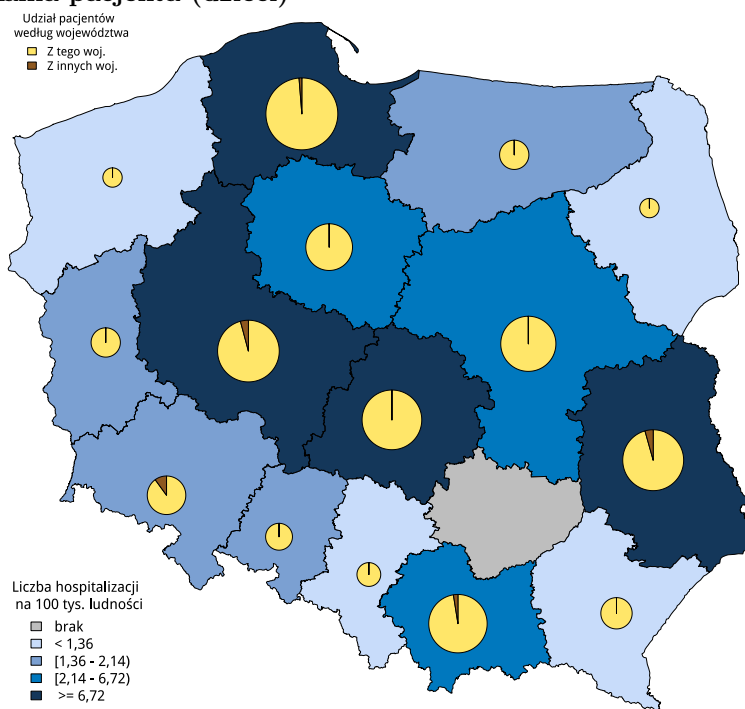
- w grupie wiekowej 0-17 liczba hospitalizacji w przeliczeniu na 100 tys. ludności wyniosła 17,85 (1. największa wartość wśród województw)
- w grupie wiekowej 18+ liczba hospitalizacji w przeliczeniu na 100 tys. ludności wyniosła 3,62 (3. największa wartość wśród województw)

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



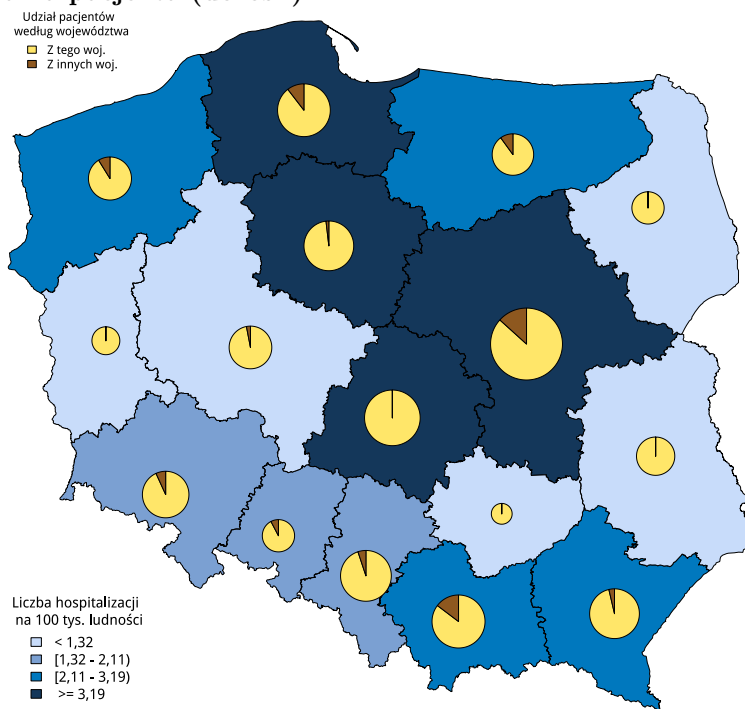
Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

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.

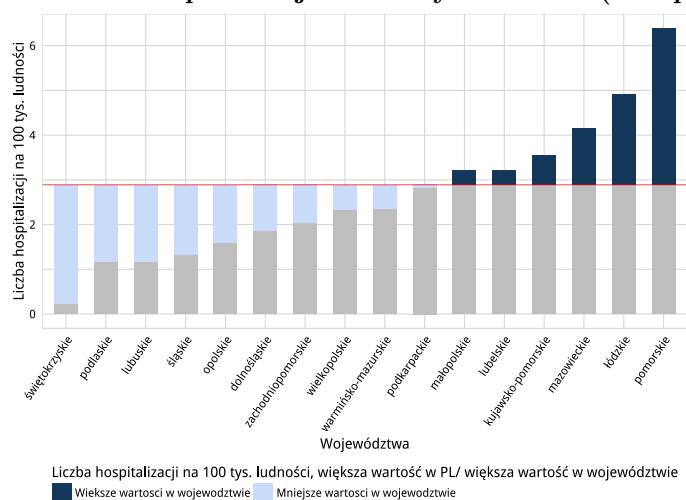
Mapa 2.12: Liczba hospitalizacji na 100 tys. ludności oraz struktura hospitalizacji względem miejsca zamieszkania pacjenta (dorośli)



Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

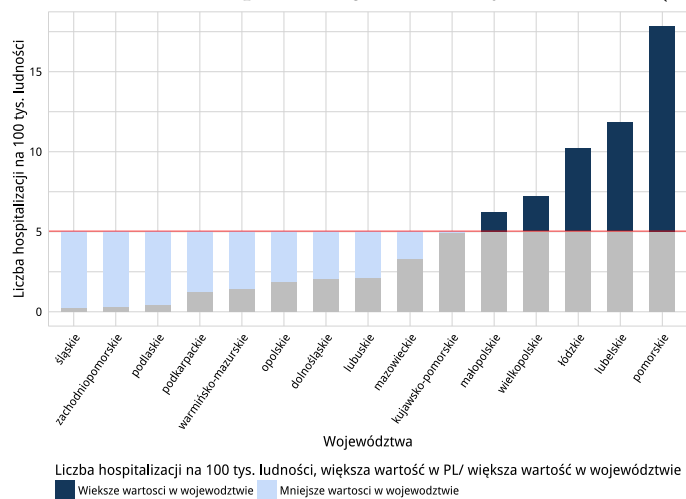


Wykres 2.19: Liczba hospitalizacji na 100 tys. ludności (cała populacja)



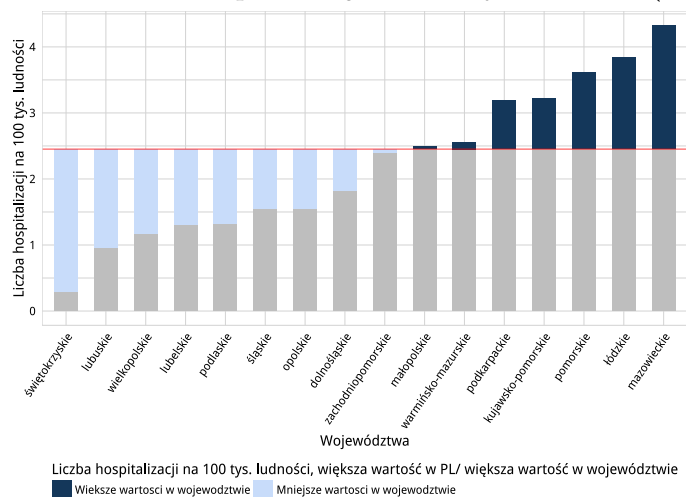
Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

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



Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

Wykres 2.21: 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
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 pomorskim którzy hospitalizowali przynajmniej jednego pacjenta z analizowaną przyczyną wyniosła 9. Z kolei 80% wszystkich hospitalizacji w województwie z powodu rozpoznań wchodzących w skład analizowanej podgrupy zostało wykazane przez 1 świadczeniodawców. Największy świadczeniodawca sprawozdał 137 hospitalizacji dla 136 pacjentów. Tym samym 93,2% hospitalizacji z całego województwa odnotowano u największego (pod względem liczby hospitalizacji) świadczeniodawcy. Tabela 2.42 prezentuje szczegółowe informacje dotyczące liczby hospitalizacji i liczby pacjentów hospitalizowanych w ramach poszczególnych świadczeniodawców.

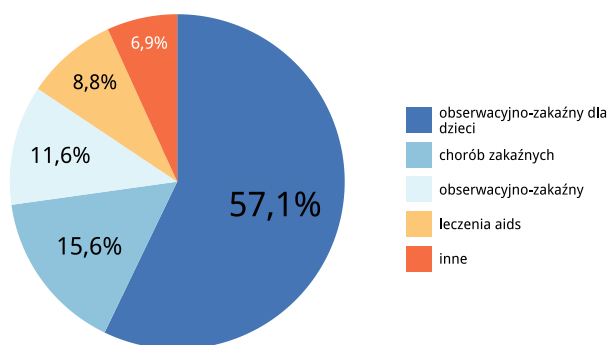
Tabela 2.42: Liczba hospitalizacji wykazanych przez świadczeniodawców.

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
11.0022	136	137	-	-	93,2	93,2
11.0002	2	2	-	-	1,4	94,6
11.0003	2	2	-	-	1,4	95,9
11.0031	1	1	-	-	0,7	96,6
11.0015	1	1	-	-	0,7	97,3
11.0008	1	1	-	-	0,7	98,0
11.0024	1	1	-	-	0,7	98,6
11.0017	1	1	-	-	0,7	99,3
11.0018	1	1	-	-	0,7	100,0
województwo	146	147	-	-	100,0	100,0

Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ.

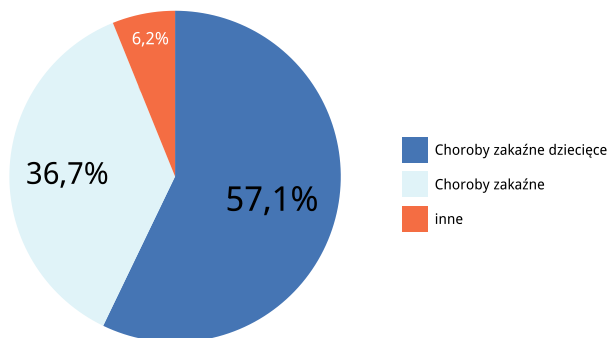
Przeprowadzono analizę mającą na celu odpowiedź na pytanie na jakich oddziałach<sup>45</sup> i w ramach jakich zakresów w 2014 roku hospitalizowani byli pacjenci z analizowaną przyczyną. Największą liczbą hospitalizacji charakteryzowały się oddziały: Oddział obserwacyjno-zakaźny dla dzieci oraz Oddział chorób zakaźnych. Hospitalizacje na tych dwóch oddziałach stanowiły łącznie 72,8% hospitalizacji w analizowanej grupie. Natomiast najwięcej hospitalizacji sprawozdano w ramach zakresów: Choroby zakaźne dziecięce - hospitalizacja oraz Choroby zakaźne - hospitalizacja. Hospitalizacje w ramach tych dwóch zakresów stanowiły łącznie 93,9% .

Wykres 2.22: Rozkład hospitalizacji wg oddziałów



Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ.

Wykres 2.23: 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.

<sup>45</sup>Przez 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))

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

ID	obserwacyjno- zakaźny dla dzieci	chorób zakaźnych	obserwacyjno- zakaźny	Pozostałe	Suma
11.0022	0,08	0,02	0,02	0,01	0,14
11.0002	-	-	-	0,00	0,00
11.0003	-	-	-	0,00	0,00
11.0008	-	-	-	0,00	0,00
11.0015	-	-	-	0,00	0,00
11.0017	-	-	-	0,00	0,00
11.0018	-	-	-	0,00	0,00
11.0024	-	-	-	0,00	0,00
11.0031	-	-	-	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 dziecięce - hospitalizacja	Choroby zakaźne - hospitalizacja	Pozostałe	Suma
11.0022	0,08	0,05	-	0,14
11.0002	-	-	0,00	0,00
11.0003	-	-	0,00	0,00
11.0008	-	-	0,00	0,00
11.0015	-	-	0,00	0,00
11.0017	-	-	0,00	0,00
11.0018	-	-	0,00	0,00
11.0024	-	-	0,00	0,00
11.0031	-	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 pomorskim nie odnotowano hospitalizacji zabiegowych. Odnotowano 100,0% hospitalizacji zachowawczych, natomiast żadnych hospitalizacji specjalistycznych zachowawczych<sup>46</sup>.

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

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
11.0022	137	-	100,0	-	100,0	-	-
11.0002	2	-	100,0	-	100,0	-	-
11.0003	2	-	100,0	-	100,0	-	-
11.0008	1	-	100,0	-	100,0	-	-
11.0015	1	-	100,0	-	100,0	-	-
11.0017	1	-	100,0	-	100,0	-	-
11.0018	1	-	100,0	-	100,0	-	-
11.0024	1	-	100,0	-	100,0	-	-
11.0031	1	-	100,0	-	100,0	-	-
Woj.	147	-	100,0	-	100,0	-	-
Polska	1 112	1,2	98,8	0,2	99,8	-	-

Źródło: opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ.

W województwie pomorskim odsetek pacjentów przyjętych w czasie<sup>47</sup>, w którym w Polsce przyjęto połowę z nich wyniósł 100,0%. 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 98,6%. Liczba świadczeniodawców, dla których odnotowano wyższy niż w Polsce odsetek przyjęć w trybie nagłym wyniosła 7 (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
11.0022	100,0	-	-	-	-
11.0002	100,0	-	-	-	-
11.0003	100,0	-	-	-	-
11.0008	100,0	-	-	-	-
11.0015	-	100,0	-	0	100,0
11.0017	100,0	-	-	-	-
11.0018	-	100,0	-	1	100,0
11.0024	100,0	-	-	-	-

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

ID	% trybów nagłych	% trybów planowych	% inny tryb	mediana czasu oczekiwania (w dniach)	% przyjętych do czasu wyznaczonego przez medianę w PL
11.0031	100,0	-	-	-	-
Woj.	98,6	1,4	-	0	100,0
Polska	82,6	17,4	-	3	50,5

Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ.

Tabela 2.47 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 G16 OSTRE CHOROBY WĄTROBY (99,3% 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	P06	Pozostałe	Liczba hospitalizacji JGP (w tys.)
11.0022	100,0	-	-	0,14
11.0002	100,0	-	-	0,00
11.0003	100,0	-	-	0,00
11.0008	100,0	-	-	0,00
11.0015	100,0	-	-	0,00
11.0017	100,0	-	-	0,00
11.0018	100,0	-	-	0,00
11.0024	-	100,0	-	0,00
11.0031	100,0	-	-	0,00
Województwo	99,3	0,7	-	0,15
Polska	98,8	0,8	0,4	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
P06 MNIEJSZE INFEKCJE (W TYM CHOROBY IMMUNOLOGICZNE)

Źródło: opracowanie DAiS.

W województwie pomorskim 29,3% hospitalizacji zostało sprawozdanych jako hospitalizacje stanowiące zakończenie leczenia<sup>48</sup>, natomiast 68,0% hospitalizacji zakończyły się jako skierowanie do dalszej

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

Tabela 2.49: Informacje o trybach wypisu ze szpitala

ID	skierowanie do dalszej opieki [%]	skierowanie do innego szpitala [%]	zakończenie leczenia [%]	zgony [%]
11.0022	67,2	1,5	31,4	-
11.0002	100,0	-	-	-
11.0003	-	50,0	-	50,0
11.0008	100,0	-	-	-
11.0015	100,0	-	-	-
11.0017	100,0	-	-	-
11.0018	100,0	-	-	-
11.0024	100,0	-	-	-
11.0031	100,0	-	-	-
Województwo	68,0	2,0	29,3	0,7
Polska	58,0	3,3	37,8	0,9

Źródło: opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ.

W województwie pomorskim odsetek hospitalizacji, po których nastąpiła ponowna hospitalizacja w ciągu 30 dni w tym samym szpitalu (niezależnie od rozpoznania) wyniósł 10,2% (4. 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
11.0022	-	-	10,9
11.0002	-	-	-
11.0003	-	-	-
11.0008	-	-	-
11.0015	-	-	-
11.0017	-	-	-
11.0018	-	-	-
11.0024	-	-	-
11.0031	-	-	-
Woj.	-	-	10,2
Polska	0,3	5,2	8,5

Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ.

<sup>49</sup>Należy 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.



Porównanie ponownych hospitalizacji<sup>50</sup> 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)<sup>51</sup>.

Tabela 2.51: Statystyki dotyczące czasu pobytu

ID	ALOS (przeciętna długość pobytu)	MLOS (mediana czasu pobytu)	ALOS standaryzowany metodą bezpośrednią
11.0022	6,8	6,0	8,1
11.0002	12,0	12,0	9,0
11.0003	8,5	8,5	7,8
11.0008	15,0	15,0	8,1
11.0015	3,0	3,0	6,9
11.0017	4,0	4,0	7,6
11.0018	11,0	11,0	8,0
11.0024	4,0	4,0	7,8
11.0031	7,0	7,0	7,6
Woj.	6,9	6,0	8,0
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)<sup>52</sup> 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)<sup>53</sup> przypisując odpowiednie grupy schorzeń danemu pacjentowi na podstawie kodów ICD-10 głównych i współistniejących.

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

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

<sup>52</sup>Charlson, 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.

<sup>53</sup>Quan, 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.

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) <sup>54</sup> oraz Thygesen (2011)<sup>55</sup>.

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 95,5%. <sup>56</sup>

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
11.0022	17,24	-	-	51,82	98,28	1,72	-	-
11.0002	29,00	-	-	100,00	100,00	-	-	-
11.0003	50,00	-	-	50,00	50,00	50,00	-	-
11.0031	28,00	-	-	-	100,00	-	-	-
11.0015	40,00	-	-	-	100,00	-	-	-
11.0008	52,00	-	-	100,00	100,00	-	-	-
11.0024	7,00	-	-	100,00	-	-	-	-
11.0017	44,00	-	-	100,00	-	100,00	-	-
11.0018	47,00	-	-	100,00	100,00	-	-	-
Woj.	18,63	-	-	53,06	95,52	4,48	-	-
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 jednego świadczeniodawcy odnotowano znaczny (tj. powyżej 20%) udział pacjentów spoza województwa. Najwyższy udział wyniósł 100,0%. Informacje w tym zakresie prezentuje Tabela 2.53.

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

<sup>55</sup>Thygesen, 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.

<sup>56</sup>Interpretacja 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 odróżnieniu od np. rozpoznania w AOS lub POZ – stąd też te formy opieki nie zostały uwzględnione w analizie). Zatem osobę o zerowym współczynnikiem 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 pcią). Analogiczne myśleć należy o pacjentach z dodatnimi wartościami współczynnika.

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
11.0022	5,1	63,5	31,4
11.0002	-	50,0	50,0
11.0003	-	50,0	50,0
11.0031	100,0	-	-
11.0015	-	-	100,0
11.0008	-	-	100,0
11.0024	-	-	100,0
11.0017	-	-	100,0
11.0018	-	-	100,0
Woj.	5,4	60,5	34,0
Polska	5,9	47,5	46,6

Źródło: opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ.

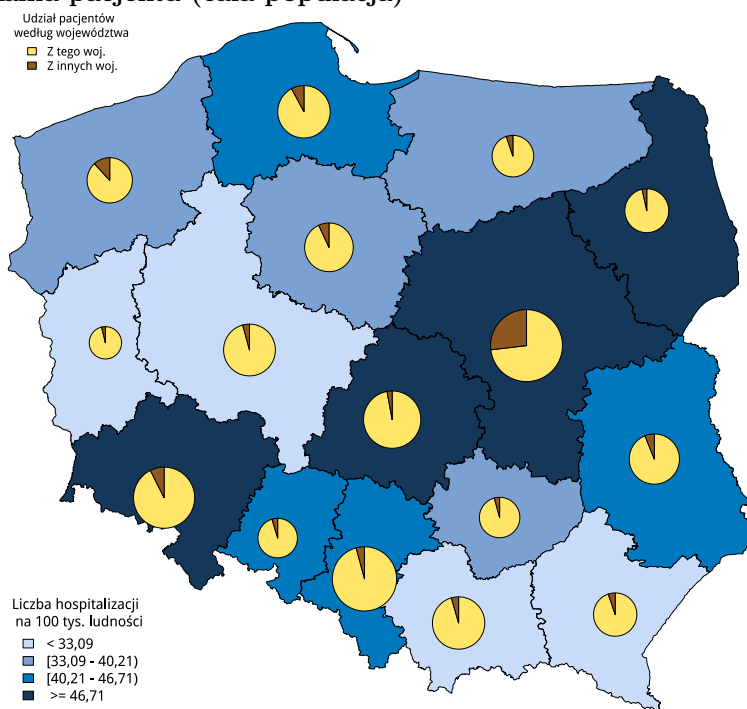
## 2.1.4 Zwłóknienie i marskość i rak wątroby jako możliwe powikłanie WZW

W 2014 roku w województwie pomorskim odnotowano 1,06 tys. hospitalizacji z powodu rozpoznania, zakwalifikowanych jako Zwłóknienie i marskość wątroby (dalej: podgrupa)<sup>57</sup>, co stanowiło 100,00% wszystkich hospitalizacji z powodu rozpoznania, które przeanalizowano w niniejszym dokumencie. Liczba hospitalizacji na 100 tys. mieszkańców wyniosła 45,97 i była to 5. największa wartość wśród województw. W analizie wyróżniono kilka grup wiekowych:

- w grupie wiekowej 0-17 liczba hospitalizacji w przeliczeniu na 100 tys. ludności wyniosła 6,25 (5. największa wartość wśród województw)
- w grupie wiekowej 18+ liczba hospitalizacji w przeliczeniu na 100 tys. ludności wyniosła 55,58 (5. największa wartość wśród województw)

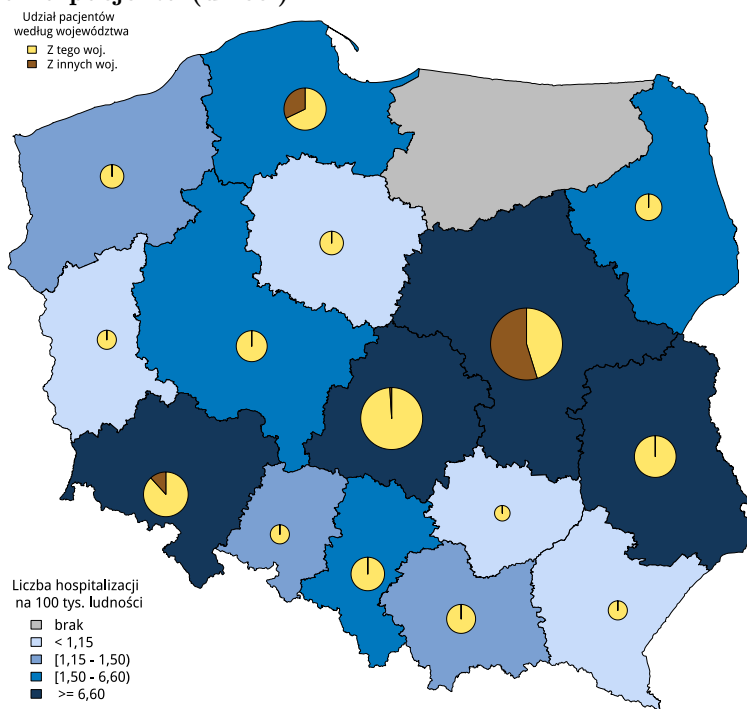
<sup>57</sup>W analizowanej podgrupie zostały uwzględnione następujące rozpoznania wg Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD10: K74, K72, C22.

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



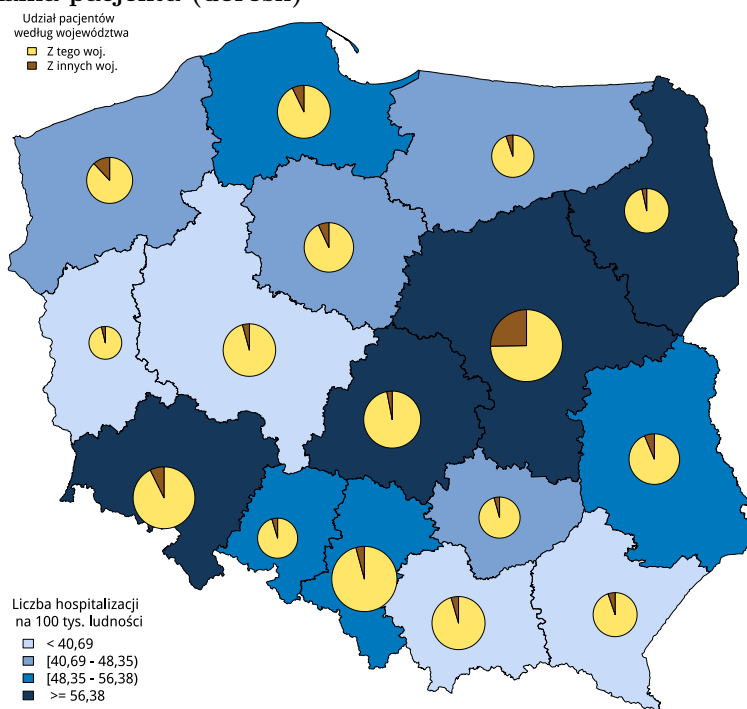
Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

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



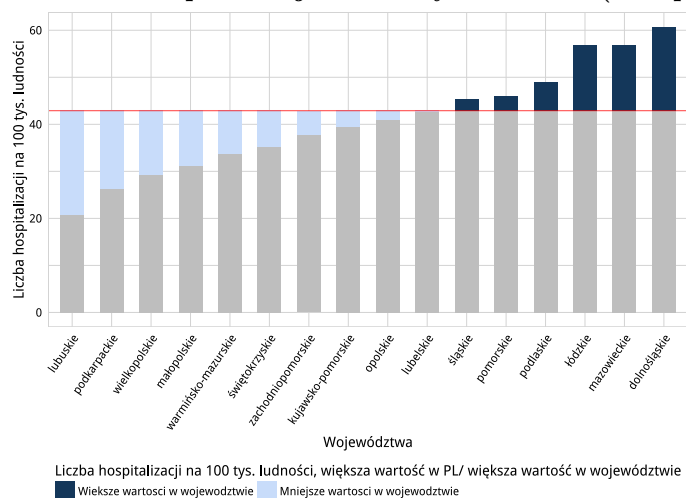
Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

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



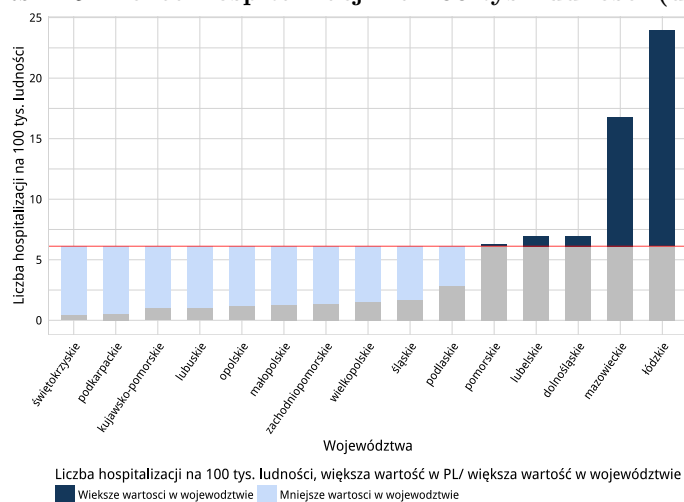
Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

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



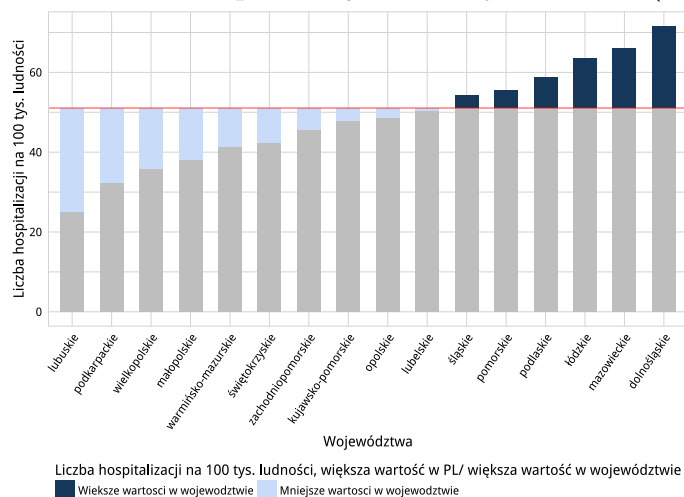
Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

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



Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

Wykres 2.26: 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

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	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 porównaniu 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 3 znajdowało się w województwie 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 hospitalizacja<sup>58</sup>.

<sup>58</sup>Hospitalizacje oraz wizyty w programie lekowym nie były brane pod uwagę przy wcześniejszej analizie leczenia szpitalnego i ambulatoryjnego.



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	-	-
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

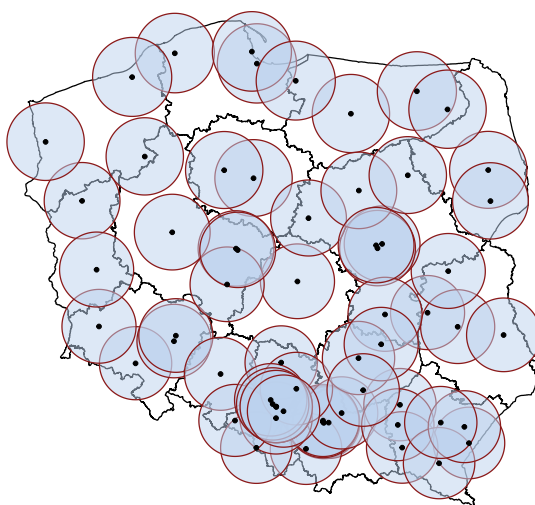
Nazwa	Powiat	Liczba pacjentów	Liczba kontaktów (w tys.)	w tym % hospitalizacji	w tym % hospitalizacji trwających 1 dzień
Specjalistyczny Szpital Wojewódzki w Ciechanowie	ciechanowski	23	250	20,80	98,08
Radomski Szpital Specjalistyczny im. dr Tytusa Chałubińskiego	m. Radom	65	425	-	-
Mazowiecki Szpital 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	-
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	-	-

Nazwa	Powiat	Liczba pacjentów	Liczba kontaktów (w tys.)	w tym % hospitalizacji	w tym % hospitalizacji trwających 1 dzień
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 Skrzypkowski, 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-Lecznicznym. 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
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.

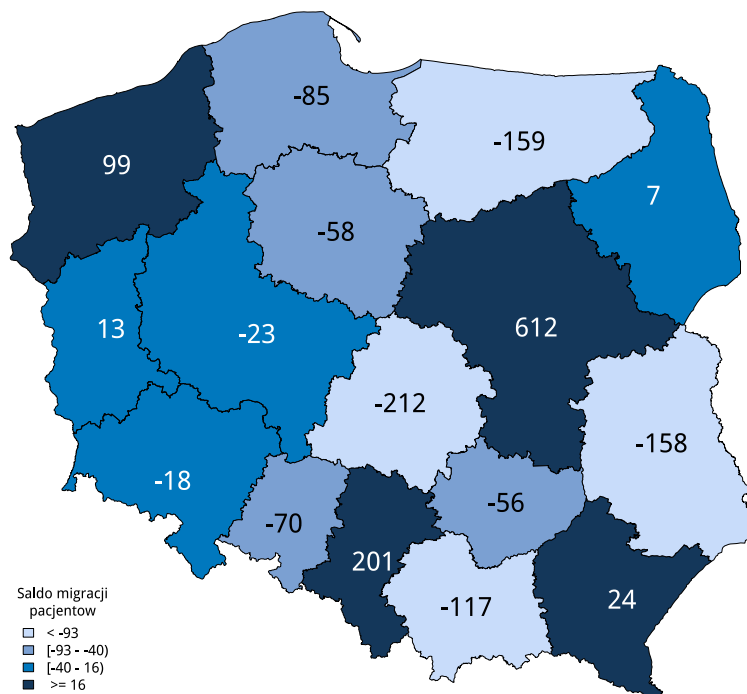
Mapa 2.16: Rozmieszczenie świadczeniodawców realizujących programy lekowy



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 3 znajdowało się w województwie 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 hospitalizacja<sup>59</sup>.

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	-
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	-	-

<sup>59</sup>Hospitalizacje 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
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	-
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 Przemyślu	m. Przemyśl	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

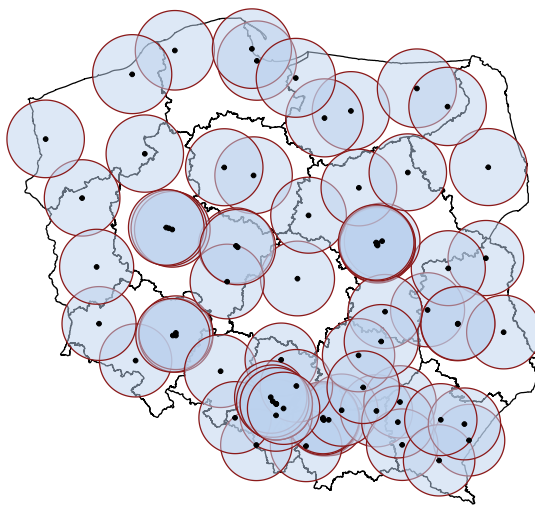
Nazwa	Powiat	Liczba pacjentów	Liczba kontaktów (w tys.)	w tym % hospitalizacji	w tym % hospitalizacji trwających 1 dzień
Uniwersyteckie Centrum Medycyny Morskiej i Tropikalnej	m. Gdynia	10	31	-	-
Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Cieszynie	cieszyński	64	731	1,37	-
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny 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 Mielęckiego 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	-
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	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-Lecznym. 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

Nazwa	Powiat	Liczba pacjentów	Liczba kontaktów (w tys.)	w tym % hospitalizacji	w tym % hospitalizacji trwających 1 dzień
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**

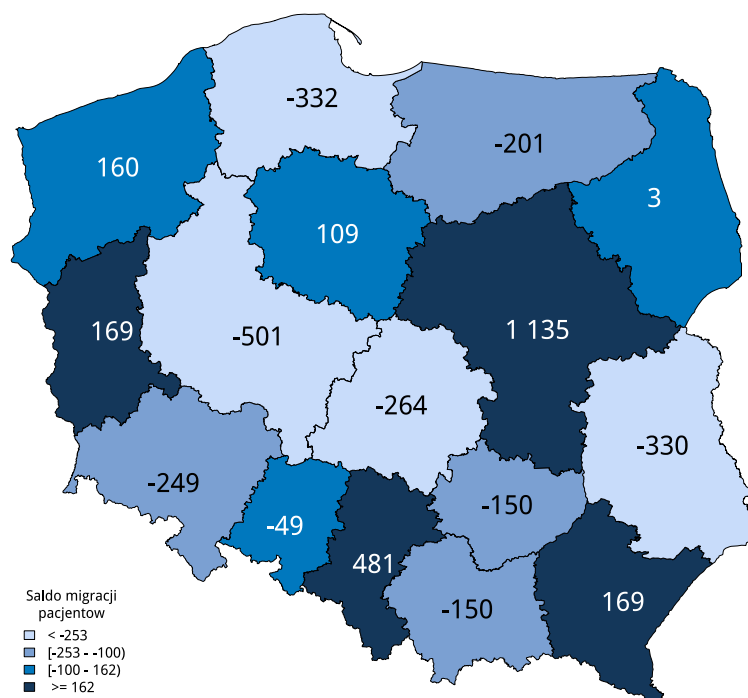


Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ.

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-3<sup>60</sup>. 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

<sup>60</sup>Sprawozdanie 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.

B16                      B19  
B17                      Z20.5

Źródło: Opracowanie DAiS

Tabela 2.60 prezentuje rozkład porad udzielonych pacjentom z analizowaną grupą chorób i problemów zdrowotnych 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 wchodząca w skład poradni o nazwie poradnia chorób zakaźnych),
- poradnia chorób zakaźnych dla dzieci (w sprawozdaniu ZD-3 wchodząca w skład poradni o nazwie poradnia chorób zakaźnych),
- poradnia wzw (w sprawozdaniu ZD-3 wchodząca 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
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 bezpośrednio	% 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
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 pomorskim liczba poradni, które w 2014 roku sprawozdały co najmniej jedną poradę w ramach NFZ wyniosła 4. Zróżnicowanie liczby porad i poradni pomiędzy województwami prezentuje Tabela 2.62

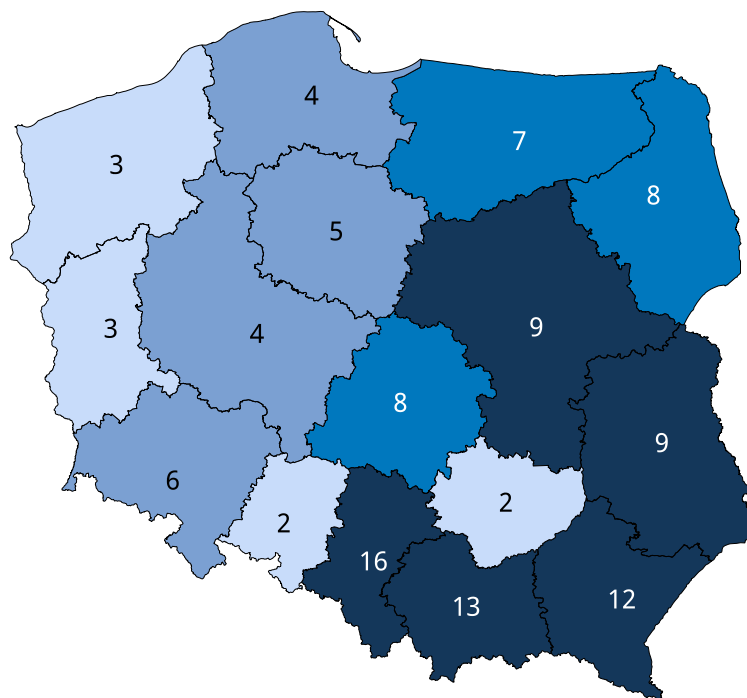
Tabela 2.62: Poradnia chorób zakaźnych - podstawowe statystyki według województw

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

Województwo	Liczba porad (tys.)	Liczba porad na poradnię (tys.)	Liczba poradni
warmińsko-mazurskie	22,08	3,15	7
wielkopolskie	14,21	3,55	4
zachodniopomorskie	13,39	4,46	3

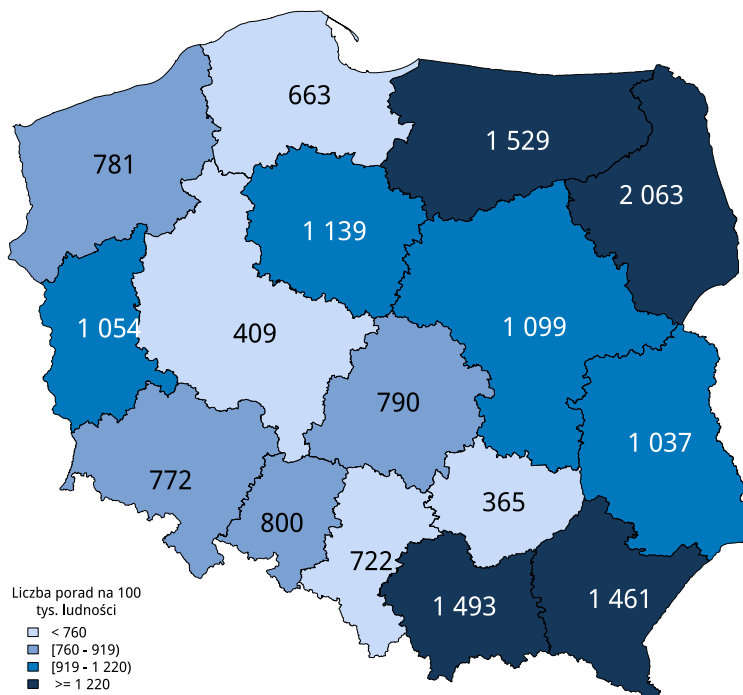
Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS

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



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 29 tys. porad (por. Tabela 2.64)<sup>61</sup>. W ramach świadczeń sfinansowanych ze środków NFZ liczba porad w tych poradniach wyniosła 20 tys.. Porównanie liczby porad sprawozdanych poprzez ZD-3 oraz liczby porad sprawozdanych do NFZ wskazuje, że 9 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.<sup>62</sup>

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

Nazwa poradni	Liczba Porad NFZ (tys.)
chorób zakaźnych	15,27
chorób zakaźnych dla dzieci	1,69
profilaktyczno-lecznicza (HIV/AIDS)	2,82

Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS

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

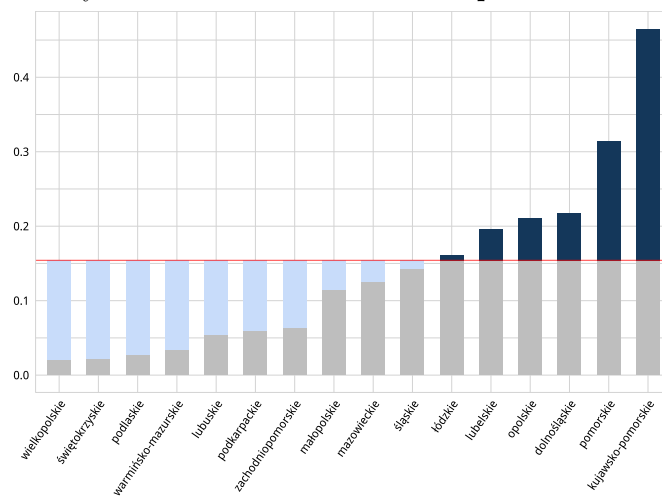
<sup>62</sup>Ze względu na dostępność danych, odsetek porad finansowanych poza NFZ został zaprezentowany po miejscu udzielania świadczeń.

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	19,79	28,87	9,09	31,47	15,41

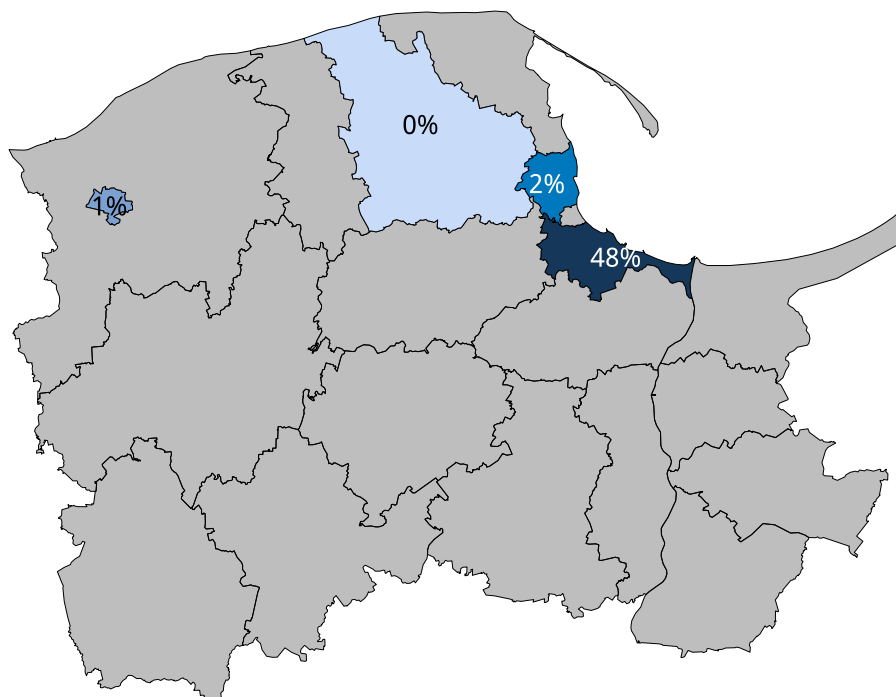
Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS

Wykres 2.27: Odsetek świadczeń poza NFZ



Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS

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 33,00% porad sprawozdanych w analizowanej poradni w województwie. Liczba porad na jednego pacjenta w województwie wyniosła 1,86. Mediana czasu oczekiwania dla poradni wyniosła 110 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	0,02	0,01	1,78	0,10	98,0
Przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu B	2,06	1,39	1,48	13,47	308,0
Przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu C	2,86	1,81	1,58	18,71	386,0
Inne i nieokreślone postacie przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby	0,11	0,06	1,76	0,71	97,0
<b>choroby zakaźne (WZW) razem</b>	<b>5,04</b>	<b>3,21</b>	<b>1,57</b>	<b>33,00</b>	<b>352,0</b>
<b>choroby spoza grupy</b>	<b>10,23</b>	<b>5,07</b>	<b>2,02</b>	<b>67,00</b>	<b>70,0</b>

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 99%, z czego 41% porad stanowiły porady typu W11<sup>63</sup>, a 2% porady typu

<sup>63</sup>świadczenie specjalistyczne 1-go typu

W21<sup>64</sup>. 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	93,75	53,33	-	-	-	6,25	-
Przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu B	93,39	24,25	0,10	-	-	6,61	-
Przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu C	97,87	25,81	0,07	-	-	2,13	-
Inne i nieokreślone postaci przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby	100,00	41,28	-	-	-	-	-
<b>choroby zakazne (WZW) razem</b>	<b>96,07</b>	<b>25,62</b>	<b>0,08</b>	-	-	<b>3,93</b>	-
<b>choroby spoza grupy</b>	<b>99,95</b>	<b>47,60</b>	<b>2,37</b>	-	-	<b>0,05</b>	-

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	-	-	-	-
<b>choroby zakazne (WZW) razem</b>	<b>90,71</b>	<b>34,74</b>	<b>2,59</b>	-	-	<b>9,29</b>	<b>0,00</b>
<b>choroby spoza grupy</b>	<b>99,69</b>	<b>47,64</b>	<b>6,95</b>	-	-	<b>0,31</b>	-

Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ

Dalszą część opracowania dla analizowanej poradni wykonano dla poszczególnych świadczeniodawców funkcjonujących w ramach kontraktu z NFZ w województwie pomorskim. Liczba tego typu poradni wynosiła w 2014 roku 4. Dla ułatwienia prezentacji danych każdemu świadczeniodawcy nadano unikatowe

<sup>64</sup>świadczenie kompleksowe 1-go typu



ID, które jest utrzymywane w kolejnych zestawieniach dokumentu (por. Tabela 2.68). Rozkład porad świadczonych przez poszczególnych świadczeniodawców wg grup rozpoznań prezentuje Tabela 2.69.

Tabela 2.68: Lista świadczeniodawców

ID	Nazwa	Powiat
11.0004	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Janusza Korczaka	m. Słupsk
11.0022	Pomorskie Centrum Chorób Zakaźnych i Gruźlicy sp. z o.o.	m. Gdańsk
11.0031	Uniwersyteckie Centrum Medycyny Morskiej i Tropikalnej	m. Gdynia
11.0362	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Nr 1	wejherowski

Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ

Tabela 2.69: Liczba porad w tys. wg świadczeniodawców i grup rozpoznań

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	choroby zakaźne (WZW) razem	choroby spoza grupy
11.0022	0,01	1,55	2,05	0,01	3,62	1,68
11.0362	-	0,00	0,01	0,05	0,06	4,04
11.0004	-	0,48	0,70	0,00	1,19	2,56
11.0031	0,00	0,02	0,10	0,04	0,17	1,97

Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ

Największy świadczeniodawca w województwie sprawozdał 5 296 porad dla 3 402 pacjentów (por. Tabela 2.70). Tym samym liczba porad na pacjenta u tego świadczeniodawcy wyniosła 1,56. Sumaryczny odsetek porad W11 i W21 wyniósł w województwie 42%. 2 świadczeniodawców charakteryzowało się wyższą wartością tego wskaźnika, niż wartość wojewódzka.

Tabela 2.70: 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.
11.0022	3,40	5,30	1,56	96,19	36,45	4,81	-	-	3,81	-
11.0362	1,94	4,10	2,12	99,98	42,24	0,02	-	-	0,02	-
11.0004	2,07	3,74	1,80	100,00	35,07	-	-	-	-	-
11.0031	0,88	2,14	2,42	100,00	56,60	-	-	-	-	-
Woj.	8,20	15,27	1,86	98,67	40,54	1,63	-	-	1,33	-

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 110 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 datę wystawienia skierowania, wydłużając tym samym wyliczany czas oczekiwania. Z tego względu zaleca się ostrożność w wyciąganiu wniosków o bezwzględnym 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 2.71 przedstawiono zestawienie wg województw, u ilu świadczeniodawców pojawiali się pacjenci. W województwie pomorskim 98,80% wszystkich pacjentów odbyło swoje wizyty tylko u jednego świadczeniodawcy. W tabeli 2.72 przedstawiono tryby przyjęć pacjentów<sup>65</sup> 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 2.73.

Tabela 2.71: 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

<sup>65</sup>Przez 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.

Tabela 2.72: 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.
11.0022	0,11	61,31	38,58	-	51,15	152,0	38,77	35,73	25,51
11.0362	0,34	11,39	88,27	-	100,00	-	15,63	41,36	43,01
11.0004	5,35	94,65	-	-	48,43	170,0	22,48	48,44	29,08
11.0031	-	100,00	-	-	77,86	75,0	11,75	30,06	58,19
Woj.	1,44	61,48	37,08	-	58,63	110,0	24,16	38,89	36,95
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 2.73: 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
11.0022	1	1,35	0,40	3,35	96,30	53,11	13,07	-	-	3,70	-
11.0362	-	1,76	0,45	3,95	100,00	32,20	0,06	-	-	-	-
11.0004	1	1,09	0,33	3,33	100,00	25,83	-	-	-	-	-
11.0031	1	1,24	0,31	3,98	100,00	50,60	-	-	-	-	-
Woj.	-	5,45	1,49	3,66	99,08	40,20	3,17	-	-	0,92	-
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 pomorskim liczba poradni, które w 2014 roku sprawozdały co najmniej jedną poradę w ramach NFZ wyniosła 1. Zróżnicowanie liczby porad i poradni pomiędzy województwami prezentuje Tabela 2.74

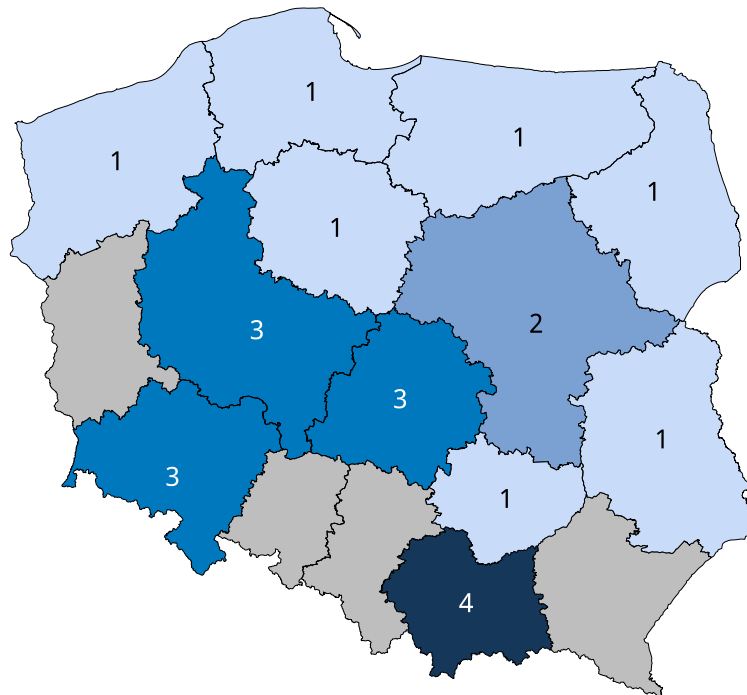
Tabela 2.74: Poradnia chorób zakaźnych dla dzieci - podstawowe statystyki według województw

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

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

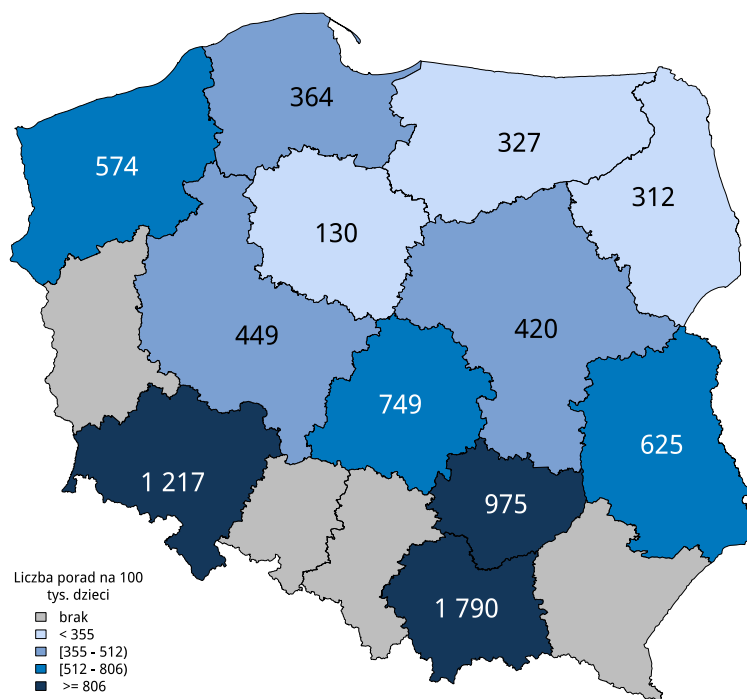
Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS

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 29 tys. porad (por. Tabela 2.76)<sup>66</sup>. W ramach świadczeń sfinansowanych ze środków NFZ liczba porad w tych poradniach wyniosła 20 tys.. Porównanie liczby porad sprawozdanych poprzez ZD-3 oraz liczby porad sprawozdanych do NFZ wskazuje, że 9 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. Zróźnicowanie tego wskaźnika pomiędzy powiatami województwa prezentuje Wykres 2.28.<sup>67</sup>

Tabela 2.75: Poradnie wchodzące w skład grupy poradni ZD-3 o nazwie poradnia chorób zakaźnych

Nazwa poradni	Liczba Porad NFZ (tys.)
chorób zakaźnych	15,27
chorób zakaźnych dla dzieci	1,69
profilaktyczno-lecznicza (HIV/AIDS)	2,82

Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS

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

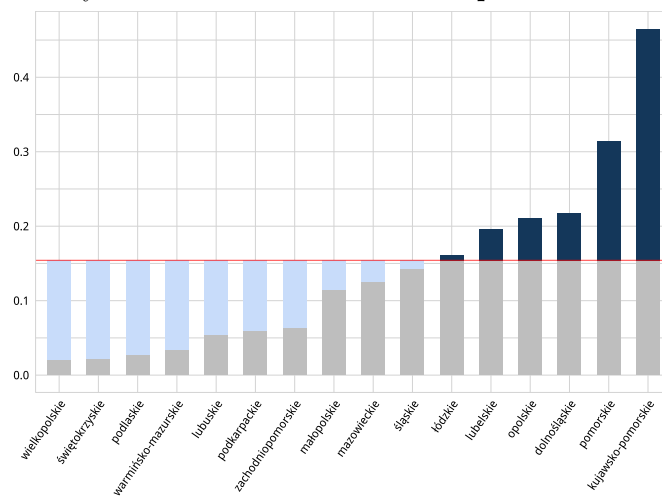
<sup>67</sup>Ze względu na dostępność danych, odsetek porad finansowanych poza NFZ został zaprezentowany po miejscu udzielania świadczeń.

Tabela 2.76: 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	19,79	28,87	9,09	31,47	15,41

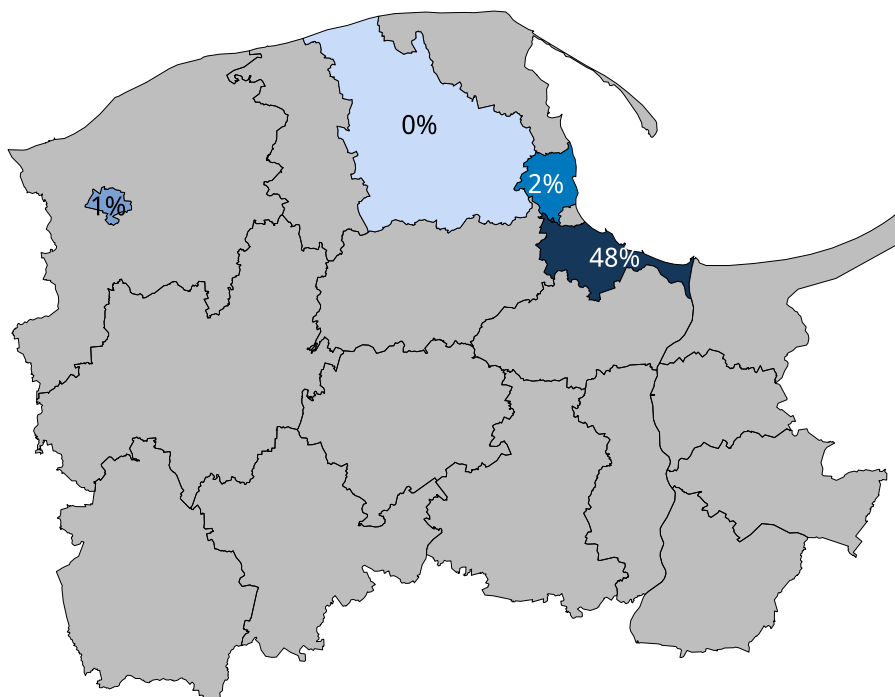
Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS

Wykres 2.28: Odsetek świadczeń poza NFZ



Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS

Mapa 2.25: 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 7,34% porad sprawozdanych w analizowanej poradni w województwie. Liczba porad na jednego pacjenta w województwie wyniosła 2,01. Najwięcej porad na jednego pacjenta wykonano z rozpoznaniem Ostre wirusowe zapalenie wątroby. Mediana czasu oczekiwania dla poradni wyniosła 50 dni.

Tabela 2.77: 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	0,05	0,02	2,18	2,84	50,0
Przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu B	0,01	0,01	1,08	0,83	101,5
Przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu C	0,06	0,03	1,90	3,49	249,5
Inne i nieokreślone postacie przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby	0,00	0,00	1,00	0,18	80,5
<b>choroby zakaźne (WZW) razem</b>	<b>0,12</b>	<b>0,06</b>	<b>1,97</b>	<b>7,34</b>	<b>70,0</b>
<b>choroby spoza grupy</b>	<b>1,56</b>	<b>0,80</b>	<b>1,97</b>	<b>92,66</b>	<b>48,5</b>

Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ

Tabela 2.78 prezentuje dane wojewódzkie dotyczące charakteru porad wykonanych pacjentom w analizowanej poradni w zależności od wydzielonych podgrup. Analogiczne dane dla Polski przedstawia Tabela 2.79. Odsetek porad o charakterze zachowawczym w województwie (w analizowanej poradni, niezależnie

od rozpoznania) wyniósł 99%, z czego 50% porad stanowiły porady typu W11<sup>68</sup>, a 6% porady typu W21<sup>69</sup>. W Polsce odsetki te wynosiły odpowiednio 100%, 49% oraz 15%.

Tabela 2.78: 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	31,25	-	-	-	-	-
Przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu B	92,86	46,15	-	-	-	7,14	-
Przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu C	81,36	41,67	-	-	-	18,64	-
Inne i nieokreślone postaci przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby	100,00	33,33	-	-	-	-	-
<b>choroby zakaźne (WZW) razem</b>	<b>90,32</b>	<b>37,50</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>9,68</b>	<b>-</b>
<b>choroby spoza grupy</b>	<b>99,55</b>	<b>51,41</b>	<b>6,48</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>0,45</b>	<b>-</b>

Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ

Tabela 2.79: 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	99,31	25,69	2,08	-	-	0,69	-
Przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu B	80,95	39,22	7,84	-	-	19,05	-
Przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu C	83,60	44,41	3,00	-	-	16,40	-
Inne i nieokreślone postaci przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby	100,00	29,35	11,41	-	-	-	-
Nieokreślone wirusowe zapalenie wątroby	100,00	31,25	-	-	-	-	-
Styczność i narażenie na nagminne (wirusowe) zapalenie wątroby	83,33	80,00	-	-	-	16,67	-
<b>choroby zakaźne (WZW) razem</b>	<b>90,28</b>	<b>36,67</b>	<b>4,88</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>9,72</b>	<b>-</b>
<b>choroby spoza grupy</b>	<b>99,98</b>	<b>49,48</b>	<b>15,49</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>0,02</b>	<b>-</b>

Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ

Dalszą część opracowania dla analizowanej poradni wykonano dla poszczególnych świadczeniodawców

<sup>68</sup>świadczenie specjalistyczne 1-go typu

<sup>69</sup>świadczenie kompleksowe 1-go typu



funkcjonujących w ramach kontraktu z NFZ w województwie 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 2.80). Rozkład porad świadczonych przez poszczególnych świadczeniodawców wg grup rozpoznai prezentuje Tabela 2.81.

Tabela 2.80: Lista świadczeniodawców

ID	Nazwa	Powiat
11.0022	Pomorskie Centrum Chorób Zakaźnych i Gruźlicy sp. z o.o.	m. Gdańsk

Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ

Tabela 2.81: Liczba porad w tys. wg świadczeniodawców i grup rozpoznai

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	choroby zakaźne (WZW) razem	choroby spoza grupy
11.0022	0,05	0,01	0,06	0,00	0,12	1,56

Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ

Największy świadczeniodawca w województwie sprawozdał 1 689 porad dla 842 pacjentów (por. Tabela 2.82). Tym samym liczba porad na pacjenta u tego świadczeniodawcy wyniosła 2,01. Sumaryczny odsetek porad W11 i W21 wyniósł w województwie 56%.

Tabela 2.82: 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.
11.0022	0,84	1,69	2,01	98,88	50,48	6,05	-	-	1,12	-
Woj.	0,84	1,69	2,01	98,88	50,48	6,05	-	-	1,12	-

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 50 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 datę 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 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 2.83 przedstawiono zestawienie wg województw, u ilu świadczeniodawców pojawiali się pacjenci. W województwie pomorskim 100,00% wszystkich pacjentów odbyło swoje wizyty tylko u jednego świadczeniodawcy. W tabeli 2.84 przedstawiono tryby przyjęć pacjentów<sup>70</sup> 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 2.85.

Tabela 2.83: 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	-	-
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 2.84: 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.
11.0022	-	71,58	28,42	-	64,85	50,0	18,29	36,83	44,88
Woj.	-	71,58	28,42	-	64,85	50,0	18,29	36,83	44,88
Polska	0,10	55,26	44,64	-	50,19	90,0	24,24	27,36	48,40

Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ.

<sup>70</sup>Przez 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.

Tabela 2.85: Analiza świadczeń zapewnionych pacjentom, którzy pojawili się 3 razy lub więcej w poradni danego świadczeniodawcy w 2014 roku

ID	przyspitalna	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
11.0022	1	0,76	0,22	3,41	98,81	50,60	9,21	-	-	1,19	-
Woj.	-	0,76	0,22	3,41	98,81	50,60	9,21	-	-	1,19	-
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. Zróżnicowanie liczby porad i poradni pomiędzy województwami prezentuje Tabela 2.86

Tabela 2.86: 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 29 tys. porad (por. Tabela 2.88)<sup>71</sup>. W ramach świadczeń sfinansowanych ze środków NFZ liczba porad w tych poradniach wyniosła 20 tys.. Porównanie liczby porad sprawozdanych poprzez ZD-3 oraz liczby porad sprawozdanych do NFZ wskazuje, że 9 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 2.29.<sup>72</sup>

Tabela 2.87: Poradnie wchodzące w skład grupy poradni ZD-3 o nazwie poradnia chorób zakaźnych

Nazwa poradni	Liczba Porad NFZ (tys.)
chorób zakaźnych	15,27
chorób zakaźnych dla dzieci	1,69
profilaktyczno-lecznicza (HIV/AIDS)	2,82

Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS

<sup>71</sup>Należy podkreślić, że mowa tu o wszystkich poradach, niekoniecznie związanych z analizowaną grupą.

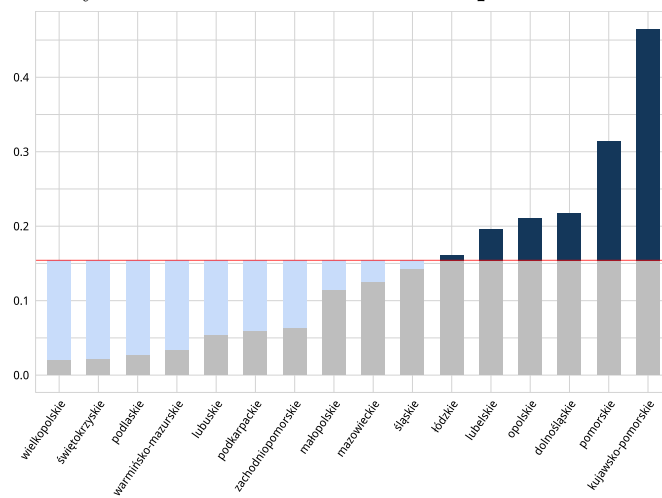
<sup>72</sup>Ze względu na dostępność danych, odsetek porad finansowanych poza NFZ został zaprezentowany po miejscu udzielania świadczeń.

Tabela 2.88: 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	19,79	28,87	9,09	31,47	15,41

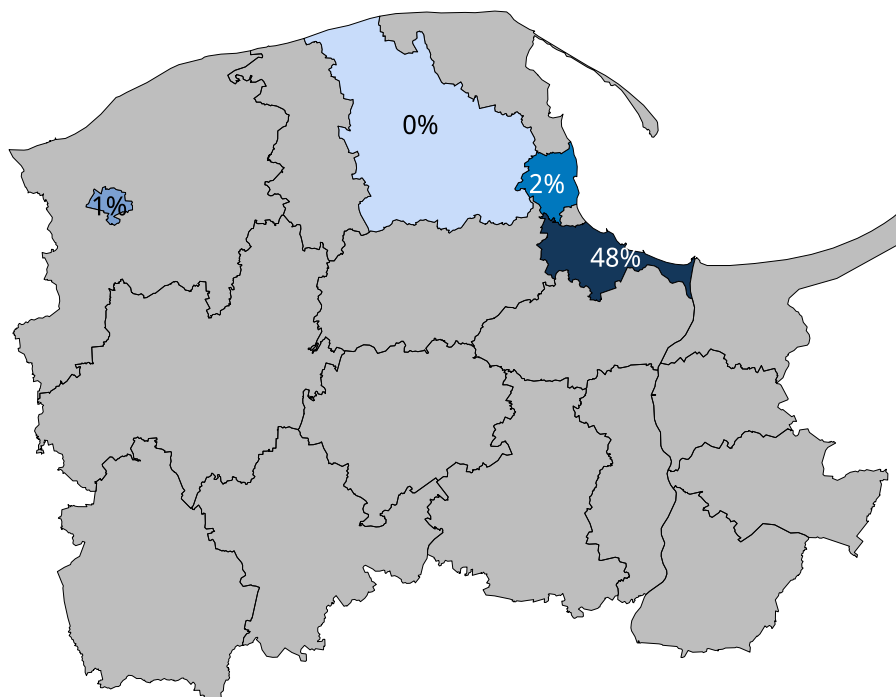
Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS

Wykres 2.29: 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)<sup>73</sup>, natomiast w przypadku świadczeń pielęgniarki

<sup>73</sup>Stan 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 2.89: 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 2.90. Wynika z nich, iż dominują świadczeniodawcy realizując świadczenia lekarskie, z kolei najmniej świadczeniodawców udziela świadczeń nocnej i świątecznej opieki lekarskiej<sup>74</sup>. Natomiast wśród świadczeniodawców realizujących świadczenia pielęgniarskie i położne widać duży rozrzut liczby świadczeniodawców przypadających na 100 tys. mieszkańców.

<sup>74</sup>Liczbę 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.



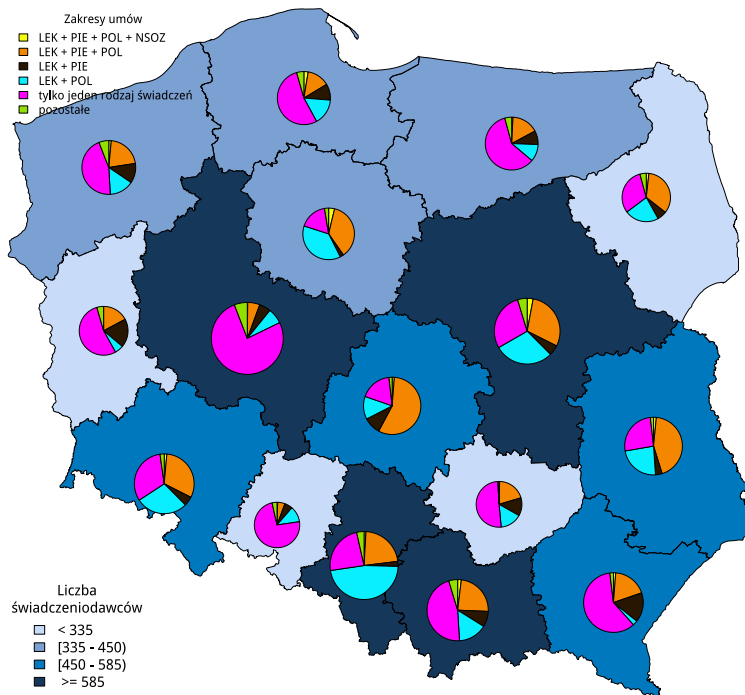
Tabela 2.90: Liczba świadczeniodawców sprawozdających świadczenia w ramach POZ wg województw i rodzajów świadczeń (2014)

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
<b>suma</b>	<b>6 596</b>	<b>3 412</b>	<b>4 395</b>	<b>490</b>	-	-	-	-

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 2.30 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 2.30: 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 2.91. 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 świadczeń<sup>75</sup>, a świadczenia położnych POZ 1,49%. Na Mapie 2.31 wykresy kołowe przedstawiają procentowe udziały poszczególnych rodzajów zrealizowanych świadczeń w podziale na województwa.

Tabela 2.91: Liczba świadczeń sprawozdanych w ramach POZ (2014)

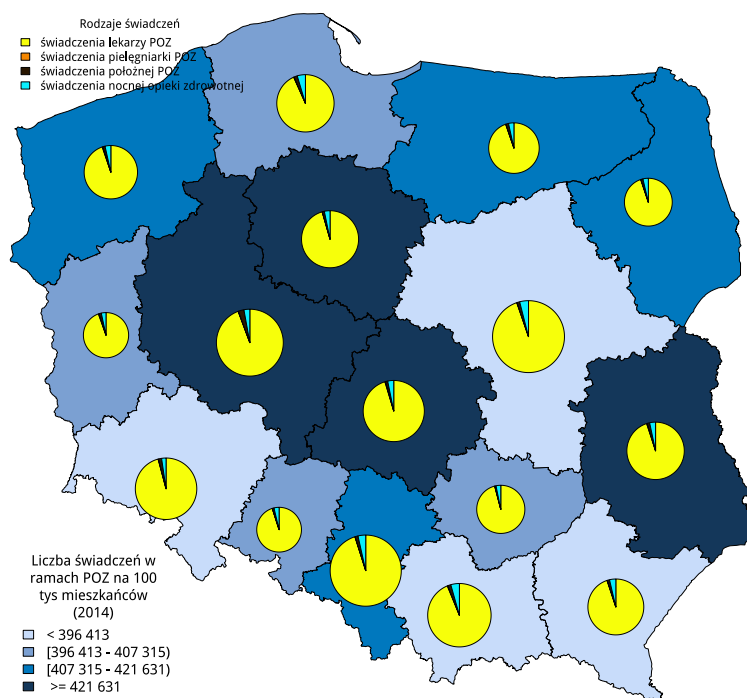
Województwo	Liczba świadczeń lekarzy POZ (w tys.)	Liczba świadczeń pielęgniarok POZ (w tys.)	Liczba świadczeń położnych POZ (w tys.)	Liczba świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej (w tys.)	Liczba świadczeń lekarzy POZ na 100 tys. ludności	Liczba świadczeń pielęgniarok POZ na 100 tys. ludności	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

<sup>75</sup>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. 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
<b>suma</b>	<b>148 087</b>	<b>326</b>	<b>2 334</b>	<b>5 468</b>	-	-	-	-

Zródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS

Wykres 2.31: 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 2.92. Największa liczba świadczeń udzielonych przez lekarzy POZ została udzielona w województwie mazowieckim (18 405 tys.) a najmniejsza w województwie opolskim (3 798 tys.). Różnicowanie liczby świadczeń dla poszczególnych województw przedstawiono na Wykresie 2.32. Po standaryzacji względem wieku i płci największa liczba świadczeń została udzielona w województwie łódzkim, a najmniejsza w województwie mazowieckim. Z

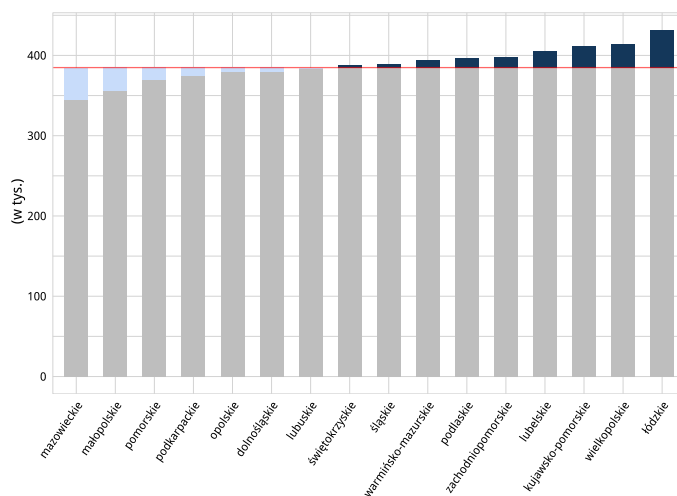
kolei najwięcej świadczeń dla pacjentów spoza województwa zostało udzielonych w województwie mazowieckim, stanowiły one 2,23% wszystkich świadczeń lekarzy POZ w tym województwie. Najmniej świadczeń dla pacjentów spoza województwa udzielono w województwie opolskim, stanowiły one 1,58% wszystkich świadczeń udzielonych przez lekarzy POZ w tym województwie. Liczbę świadczeń lekarzy POZ dla poszczególnych grup wiekowych przedstawiono w Tabeli 2.93.

Tabela 2.92: 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
<b>suma</b>	<b>6 596</b>	<b>148 087</b>	-	-	-	-

Zródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS

Wykres 2.32: Liczba sprawozdanych świadczeń lekarzy POZ na 100 tys. ludności w województwach (2014)



Zródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS

Tabela 2.93: 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
<b>suma</b>	<b>9 319</b>	<b>8 400</b>	<b>7 766</b>	<b>6 602</b>	<b>6 234</b>	<b>21 653</b>	<b>42 412</b>	<b>45 702</b>

Zródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ

## 2.3.2 Świadczenia Podstawowej Opieki Zdrowotnej

W 2014 roku w województwie pomorskim świadczenia w ramach Podstawowej Opieki Zdrowotnej udzielało 385 podmiotów. Świadczenia lekarza POZ były udzielane w 311 podmiotach, świadczenia pielęgniarki POZ w 135, świadczenia położnej POZ w 171 a świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej w 26. Na 100 tysięcy mieszkańców województwa pomorskiego przypadało 13,51 podmiotów udzielających świadczeń lekarza POZ, 5,86 podmiotów udzielających świadczeń pielęgniarki POZ, 7,43 podmiotów udzielających świadczeń położnej POZ oraz 1,13 podmiotów świadczących nocną i świąteczną opiekę zdrowotną. Liczba świadczeń udzielona przez te podmioty wyniosła 9 128 tys., z tego 93,27% stanowiły świadczenia lekarzy, 0,22% świadczenia pielęgniarki, 1,88% świadczenia położnej a 4,62% świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej.

## Świadczenia Lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej w województwie pomorskim

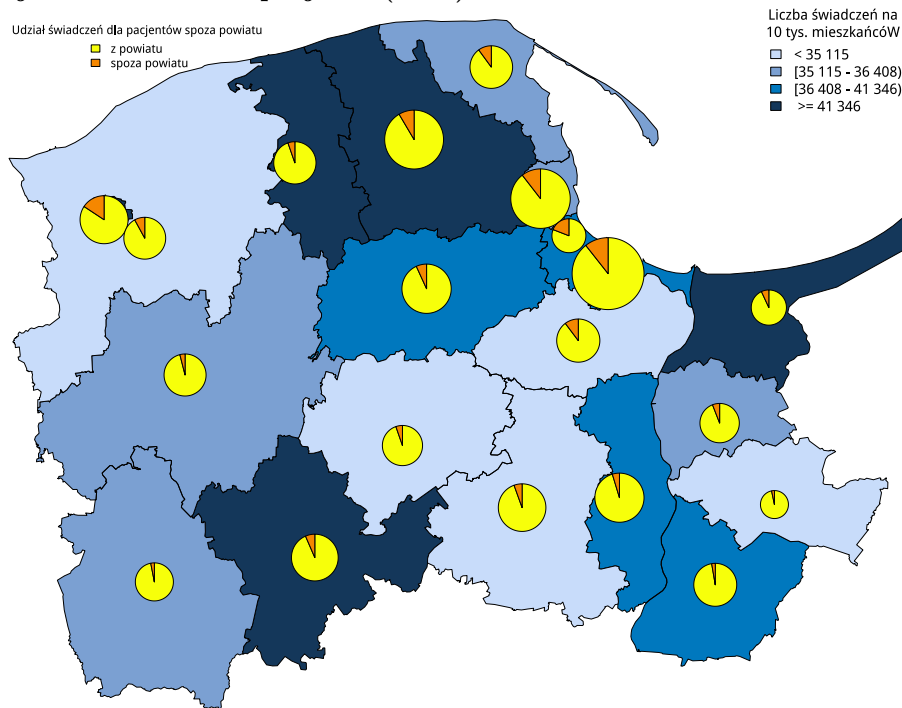
Największa liczba świadczeń lekarza POZ w województwie pomorskim została udzielona w powiecie m. Gdańsk i wynosiła 1 699 tys. czyli średnio 37 tys. świadczeń na 10 tys. ludności a najmniejsza w powiecie sztumski i wynosiła 73 tys., czyli średnio 17 tys. świadczeń na 10 tys. ludności. Tabela 2.94 przedstawia liczbę świadczeń lekarza POZ dla wszystkich powiatów województwa pomorskiego. Liczba świadczeń na jednego ubezpieczonego była najwyższa w powiecie nowodworski (4,69) a najniższa w sztumski (1,93). Po standaryzacji względem wieku i płci na 10 tys. mieszkańców najwyższa liczba świadczeń lekarzy POZ została udzielona w powiecie m. Słupsk (46 tys.), a najniższa w sztumski (18 tys.).

Tabela 2.94: 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)
bytowski	21	2,67	283	3,97	36 044	37 285	3,82
chojnicki	11	1,14	404	6,52	41 925	42 728	4,05
człuchowski	16	2,81	204	3,05	35 706	36 406	3,96
gdański	14	1,30	310	10,26	28 840	30 755	3,78
kartuski	10	0,79	482	6,83	37 953	39 466	4,19
kościerski	7	0,98	244	5,31	34 135	35 148	3,60
kwidzyński	15	1,79	305	2,67	36 419	37 952	3,78
łęborski	23	3,47	289	5,31	43 622	44 394	4,57
malborski	12	1,87	228	5,89	35 441	35 532	3,72
nowodworski	9	2,48	157	6,90	43 299	44 239	4,69
pucki	15	1,82	297	10,05	35 988	37 279	4,21
słupski	19	1,94	279	7,96	28 559	29 690	3,79
starogardzki	9	0,71	429	5,49	33 695	34 556	3,65
tczewski	9	0,78	478	4,67	41 153	41 753	4,34
wejherowski	24	1,16	872	8,50	41 987	43 554	4,36
sztumski	4	0,94	73	3,30	17 196	17 958	1,93
m. Gdańsk	53	1,15	1 699	10,63	36 813	36 006	3,56
m. Gdynia	24	0,97	902	10,49	36 397	35 310	3,69
m. Słupsk	8	0,86	442	15,71	47 403	45 992	4,14
m. Sopot	8	2,12	139	19,10	37 025	33 566	3,61

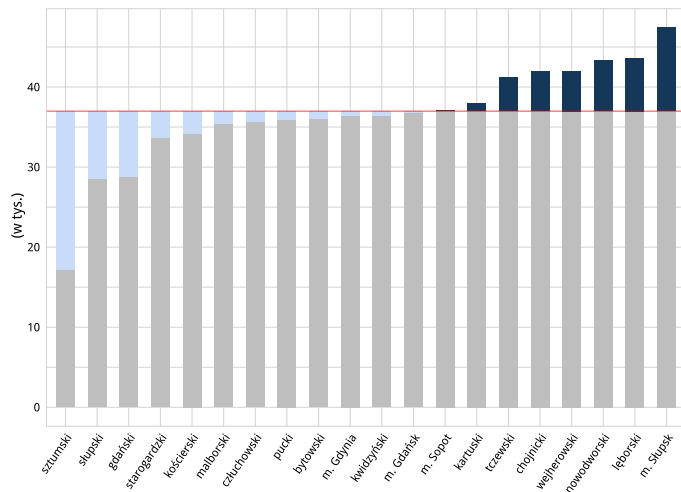
Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS

Wykres 2.33: 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 2.34: 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 2.95. W 2014 w całym województwie pomorskim świadczenia - bilans zdrowia stanowiły 1,02% świadczeń lekarzy POZ, porady patronażowe 0,15%, świadczenia dla pacjentów z rozpoznaniem cukrzycy i/lub chorób układu krążenia 20,46% a świadczenia dla pacjentów z rozpoznaniem innym niż cukrzyca i/lub choroba układu krążenia 78,38%. 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 2.95.

Tabela 2.95: 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
bytowski	21	283	0,36	3,82	1,28	0,14	24,19	74,03
chojnicki	11	404	0,39	4,05	1,24	0,15	21,67	76,55
człuchowski	16	204	0,54	3,96	0,83	0,14	30,28	68,21
gdański	14	310	0,23	3,78	1,43	0,15	18,28	79,91
kartuski	10	482	0,55	4,19	1,67	0,26	15,20	82,32
kościerski	7	244	0,49	3,60	1,94	0,15	17,17	80,26
kwidzyński	15	305	0,17	3,78	0,90	0,06	25,53	73,34
łęborski	23	289	1,62	4,57	1,34	0,17	29,87	67,01
malborski	12	228	0,14	3,72	1,01	0,10	18,02	80,73
nowodworski	9	157	3,32	4,69	0,90	0,10	15,85	79,83
pucki	15	297	5,92	4,21	0,71	0,04	19,97	73,35
śląpski	19	279	2,10	3,79	0,54	0,13	25,98	71,26
starogardzki	9	429	0,34	3,65	0,65	0,04	22,95	76,02
tczewski	9	478	0,10	4,34	0,86	0,09	21,14	77,81
wejherowski	24	872	0,41	4,36	1,38	0,22	19,95	78,03
sztumski	4	73	0,05	1,93	1,50	0,01	27,39	71,06
m. Gdańsk	53	1 699	0,42	3,56	0,85	0,23	19,50	79,00
m. Gdynia	24	902	0,31	3,69	0,48	0,11	19,29	79,81
m. Słupsk	8	442	0,18	4,14	1,09	0,05	10,55	88,13
m. Sopot	8	139	0,83	3,61	0,66	0,10	23,65	74,76

Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ

Tabela 2.96: 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+
bytowski	19	15	14	15	15	44	89	72
chojnicki	24	22	22	21	19	62	123	111
człuchowski	11	8	9	9	9	30	71	57
gdański	26	21	20	16	14	54	82	75
kartuski	48	37	35	30	27	80	123	102
kościerski	17	14	13	13	12	39	72	62
kwidzyński	17	17	16	16	12	46	98	83
łęborski	18	15	16	15	13	42	90	81
malborski	11	11	10	11	9	31	76	71
nowodworski	8	8	8	7	7	24	50	43
pucki	23	20	20	16	14	48	82	74
śląpski	14	12	13	14	13	40	91	83
starogardzki	29	24	24	22	21	67	130	112



Powiat	≤ 2	3 – 5	6 – 10	11 – 17	18 – 24	25 – 44	45 – 64	65+
tczewski	31	28	28	25	23	75	140	128
wejherowski	75	64	56	45	42	150	229	211
sztumski	4	4	4	4	3	10	25	20
m. Gdańsk	134	111	93	69	78	255	427	532
m. Gdynia	68	60	50	40	35	116	228	304
m. Słupsk	28	23	22	20	16	55	132	147
m. Sopot	6	5	4	4	6	19	35	60
<b>suma</b>	<b>613</b>	<b>520</b>	<b>476</b>	<b>411</b>	<b>387</b>	<b>1 287</b>	<b>2 393</b>	<b>2 428</b>

Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ

## Świadczenia Pielęgniarki Podstawowej Opieki Zdrowotnej w województwie pomorskim

Najwięcej świadczeń pielęgniarki POZ udzielono w powiecie m. Gdańsk (3 705), a najmniej w powiecie malborski (22). Tabela 2.97 przedstawia liczbę świadczeń pielęgniarek POZ dla wszystkich powiatów województwa pomorskiego. Udział poszczególnych rodzajów świadczeń przedstawia Tabela 2.98. W 2014 w całym województwie pomorskim porady profilaktyczne w programie profilaktyki gruźlicy stanowiły 33,70% świadczeń pielęgniarki POZ, porady patronażowe 39,36%, a świadczenia dla pacjentów spoza list świadczeniobiorców 26,95%.

Tabela 2.97: 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.)
bytowski	9	1,14	800	10,62	102	116
chojnicki	7	0,73	876	0,91	91	102
człuchowski	6	1,05	1 262	3,09	221	243
gdański	6	0,56	422	0,24	39	43
kartuski	4	0,31	448	6,25	35	35
kościerski	6	0,84	912	3,62	128	138
kwidzyński	3	0,36	177	3,95	21	26
lęborski	9	1,36	1 341	41,24	202	228
malborski	2	0,31	22	-	3	4
nowodworski	5	1,38	851	91,89	235	249
pucki	6	0,73	3 398	83,78	412	422
słupski	7	0,72	901	52,83	92	105
starogardzki	5	0,39	284	6,69	22	26
tczewski	4	0,34	256	3,52	22	26
wejherowski	11	0,53	2 345	5,42	113	120
sztumski	1	0,24	50	-	12	15
m. Gdańsk	24	0,52	3 705	9,93	80	82

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.)
m. Gdynia	15	0,61	945	10,69	38	38
m. Słupsk	5	0,54	1 444	0,35	155	235

Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS

Tabela 2.98: 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
bytowski	9	800	3,38	86,00	10,62
chojnicki	7	876	18,15	81,85	-
człuchowski	6	1 262	73,45	25,44	1,11
gdański	6	422	14,93	85,07	-
kartuski	4	448	12,72	77,23	10,04
kościerski	6	912	78,84	19,41	1,75
kwidzyński	3	177	-	96,05	3,95
łęborski	9	1 341	0,67	51,75	47,58
malborski	2	22	-	95,45	4,55
nowodworski	5	851	0,35	2,59	97,06
pucki	6	3 398	8,62	0,18	91,20
słupski	7	901	7,99	35,63	56,38
starogardzki	5	284	1,76	91,55	6,69
tczewski	4	256	18,36	81,25	0,39
wejherowski	11	2 345	52,11	47,68	0,21
sztumski	1	50	-	100,00	-
m. Gdańsk	24	3 705	68,77	25,18	6,05
m. Gdynia	15	945	77,78	20,21	2,01
m. Słupsk	5	1 444	0,07	99,86	0,07

Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ

## Świadczenia Położnej Podstawowej Opieki Zdrowotnej w województwie pomorskim

Najwięcej świadczeń położnej POZ udzielono w powiecie m. Gdańsk (49 295), a najmniej w powiecie m. Sopot (154). Tabela 2.99 przedstawia liczbę świadczeń położnej POZ dla wszystkich powiatów województwa pomorskiego. Z kolei udział poszczególnych rodzajów świadczeń przedstawia Tabela 2.100. W 2014 w całym województwie pomorskim wizyty patronażowe stanowiły 51,58% świadczeń położnej POZ, wizyty w opiece pooperacyjnej 0,46%, wizyty w edukacji przedporodowej 47,95%, a świadczenia dla pacjentów spoza list świadczeniobiorców 0,00%.

Tabela 2.99: 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.)
bytowski	6	0,76	5 709	1,49	1 447	925
chojnicki	5	0,52	12 411	6,03	2 544	2 296
człuchowski	4	0,70	6 080	5,00	2 110	1 969
gdański	6	0,56	4 874	3,39	894	553
kartuski	8	0,63	12 085	10,33	1 905	1 410
kościerski	5	0,70	1 966	2,80	552	397
kwidziński	6	0,72	8 518	3,47	2 028	1 879
łęborski	4	0,60	4 089	1,79	1 216	757
malborski	5	0,78	6 714	6,21	2 045	2 003
nowodworski	7	1,93	1 540	9,03	844	739
pucki	10	1,21	1 034	0,58	249	149
ślupski	7	0,72	2 007	2,89	412	289
starogardzki	7	0,55	11 449	6,36	1 772	1 682
tczewski	10	0,86	8 998	4,52	1 528	1 390
wejherowski	16	0,77	17 622	6,91	1 682	1 286
sztumski	2	0,47	999	-	469	287
m. Gdańsk	37	0,80	49 295	36,62	2 030	2 057
m. Gdynia	18	0,73	9 055	15,31	694	583
m. Ślupsk	5	0,54	6 790	13,71	1 378	1 407
m. Sopot	3	0,80	154	1,30	76	68

Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS

Tabela 2.100: 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 pooperacyjnych	% wizyt patronazowych	% świadczeń dla pacjentów spoza listy świadczeniobiorców
bytowski	6	5 709	20,25	-	79,75	-
chojnicki	5	12 411	52,70	0,02	47,28	-
człuchowski	4	6 080	52,04	-	47,86	0,10
gdański	6	4 874	11,45	0,98	87,57	-
kartuski	8	12 085	42,37	0,26	57,37	-
kościerski	5	1 966	27,92	0,61	71,46	-
kwidzyński	6	8 518	56,20	0,36	43,44	-
łęborski	4	4 089	9,98	-	90,02	-
malborski	5	6 714	55,57	0,69	43,74	-
nowodworski	7	1 540	41,36	0,91	57,73	-
pucki	10	1 034	5,90	0,48	93,62	-
ślupski	7	2 007	10,11	-	89,89	-
starogardzki	7	11 449	59,54	0,51	39,95	-
tczewski	10	8 998	49,22	2,72	48,06	-
wejherowski	16	17 622	40,89	0,20	58,90	-
sztumski	2	999	4,80	0,50	94,69	-
m. Gdańsk	37	49 295	66,77	0,50	32,73	0,00
m. Gdynia	18	9 055	24,62	0,06	75,33	-
m. Słupsk	5	6 790	24,02	-	75,98	-
m. Sopot	3	154	-	1,30	98,70	-

Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ

## Świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej w województwie pomorskim

Najwięcej świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej udzielono w powiecie m. Gdańsk (87 875), a najmniej w powiecie człuchowski (4 198). Tabela 2.101 przedstawia liczbę świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej dla wszystkich powiatów województwa pomorskiego. Z kolei udział poszczególnych rodzajów świadczeń przedstawia Tabela 2.101. W 2014 w całym województwie pomorskim porady ambulatoryjne stanowiły 95,19% świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, porady wyjazdowe 4,06% a porady dla pacjentów z UE/EFTA 0,75%.

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.)
--------	---	---	---	--------------------------------------	---

Tabela 2.101: 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.)
bytowski	2	14 053	12,66	1 787	1 780
chojnicki	1	20 353	17,81	2 113	2 085
człuchowski	1	4 198	6,91	736	747
gdański	1	13 925	17,15	1 297	1 276
kartuski	1	19 797	8,07	1 558	1 473
kościerski	1	12 940	14,20	1 812	1 779
kwidzyński	1	10 845	8,83	1 297	1 300
łęborski	1	22 612	29,25	3 413	3 413
malborski	1	15 238	39,16	2 371	2 414
nowodworski	1	5 912	17,54	1 631	1 651
pucki	1	10 753	23,40	1 305	1 289
słupski	1	14 101	18,87	1 443	1 474
starogardzki	2	26 158	8,50	2 055	2 035
tczewski	2	25 537	9,06	2 201	2 187
wejherowski	2	30 100	14,99	1 449	1 405
sztumski	-	-	-	-	-
m. Gdańsk	4	87 875	18,35	1 904	1 998
m. Gdynia	1	39 303	20,46	1 586	1 672
m. Słupsk	1	42 366	34,30	4 545	4 751
m. Sopot	1	6 068	40,49	1 612	1 631

Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS

Tabela 2.102: 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
bytowski	2	14 053	95,13	3,75	1,12
chojnicki	1	20 353	96,75	2,16	1,09

Powiat	Liczba świadczeniodawców sprawozdających świadczenia nocnej opieki zdrowotnej	Liczba świadczeń nocnej opieki zdrowotnej	% świadczeń ambulatoryjnych	% świadczeń wyjazdowych	% świadczeń dla pacjentów z UE
człuchowski	1	4 198	95,16	3,50	1,33
gdański	1	13 925	94,59	4,90	0,52
kartuski	1	19 797	97,52	2,07	0,41
kościerski	1	12 940	96,34	3,38	0,27
kwidzyński	1	10 845	90,42	8,42	1,16
łęborski	1	22 612	95,08	3,67	1,25
malborski	1	15 238	94,86	4,16	0,98
nowodworski	1	5 912	94,55	4,77	0,68
pucki	1	10 753	91,09	8,25	0,66
słupski	1	14 101	98,61	0,66	0,73
starogardzki	2	26 158	94,64	4,63	0,73
tczewski	2	25 537	94,46	4,87	0,67
wejherowski	2	30 100	95,51	4,17	0,32
sztumski	-	-	-	-	-
m. Gdańsk	4	87 875	95,19	4,21	0,60
m. Gdynia	1	39 303	97,56	1,65	0,79
m. Słupsk	1	42 366	93,93	5,25	0,82
m. Sopot	1	6 068	88,15	9,61	2,24

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 pomorskim funkcjonowało 309 podmiotów. Liczbę podmiotów POZ w poszczególnych województwach przedstawiono na Wykresie 2.35, a w poszczególnych pomorskich powiatach na Wykresie 2.36.

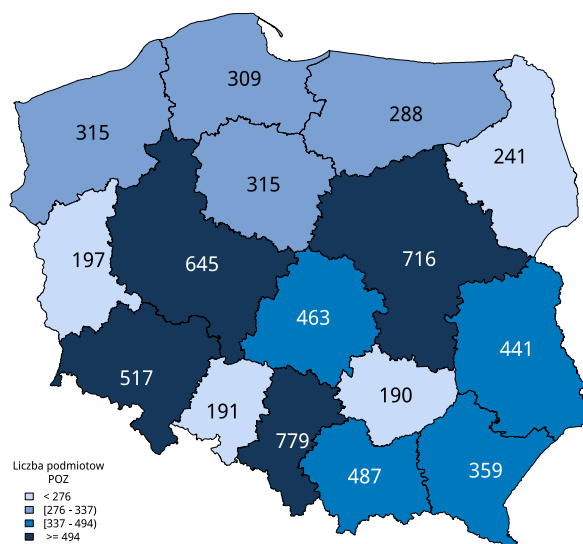
Różnice w liczbie podmiotów podanych w poprzedniej części dokumentu a obecnej wynikają głównie z faktu, iż lista aktywna dotyczy tylko lekarzy POZ oraz przedstawia stan na miesiąc czerwiec 2014 roku. Z kolei dane sprawozdawcze odnoszą się do całego roku 2014 oraz uwzględniają wszystkie typy świadczeń. 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.). Średnią liczbę pacjentów zapisanych do podmiotów POZ w województwach przedstawiono na Wykresie 2.37. Spośród powiatów województwa pomorskiego największą liczbą pacjentów zapisanych do jednego świadczeniodawcy POZ charakteryzowały się następujące powiaty: powiat m. Słupsk, powiat starogardzki oraz powiat tczewski. Powiaty łęborski, człuchowski i bytowski cechowały się z kolei najniższymi wartościami tej statystyki. Średnią liczbę pacjentów zapisanych do podmiotów POZ w powiatach województwa pomorskiego przedstawiono

na Wykresie 2.38.

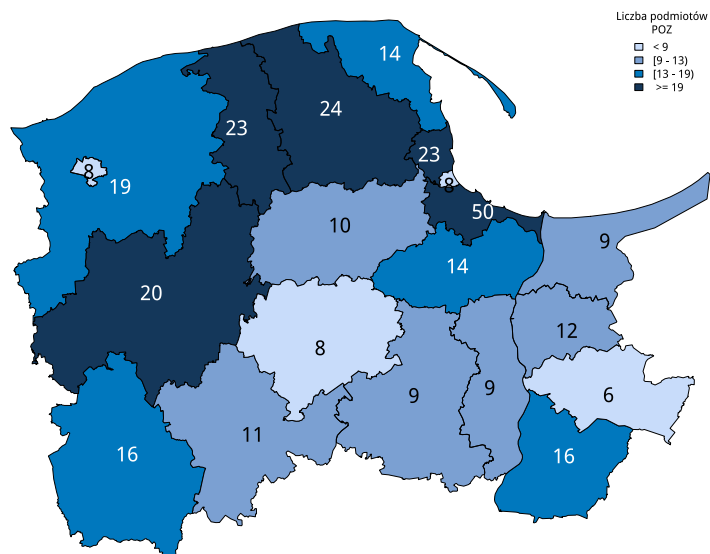
W 2014 roku 37,01 mln osób zapisanych było do jednego podmiotu Podstawowej Opieki Zdrowotnej (stan na czerwiec). Oznacza to, że 96 na 100 mieszkańców Polski było w czerwcu 2014 roku zapisanych do podmiotów POZ. Najwyższym wskaźnikiem osób zapisanych do POZ w stosunku do liczby ludności cechowały się 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). W województwie pomorskim wskaźnik ten wyniósł 95,9 na 100 mieszkańców, co plasowało to województwo na dziewiątym miejscu w Polsce. Liczbę osób zapisanych do podmiotów POZ w przeliczeniu na 100 mieszkańców województwa przedstawiono na Wykresie 2.39. W 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 76 (powiat słupski) do 114 (powiat m. Słupsk). Zauważyć też można powiaty, w których liczba zapisanych pacjentów przekraczała liczbę mieszkańców (powiat m. Sopot, powiat m. Gdańsk, powiat chojnicki, powiat m. Słupsk). 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 pomorskiego przedstawiono na Wykresie 2.40.

Wykres 2.35: Liczba podmiotów POZ w województwach Polski (stan na czerwiec 2014)



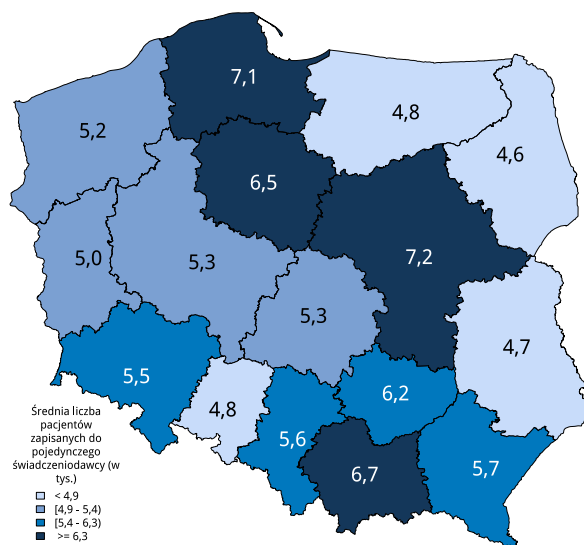
Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ

Wykres 2.36: Liczba podmiotów POZ w powiatach województwa pomorskiego (stan na czerwiec 2014)



Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ

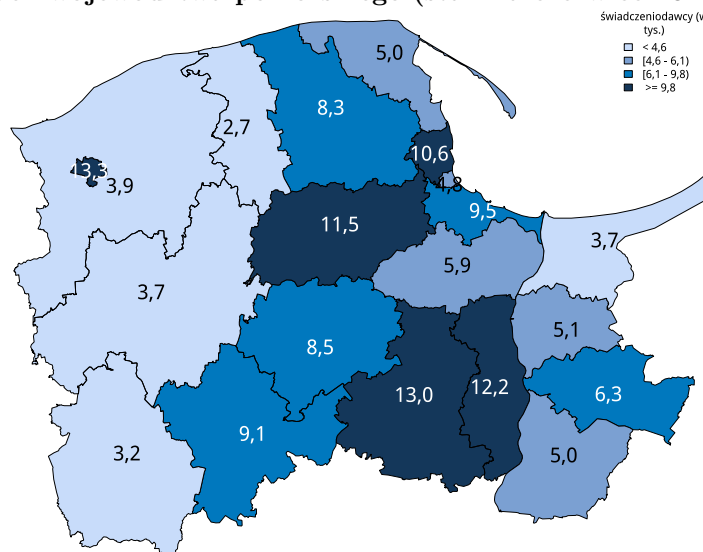
Wykres 2.37: Średnia liczba pacjentów zapisanych do pojedynczego świadczeniodawcy POZ (w tys.) w województwach Polski (stan na czerwiec 2014)



Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ

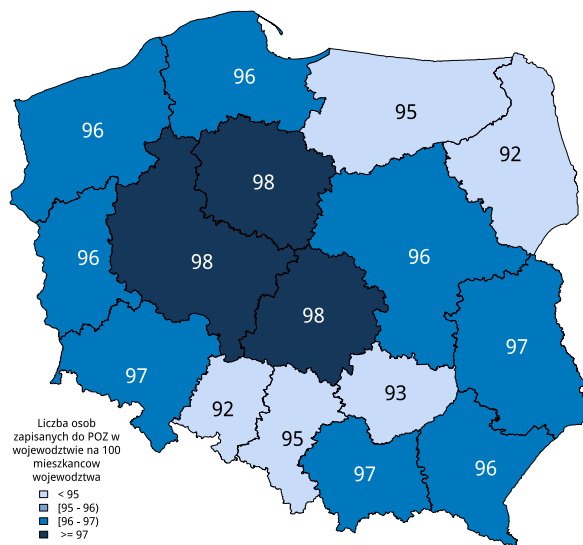


Wykres 2.38: Średnia liczba pacjentów zapisanych do pojedynczego świadczeniodawcy POZ (w tys.) w powiatach województwa pomorskiego (stan na czerwiec 2014)



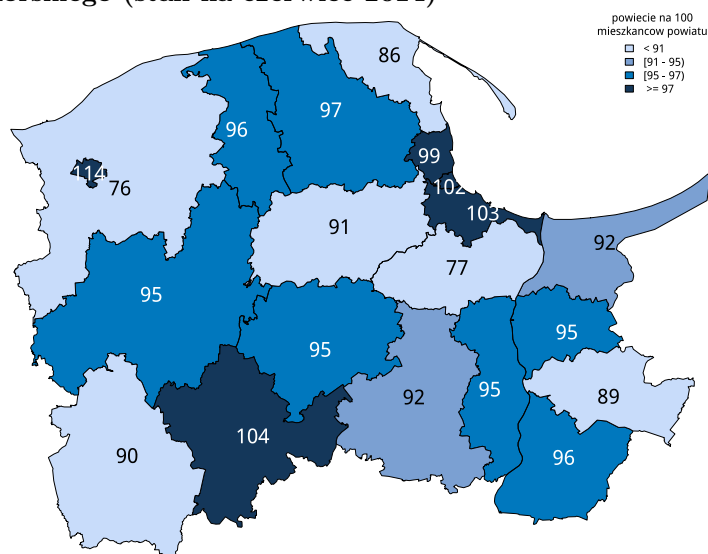
Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ

Wykres 2.39: 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 2.40: Liczba osób zapisanych do podmiotów POZ na 100 mieszkańców w powiatach województwa 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 zdrowia<sup>76</sup>.

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 leczenia<sup>77</sup>.

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 bezpośrednie zdefiniowanie tej

<sup>76</sup>Podstawa 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.

<sup>77</sup>Podstawa 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.

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 2.41. 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 2.42. Spośród 20 powiatów województwa pomorskiego 17, czyli 85%, cechowało się wartością omawianego wskaźnika wyższą od ogólnopolskiej (29,5), a 9, czyli 45%, wyższą od wojewódzkiej (35,5). Skrajne wartości dla powiatów wyniosły 26,5 (powiat człuchowski) oraz 49,8 (powiat lęborski). W skali kraju mediana dla powiatów wyniosła 27,8, co oznacza, że spośród pomorskich powiatów 19 notowało wskaźnik wykorzystania nagłej opieki medycznej powyżej, a 1 poniżej tej środkowej wartości.

Analizy wskaźnika wykorzystania nagłej opieki medycznej dokonano również na poziomie pojedynczych podmiotów POZ. Na Wykresie 2.43 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 (32,5). Wyraźnie ukazuje on przestrzenne rozmieszczenie podmiotów o wyższych i niższych wartościach WWNOM w województwie pomorskim. Na Wykresie 2.44 przedstawiono zależność pomiędzy liczbą osób zapisanych do podmiotu POZ (logarytm), a wskaźnikiem wykorzystania nagłej opieki medycznej w województwie pomorskim. Podobnie 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: 0,10. 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 2.45) 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 2.46 przedstawiono zależność pomiędzy liczbą świadczeń lekarzy POZ udzielanych pacjentom z listy aktywnej a wskaźnikiem WWNOM dla poszczególnych powiatów województwa pomorskiego.

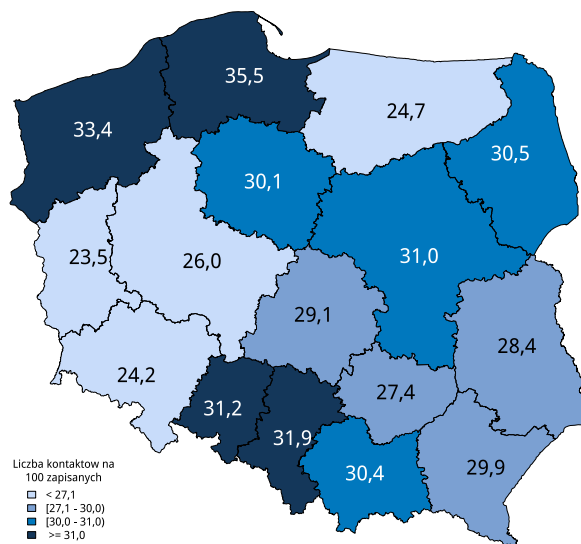
W Tabeli 2.103 przedstawiono liczbę zapisanych pacjentów oraz wskaźnik wykorzystania nagłej opieki medycznej u wybranych świadczeniodawców w omawianym województwie. Przedstawiono wszystkich świadczeniodawców, którzy spełniali przynajmniej jeden z poniższych warunków (1 – 4):

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.

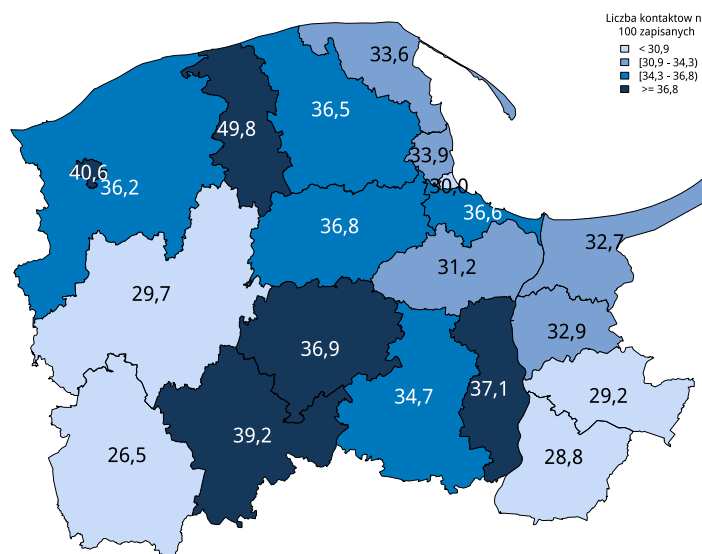
W Tabeli uwzględniono wyłącznie podmioty, do których zapisanych było co najmniej 500 pacjentów.

Wykres 2.41: Wskaźnik wykorzystania nagłej opieki medycznej w województwach Polski



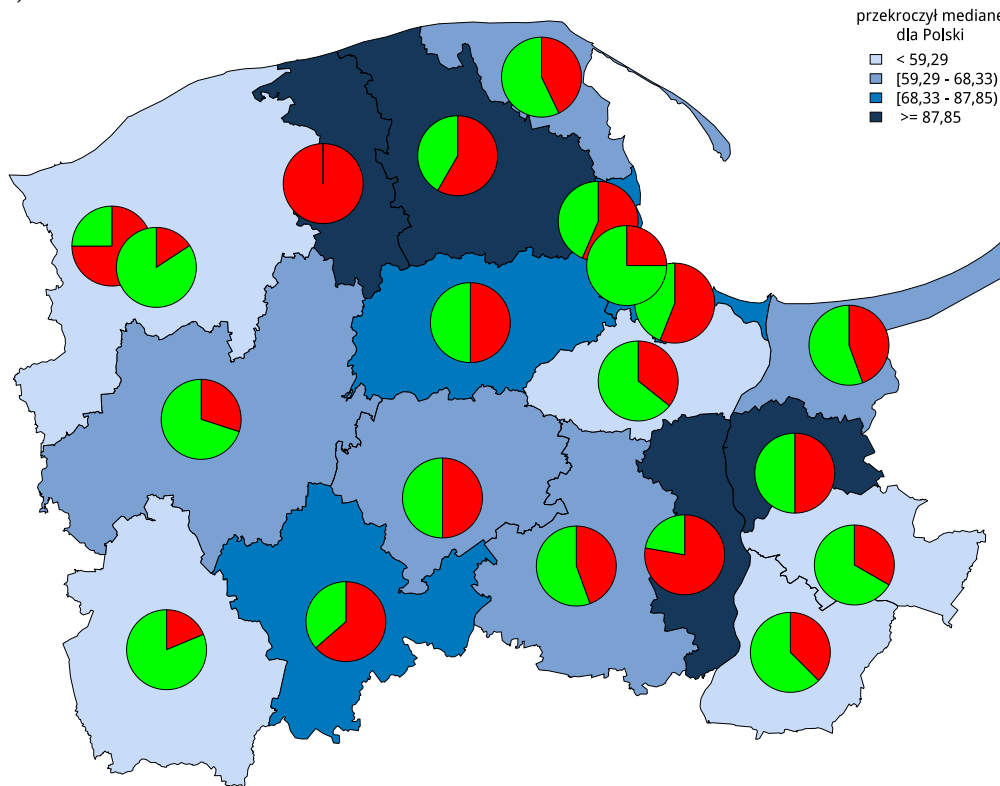
Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ

Wykres 2.42: Wskaźnik wykorzystania nagłej opieki medycznej w powiatach województwa pomorskiego



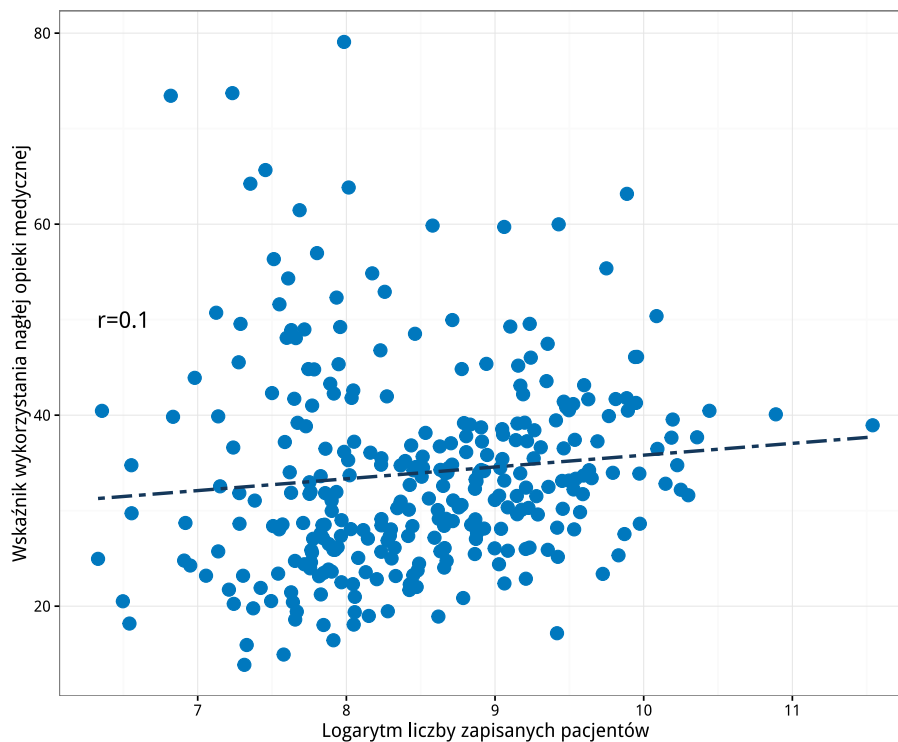
Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ

Wykres 2.43: 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).



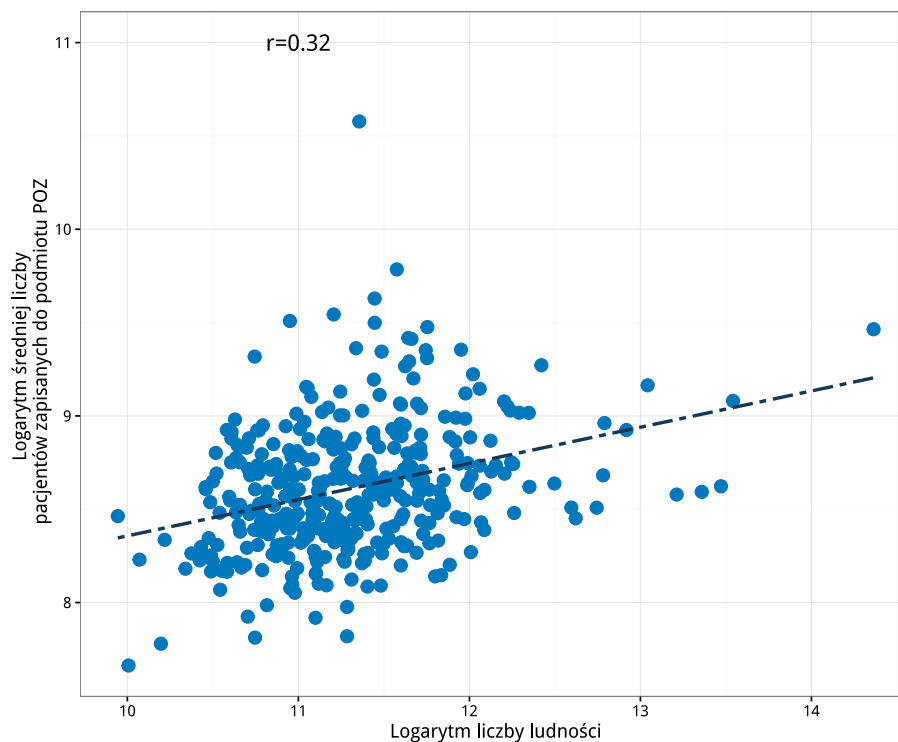
Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ

Wykres 2.44: Zależność pomiędzy liczbą osób zapisanych do podmiotu POZ (logarytm), a wskaźnikiem wykorzystania nagłej opieki medycznej w województwie pomorskim, uwzględniono wyłącznie podmioty, do których zapisanych było przynajmniej 500 pacjentów



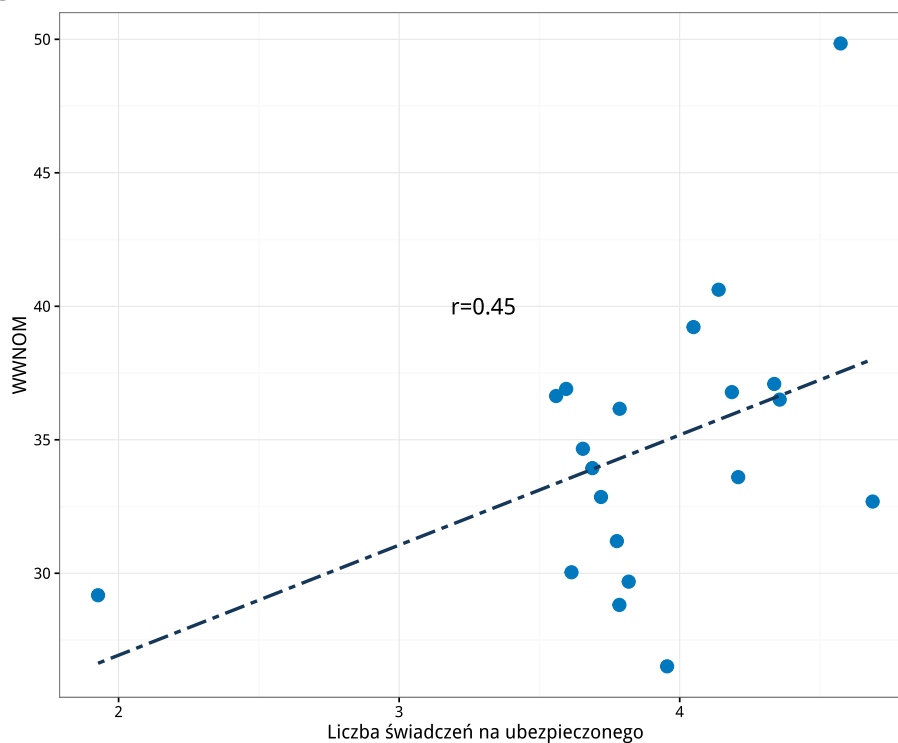
Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ

Wykres 2.45: Zależność pomiędzy 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 2.46: Wskaźnik WWNOM w zależności od liczby sprawozdanych świadczeń lekarzy POZ udzielanych pacjentom z listy aktywnej dla poszczególnych powiatów województwa pomorskiego



Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ

Tabela 2.103: 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
"Eskulap" Wiesława Szpakowska-Chrostowska, Bogdana Sadłowska, Małgorzata Rutkowska-Sankowska, Roman Sadłowski sp.p.	bytowski	8,83	30,3		x		
Szpital Miejski w Miastku sp. z o.o.	bytowski	1,90	51,6	x		x	
Centrum Medyczne Eskulap	chojnicki	18,24	41,7		x		x
Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Therapeutica"	chojnicki	1,46	49,6			x	
Przychodnia Lekarska Nova	chojnicki	17,14	55,4			x	x
Szpital Specjalistyczny im. J. K. Łukowicza w Chojnicach	chojnicki	2,94	79,1	x		x	
Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Almus" s.c. Andrzej Zinczenko i Wspólnicy	człuchowski	6,54	20,9		x		
Indywidualna Specjalistyczna Praktyka Lekarska Halina Groszewska	człuchowski	2,06	48,9	x		x	
Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Centrum Medyczne"	gdański	21,40	33,9		x		x
NZOZ "Medycyna Rodzinna"	gdański	2,40	44,8	x			

Nazwa podmiotu	powiat	Zapisanych pacjentów (w tys.)	WWNOM	Warunek 1	Warunek 2	Warunek 3	Warunek 4
Kaszubskie Centrum Medyczne w Sierakowicach	kartuski	18,60	25,3				x
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Żukowie	kartuski	28,28	32,2		x		x
Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Centrum Medyczne św. Łukasza	kartuski	8,98	49,3			x	
Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Centrum Medyczne "Kaszuby"	kartuski	24,02	50,4	x		x	x
Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Przychodnia"	kościerski	34,28	40,5		x		x
Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Medicenter	kościerski	7,65	45,4	x			
Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Medicus"	kwidzyński	12,30	17,2		x		
Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Sanmed"	kwidzyński	6,85	39,0	x			
Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Gab-Med" Jan Sobczyk	łęborski	2,00	48,1			x	
Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Eps-Medica"	łęborski	4,73	48,5			x	
Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Jan Włodarczyk	łęborski	2,25	49,0			x	
Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Elvita"	łęborski	2,86	49,2			x	
Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Stary Browar"	łęborski	2,79	52,3			x	
Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Zdrowie"	łęborski	3,55	54,8			x	
Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Fa-Med"	łęborski	1,83	56,3			x	
Centrum Medyczne	łęborski	2,45	57,0			x	
Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Dobre Zdrowie"	łęborski	5,33	59,8		x	x	
Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "An-Med"	łęborski	2,18	61,5			x	
Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Medi-Car" Beata Bogdał	łęborski	3,03	63,8			x	
Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Ewa-Med"	łęborski	1,73	65,7			x	
Ośrodek Zdrowia "Promotion"	łęborski	0,92	73,4	x		x	
Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Stogi"	m. Gdańsk	17,90	34,0				x
Przychodnia Lekarska Nowy Chełm	m. Gdańsk	24,16	36,5				x
Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Przychodnia Morena"	m. Gdańsk	31,54	37,7				x
Nadmorskie Centrum Medyczne sp. z o.o. Przychodnia "Na Wzgórzu"	m. Gdańsk	102,77	38,9		x		x
Przychodnia "Kalina"	m. Gdańsk	6,08	50,0			x	
Przychodnia "Kalina"	m. Gdańsk	1,24	50,7			x	
Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Przychodnia Aksamitna"	m. Gdańsk	8,62	59,7			x	



Nazwa podmiotu	powiat	Zapisanych pacjentów (w tys.)	WWNOM	Warunek 1	Warunek 2	Warunek 3	Warunek 4
Centrum Medyczne Polmed	m. Gdańsk	12,43	60,0	x		x	
"Centrum Medyczne Dąbrowa-Dąbrówka" sp. z o.o.	m. Gdynia	19,36	27,6				x
Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Przychodnia U Źródła Marii"	m. Gdynia	21,46	28,6				x
Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Vita-Med	m. Gdynia	25,52	32,8		x		x
Przychodnia Lekarska Grabówek	m. Gdynia	15,26	34,2				x
Przychodnia Lekarska Witomino	m. Gdynia	16,14	37,3				x
Przychodnia Lekarska Obłuże-Oksywie	m. Gdynia	17,43	39,9				x
Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Śródmieście"	m. Gdynia	19,81	40,5	x			x
Miejska Ambulatoryjna Opieka Zdrowotna w Słupsku	m. Słupsk	53,58	40,1		x		x
"Salus" sp. z o.o.	m. Słupsk	20,79	46,1	x			x
Centrum Medyczne "Sopmed" Przychodnia Ośrodek Medyczny "Mederi"	m. Sopot	15,52	33,4	x	x		x
Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Almed"	malborski	10,51	35,5		x		
Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej	malborski	9,32	37,4	x			
Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Spółki Partnerskiej Lekarzy Wojciech Dobrzyński i Grzegorz Brzuszek	nowodworski	9,60	33,9		x		
Szpital im. dr Jadwigi Obodzińskiej-Król w Malborku	nowodworski	1,38	73,7	x		x	
Puckie Centrum Medyczne sp. z o.o. sp.k.	pucki	12,86	36,5		x		
Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Sanitas" sp.j. Przychodnia "Pod Kogucikiem"	pucki	10,23	49,6	x		x	
Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Centrum Medyczne Falck Ustka	słupski	19,68	63,2	x	x	x	x
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Przychodnia Lekarska	starogardzki	29,73	31,6		x		x
Zakład Opieki Zdrowotnej "Medpharma"	starogardzki	27,61	34,8				x
Centrum Medyczne Polmed	starogardzki	21,07	46,1	x			x
Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Eskulap"	sztumski	8,63	22,4		x		
NZOZ MEDICUS	sztumski	3,86	52,9	x		x	
Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Pelmed"	tczewski	16,73	23,4				x
Zespół Opieki Zdrowotnej Medical sp. z o.o.	tczewski	26,55	37,6		x		x
Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Medyk"	tczewski	10,31	46,0	x			
Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Nr 1	wejherowski	26,77	39,5		x		x
Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Kaszuby"	wejherowski	20,91	41,3				x
Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Bukowa"	wejherowski	19,64	41,8				x
Centrum Medyczne Imed	wejherowski	2,02	54,3			x	

Nazwa podmiotu	powiat	Zapisanych pacjentów (w tys.)	WWNOM	Warunek 1	Warunek 2	Warunek 3	Warunek 4
Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Śródmieście"	wejherowski	1,56	64,2	x		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 wiekową<sup>78</sup>, 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.<sup>79</sup> 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.”

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

<sup>79</sup>Prognoza 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.

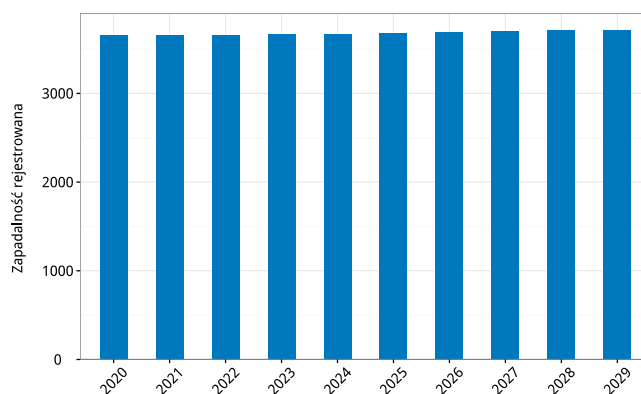
## Prognoza zapadalności rejestrowanej–Przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu C

### 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.

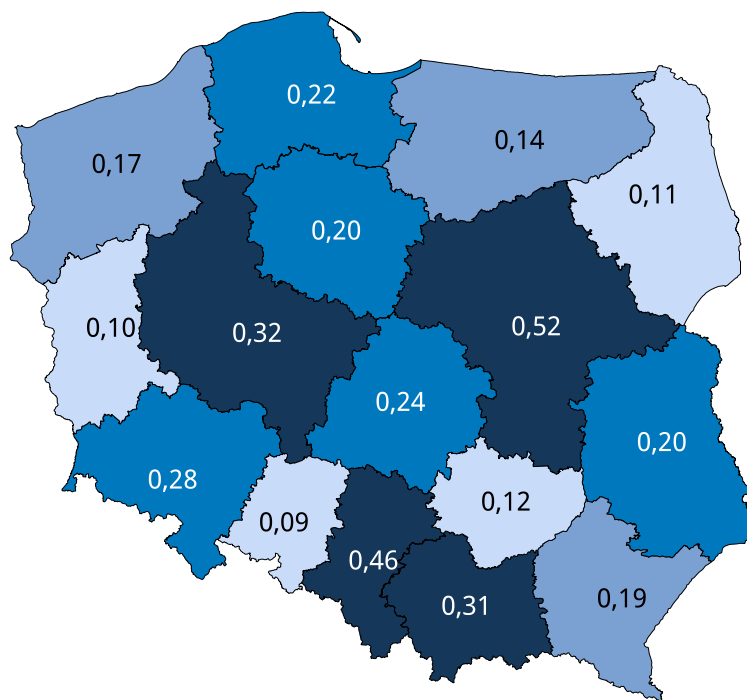
Wykres 3.1: Prognozowana zapadalność rejestrowana w Polsce w latach 2020–2029



Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

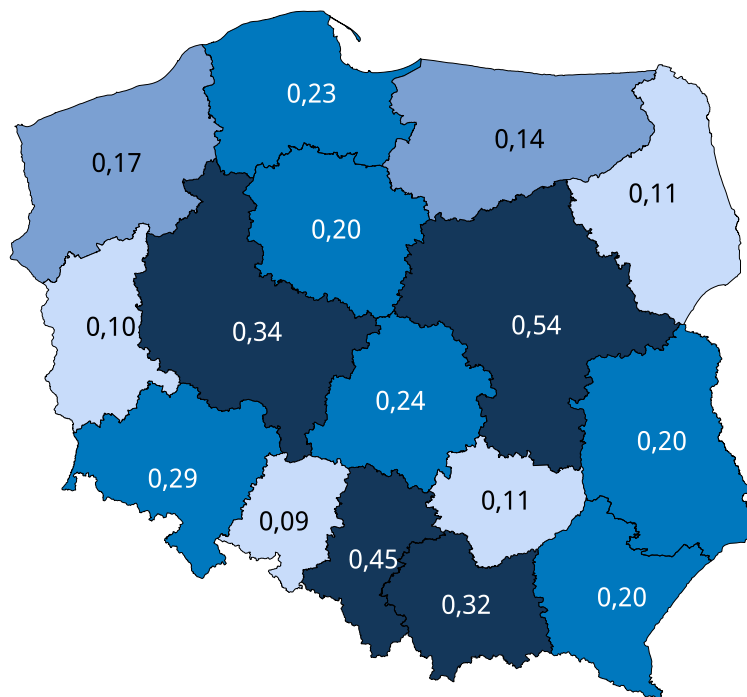
Mapa 3.1 prezentuje prognozowaną zapadalność rejestrowaną dla chorób z analizowanej grupy w 2020 roku w podziale na województwa zamieszkania pacjenta. W województwie pomorskim wartość tej zmiennej będzie wynosiła 0,22 tys. Dane dla roku 2029 zostały przedstawione na Mapie 3.2.

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



Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

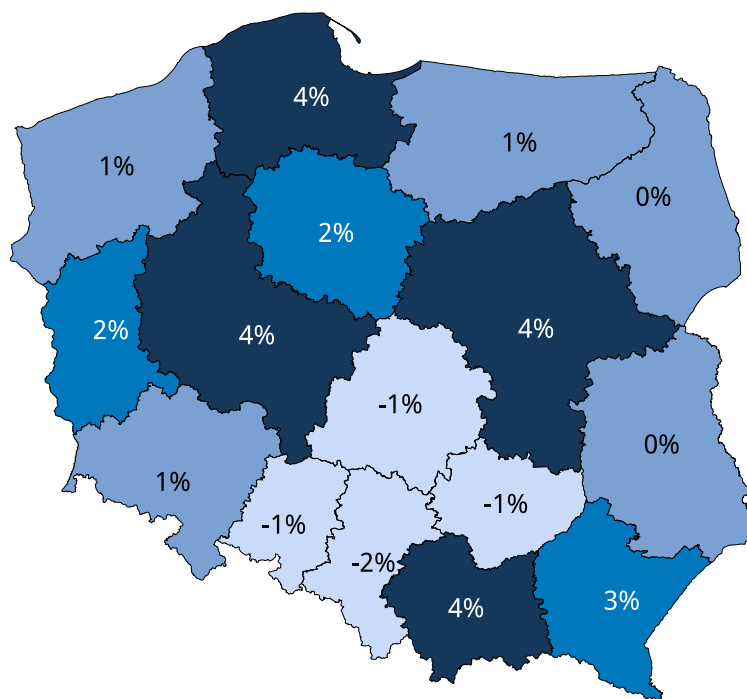
Mapa 3.2: Prognozowana zapadalność rejestrowana (w tys.) w 2029 r. wg województw



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 pomorskim zapadalność rejestrowana w latach 2020–2029 wzrośnie o 4%.

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



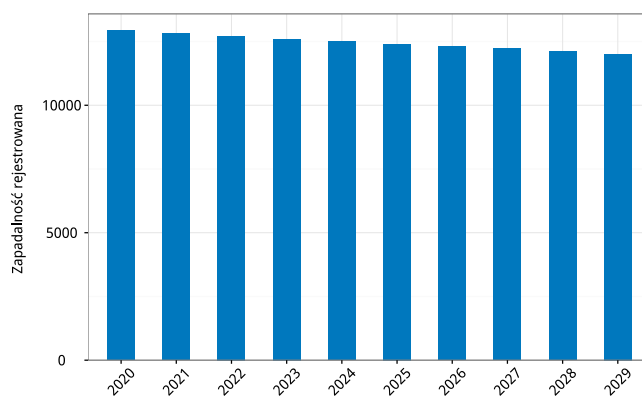
Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

## 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.

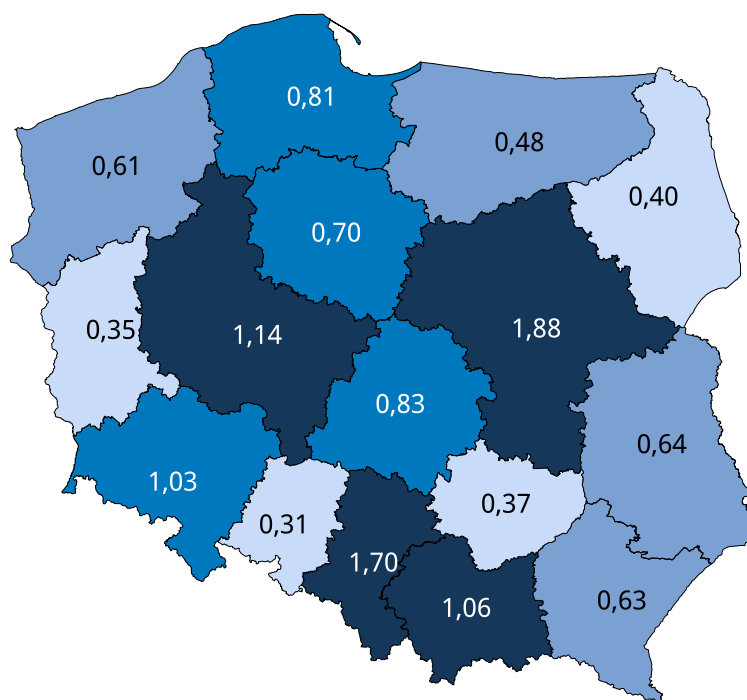
Wykres 3.2: Prognozowana zapadalność rejestrowana w Polsce w latach 2020–2029



Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

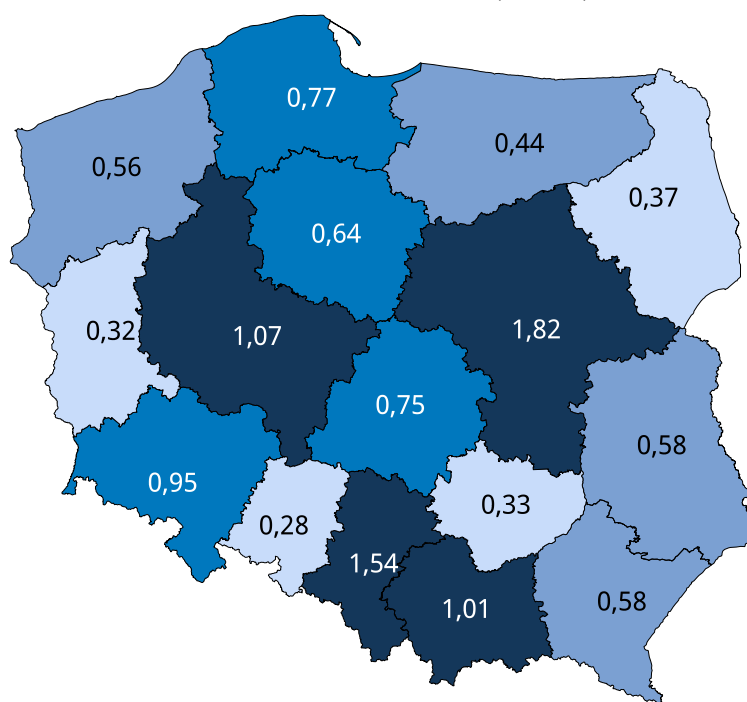
Mapa 3.4 prezentuje prognozowaną zapadalność rejestrowaną dla chorób z analizowanej grupy w 2020 roku w podziale na województwa zamieszkania pacjenta. W województwie pomorskim wartość tej zmiennej będzie wynosiła 0,81 tys. Dane dla roku 2029 zostały przedstawione na Mapie 3.5.

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



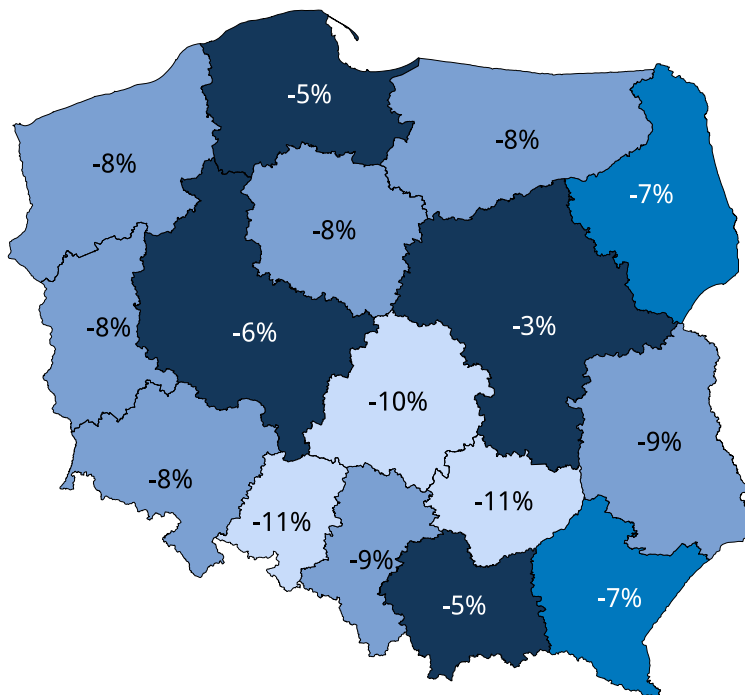
Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

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



w latach 2020–2029 zmaleje o 5%.

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

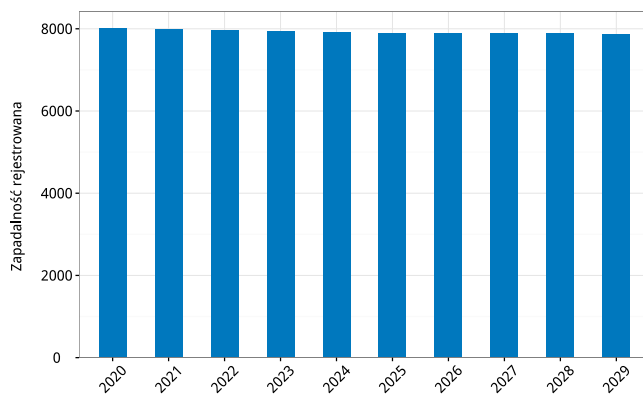


Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

### 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

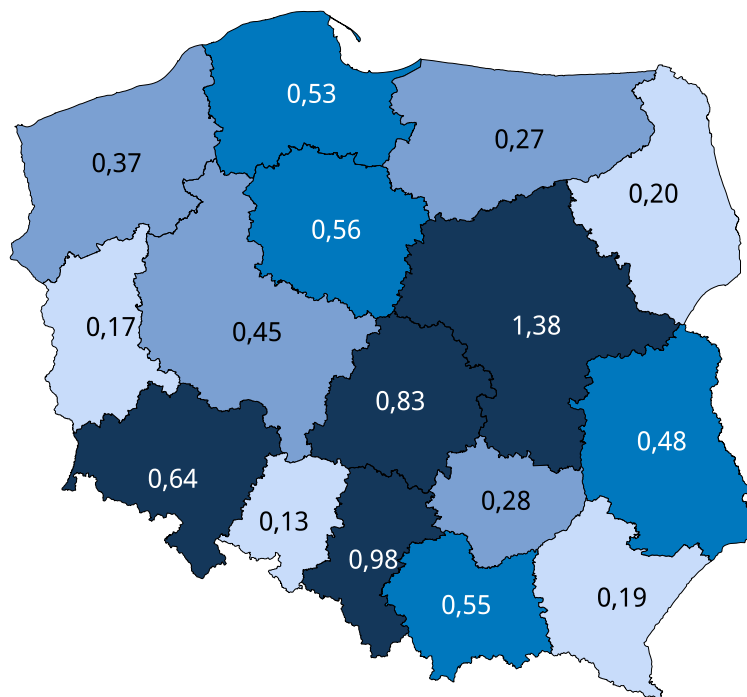


Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

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

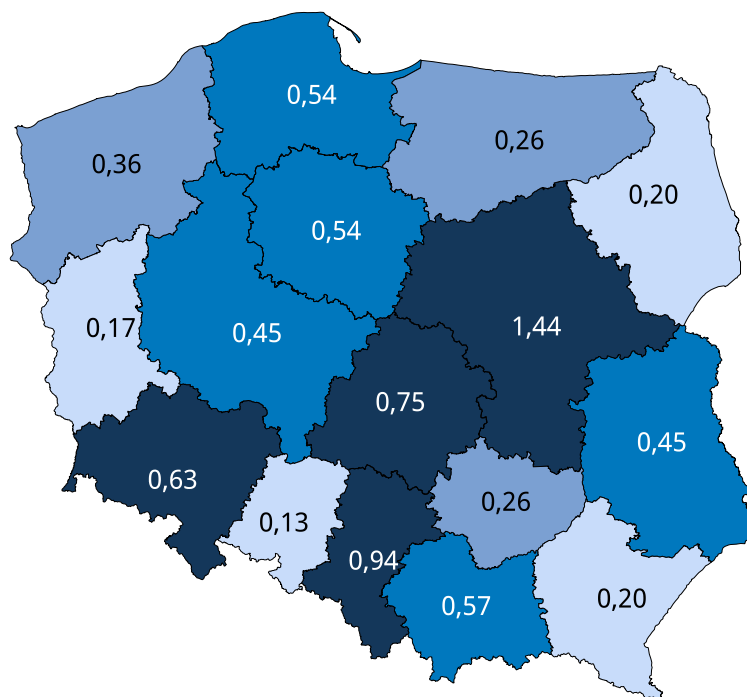
2020 roku w podziale na województwa zamieszkania pacjenta. W województwie pomorskim wartość tej zmiennej będzie wynosiła 0,53 tys. Dane dla roku 2029 zostały przedstawione na Mapie 3.8.

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



Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

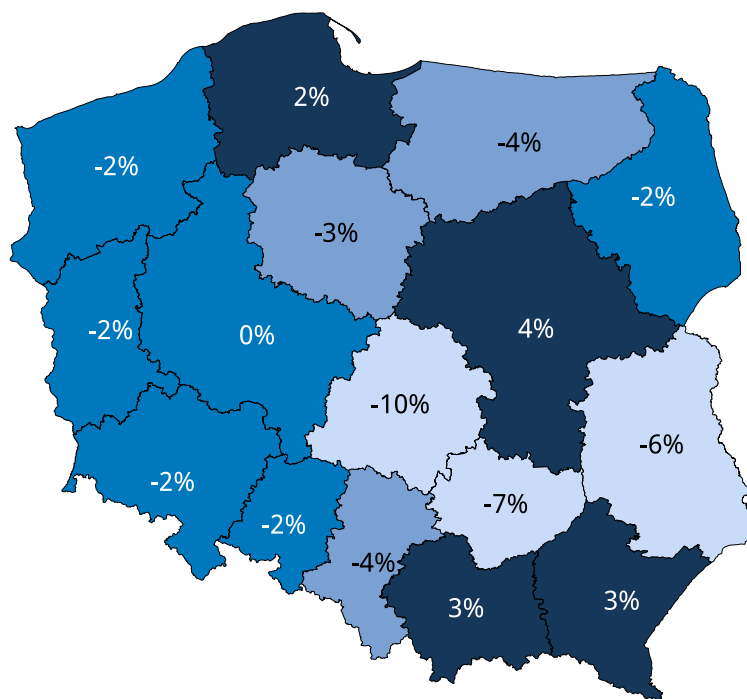
Mapa 3.8: Prognozowana zapadalność rejestrowana (w tys.) w 2029 r. wg województw



Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

Mapa 3.9 prezentuje zmianę zapadalności rejestrowanej w poszczególnych województwach. Zakładając wyłącznie zmiany demograficzne prognozuje się, że w województwie pomorskim zapadalność rejestrowana w latach 2020–2029 wzrośnie o 2%.

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

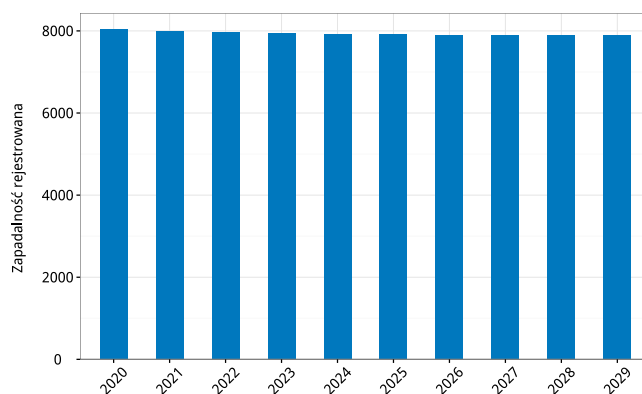


Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

### 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. zmniejszy się do 7,89 tys. (spadek o 2%). Wykres 3.4 przedstawia prognozę zapadalności rejestrowanej w Polsce w latach 2020–2029.

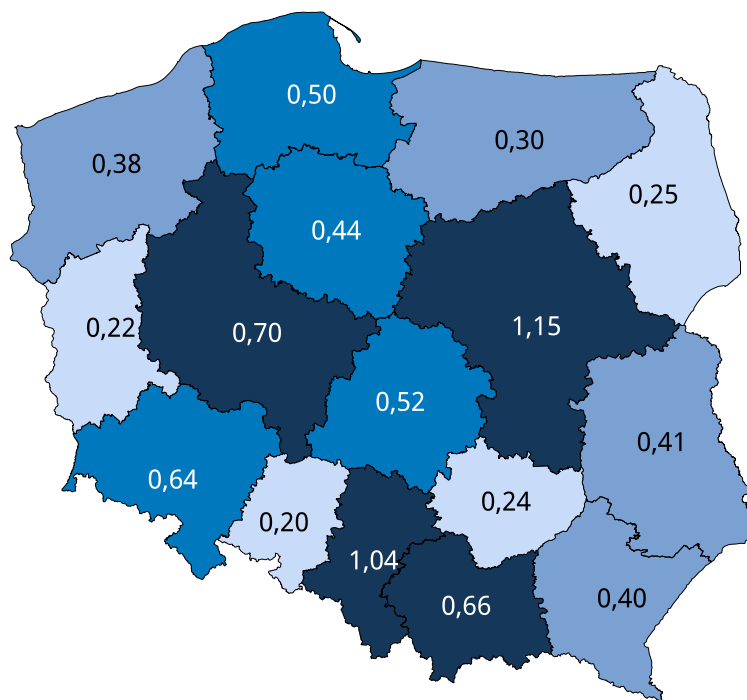
Wykres 3.4: Prognozowana zapadalność rejestrowana w Polsce w latach 2020–2029



Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

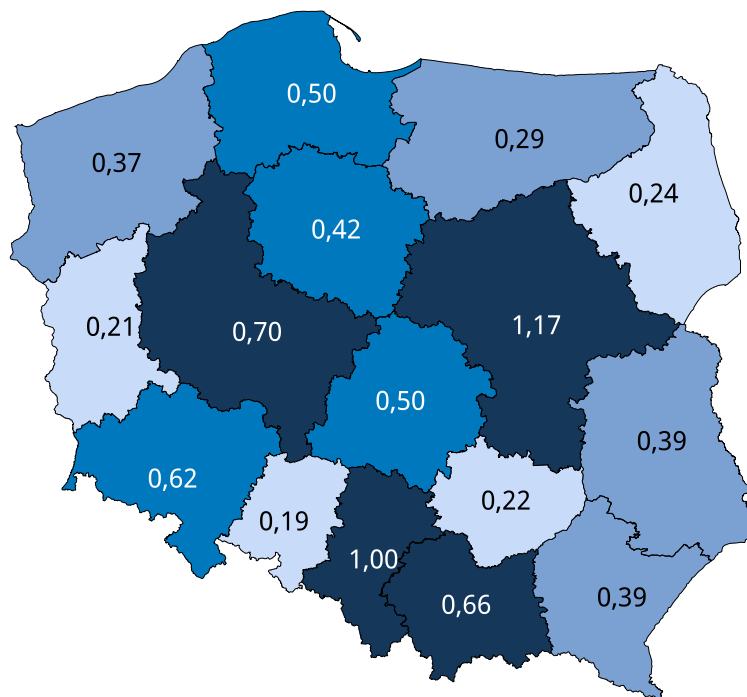
Mapa 3.10 prezentuje prognozowaną zapadalność rejestrowaną dla chorób z analizowanej grupy w 2020 roku w podziale na województwa zamieszkania pacjenta. W województwie pomorskim wartość tej zmiennej będzie wynosiła 0,50 tys. Dane dla roku 2029 zostały przedstawione na Mapie 3.11.

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



Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

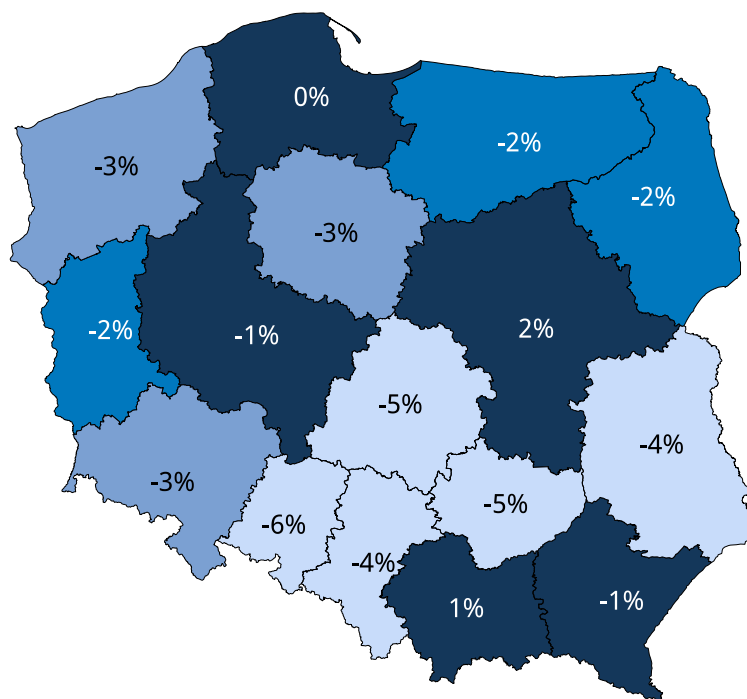
Mapa 3.11: Prognozowana zapadalność rejestrowana (w tys.) w 2029 r. wg województw



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 pomorskim zapadalność rejestrowana w latach 2020–2029 nie ulegnie znacznej zmianie.

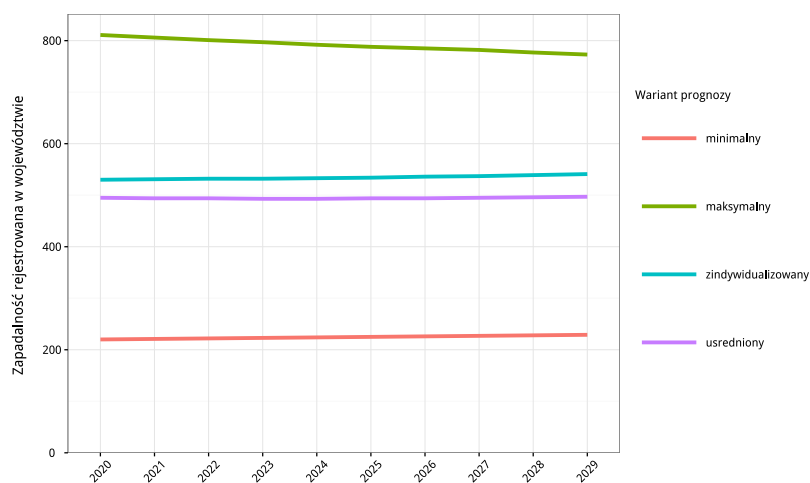
Mapa 3.12: Procentowa zmiana zapadalności rejestrowanej w latach 2020–2029 wg województw



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 0,22 tys. Według wariantu demograficznego „maksymalnego” będzie to 0,81 tys. W przypadku wariantu demograficznego „zindywidualizowanego” zapadalność rejestrowana w województwie w 2020 r. wyniesie 0,53 tys., a wariantu demograficznego „uśrednionego” 0,50 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.

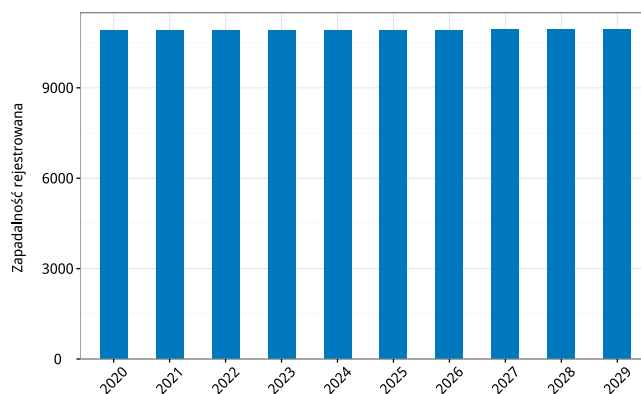
## Prognoza zapadalności rejestrowanej–Inne i nieokreślone postacie przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby

### 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.

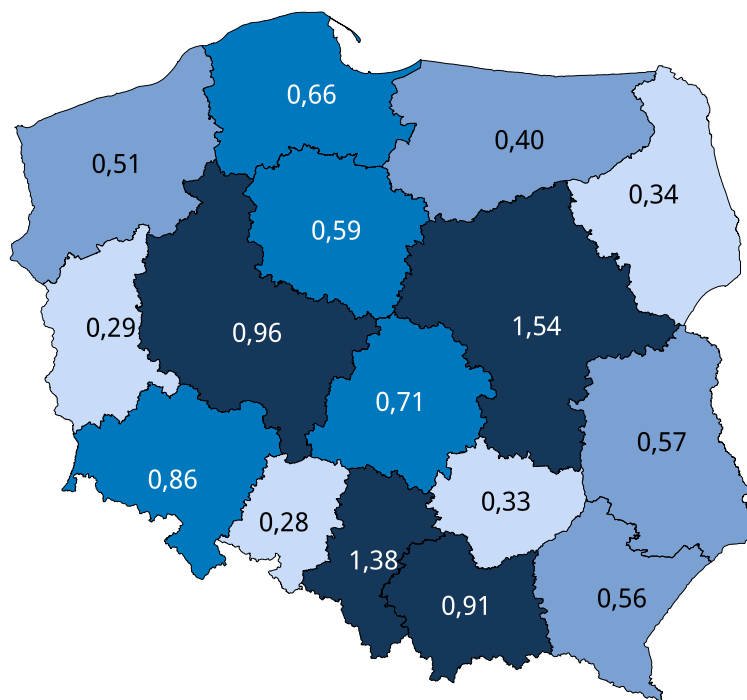
Wykres 3.6: Prognozowana zapadalność rejestrowana w Polsce w latach 2020–2029



Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

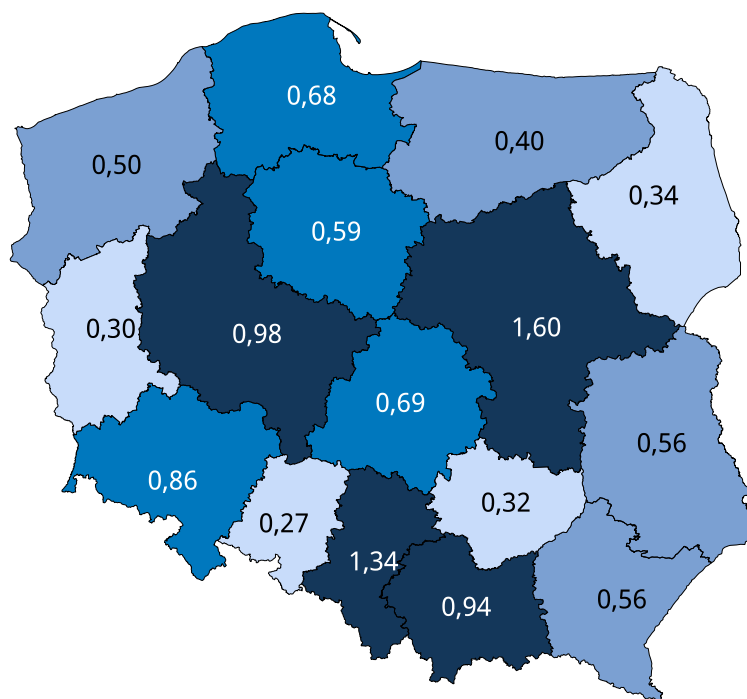
Mapa 3.13 prezentuje prognozowaną zapadalność rejestrowaną dla chorób z analizowanej grupy w 2020 roku w podziale na województwa zamieszkania pacjenta. W województwie pomorskim wartość tej zmiennej będzie wynosiła 0,66 tys. Dane dla roku 2029 zostały przedstawione na Mapie 3.14.

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



Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

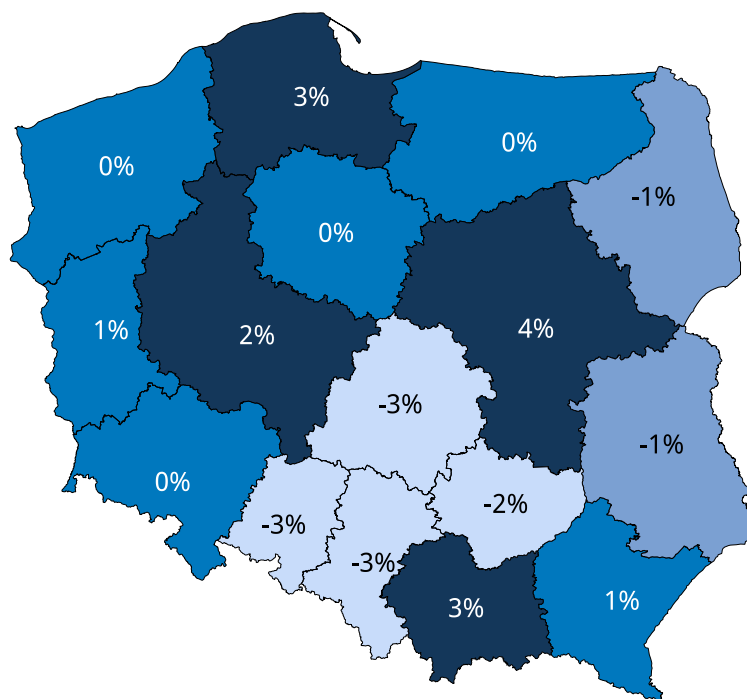
Mapa 3.14: Prognozowana zapadalność rejestrowana (w tys.) w 2029 r. wg województw



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 pomorskim zapadalność rejestrowana w latach 2020–2029 wzrośnie o 3%.

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



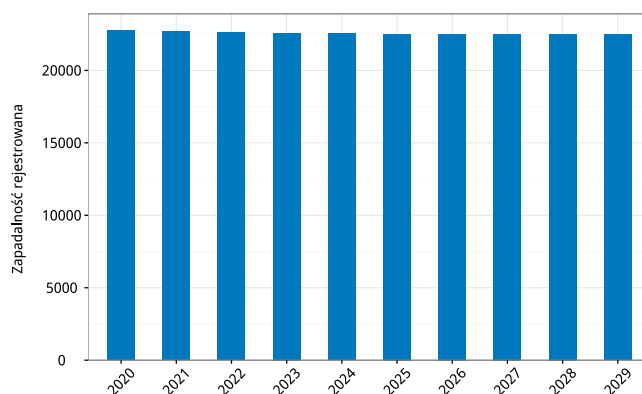
Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

## 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

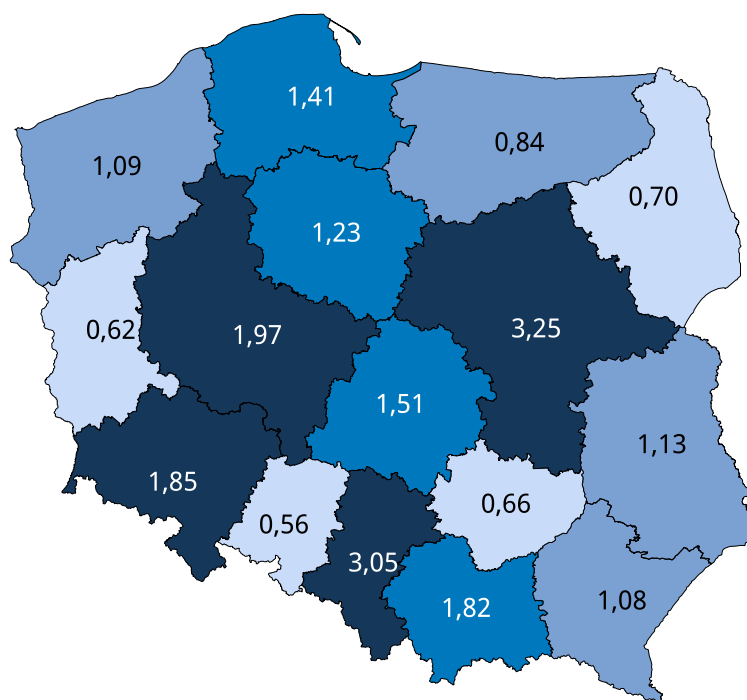


Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.



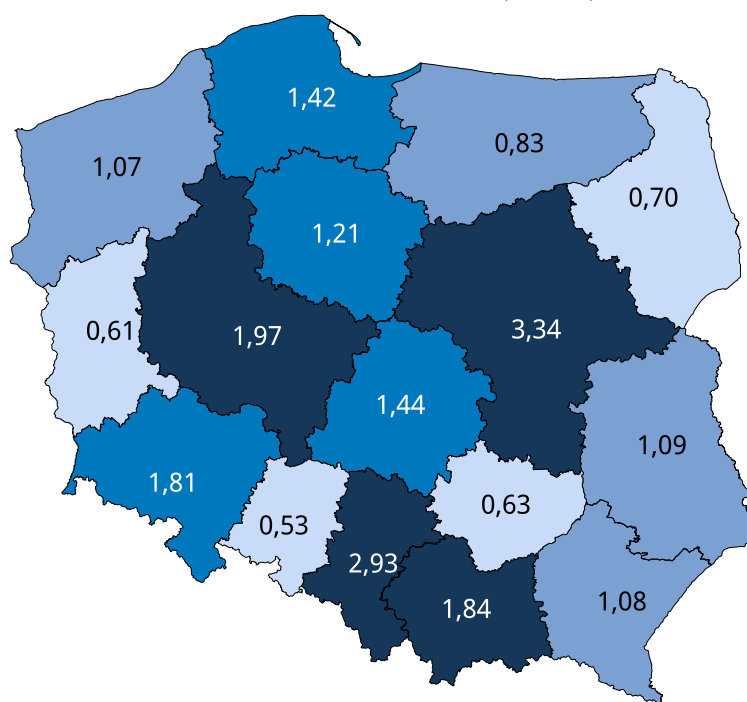
Mapa 3.16 prezentuje prognozowaną zapadalność rejestrowaną dla chorób z analizowanej grupy w 2020 roku w podziale na województwa zamieszkania pacjenta. W województwie pomorskim wartość tej zmiennej będzie wynosiła 1,41 tys. Dane dla roku 2029 zostały przedstawione na Mapie 3.17.

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

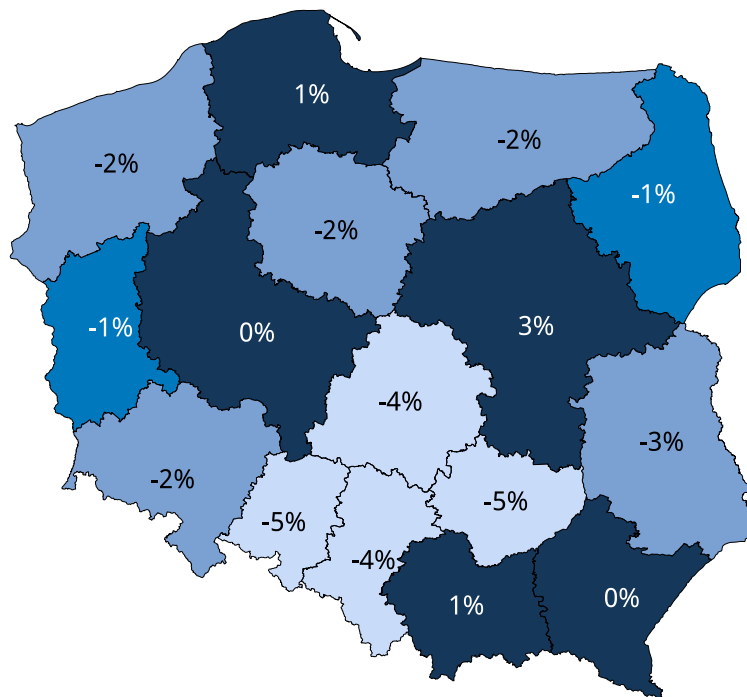


Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

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

strowana w latach 2020–2029 wzrośnie o 1%.

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

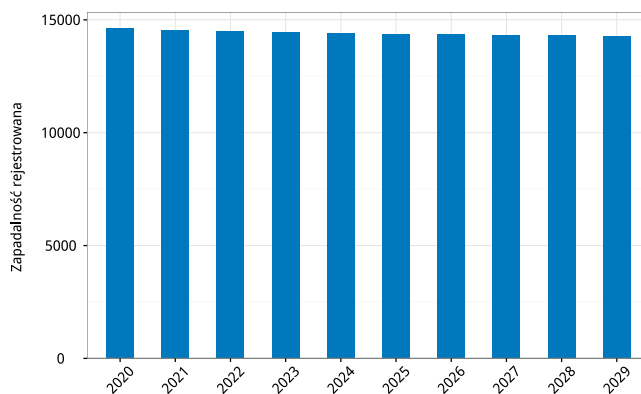


Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

### 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

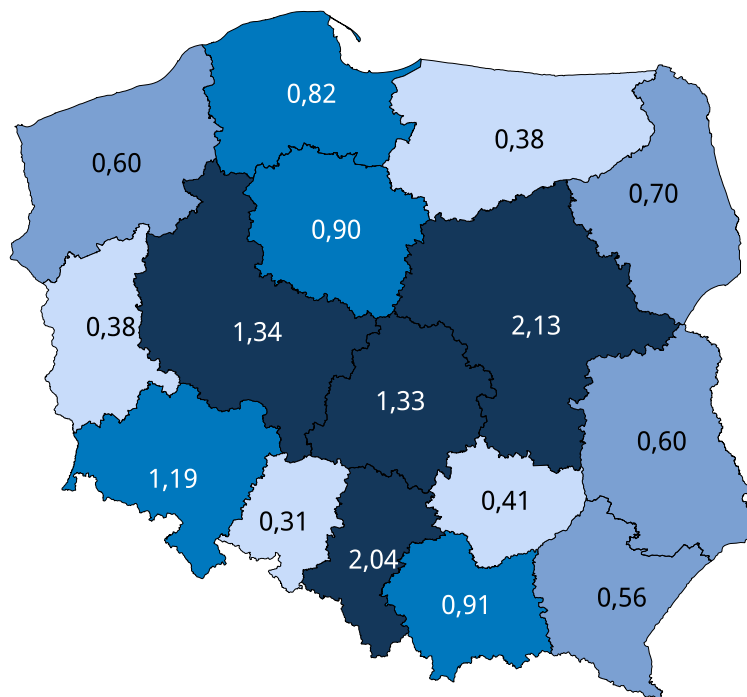


Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

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

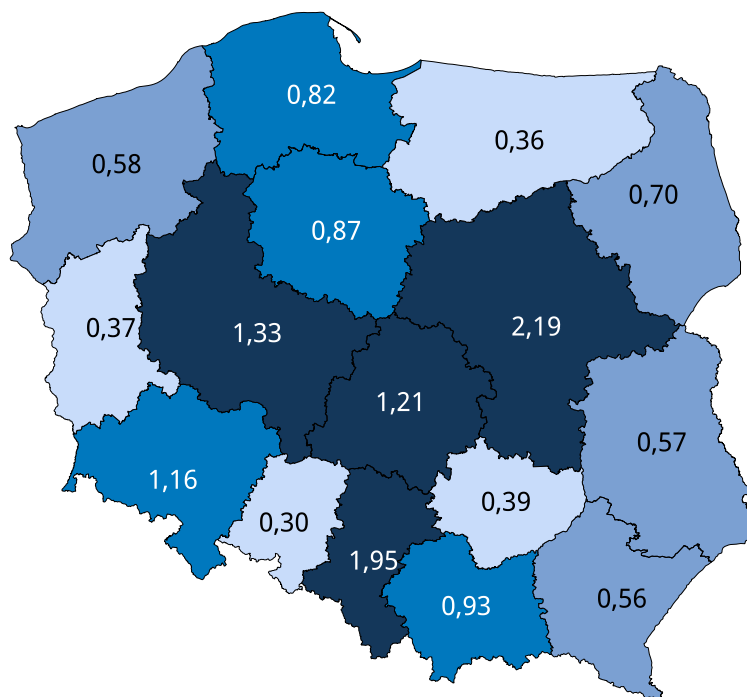
2020 roku w podziale na województwa zamieszkania pacjenta. W województwie pomorskim wartość tej zmiennej będzie wynosiła 0,82 tys. Dane dla roku 2029 zostały przedstawione na Mapie 3.20.

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



Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

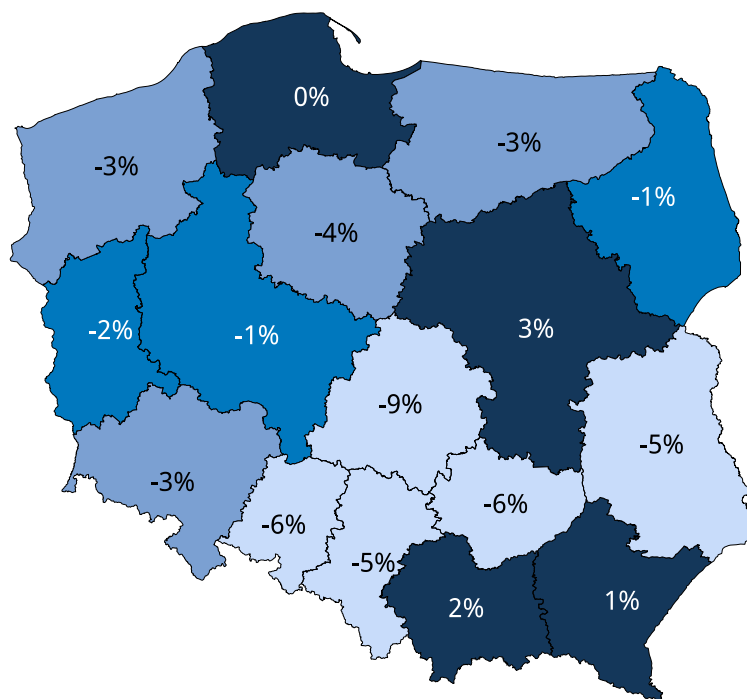
Mapa 3.20: Prognozowana zapadalność rejestrowana (w tys.) w 2029 r. wg województw



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 pomorskim zapadalność rejestrowana w latach 2020–2029 nie ulegnie znacznej zmianie.

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

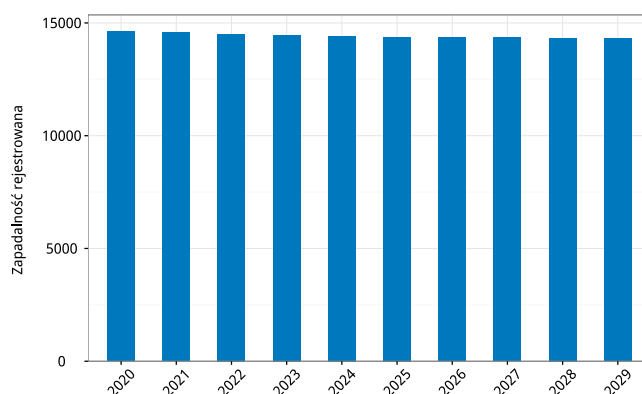


Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

## Wariant 4–Wariant demograficzny „uśredniony”

W latach 2020–2029 dla grupy Inne i nieokreślone postacie 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.

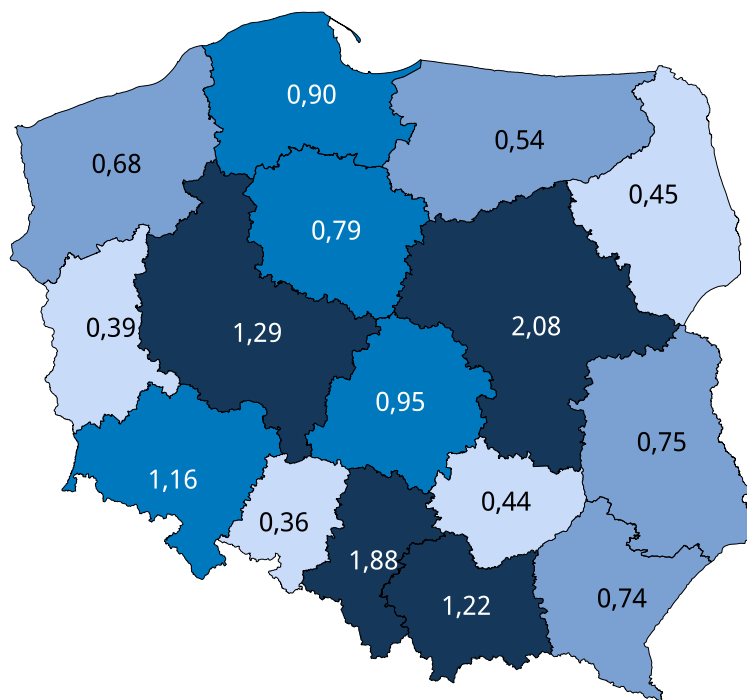
Wykres 3.9: Prognozowana zapadalność rejestrowana w Polsce w latach 2020–2029



Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

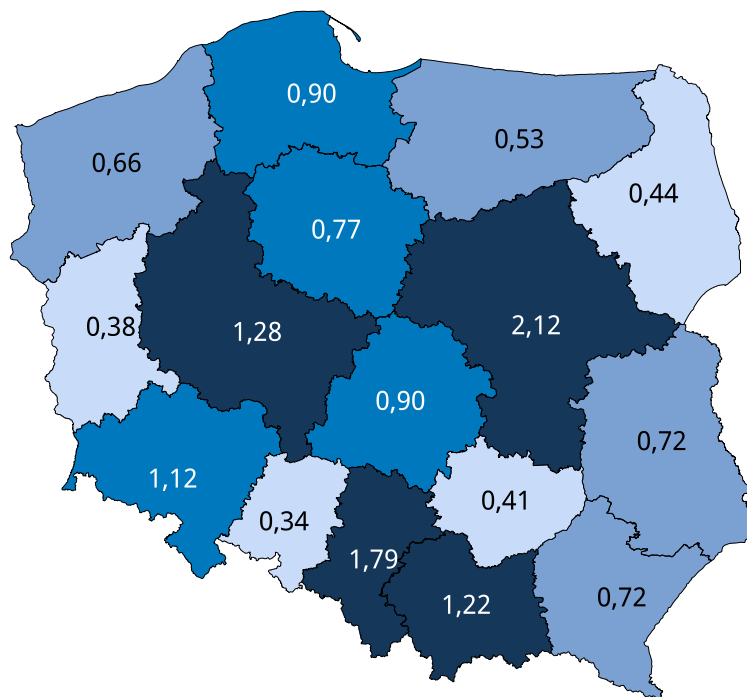
Mapa 3.22 prezentuje prognozowaną zapadalność rejestrowaną dla chorób z analizowanej grupy w 2020 roku w podziale na województwa zamieszkania pacjenta. W województwie pomorskim wartość tej zmiennej będzie wynosiła 0,90 tys. Dane dla roku 2029 zostały przedstawione na Mapie 3.23.

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



Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

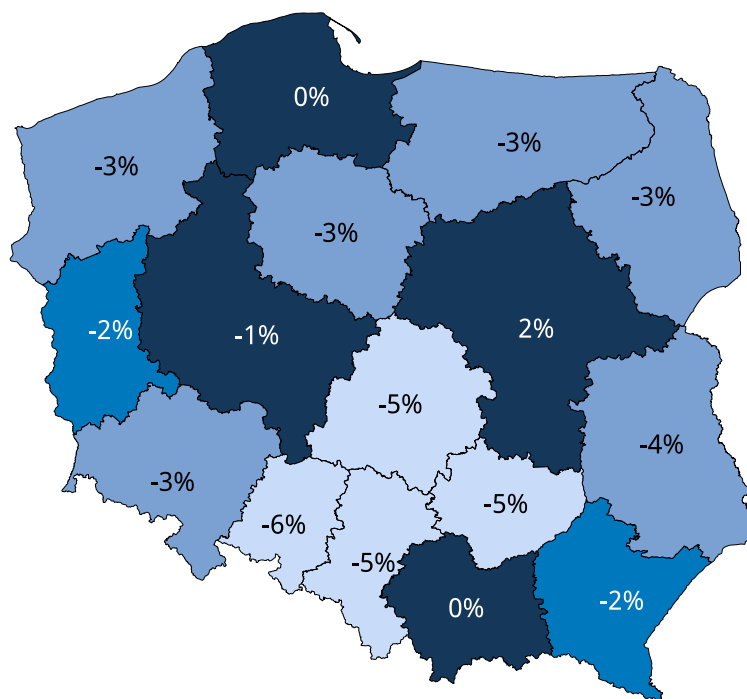
Mapa 3.23: Prognozowana zapadalność rejestrowana (w tys.) w 2029 r. wg województw



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 pomorskim zapadalność rejestrowana w latach 2020–2029 nie ulegnie znacznej zmianie.

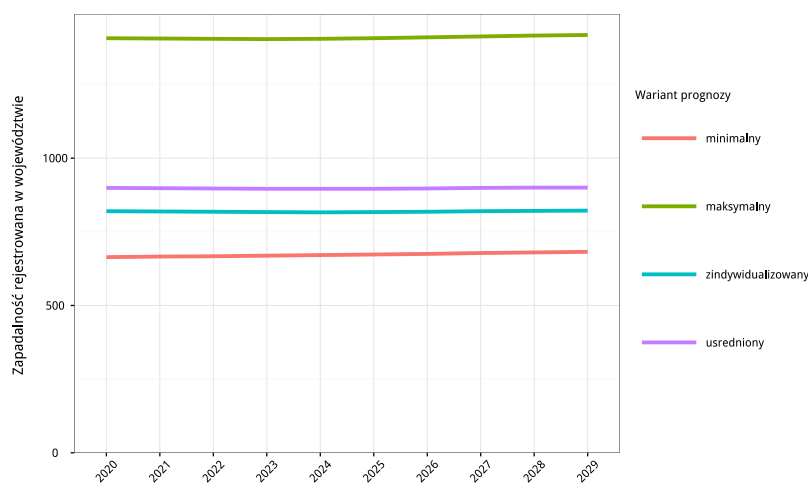
Mapa 3.24: Procentowa zmiana zapadalności rejestrowanej w latach 2020–2029 wg województw



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 0,66 tys. Według wariantu demograficznego „maksymalnego” będzie to 1,41 tys. W przypadku wariantu demograficznego „zindywidualizowanego” zapadalność rejestrowana w województwie w 2020 r. wyniesie 0,82 tys., a wariantu demograficznego „uśrednionego” 0,90 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 wiekową<sup>80</sup>, 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.<sup>81</sup> 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 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 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.

<sup>80</sup>Wyróżniono 7 grup wiekowych, tj. grupy 0–18, 19–44, 45–54, 55–64, 65–74, 75–84, 85 i więcej lat

<sup>81</sup>Prognoza nie uwzględnia niepewności dotyczącej prognozy demograficznej GUS.

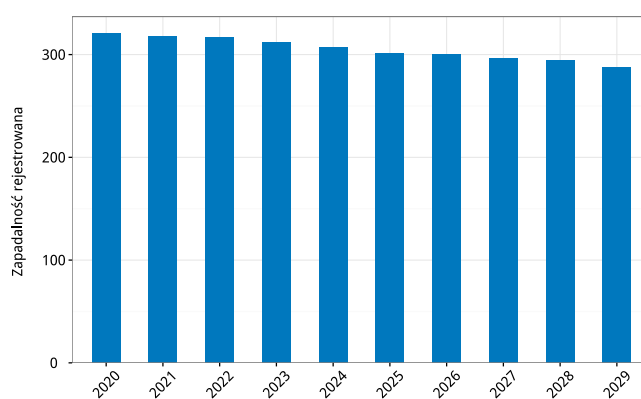
## Prognoza zapadalności rejestrowanej–Ostre wirusowe zapalenie wątroby

### 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

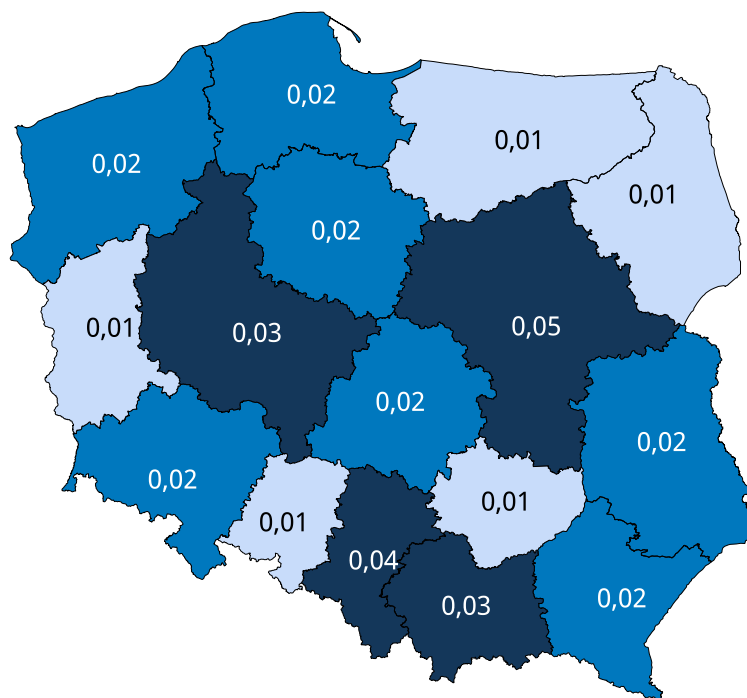


Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

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

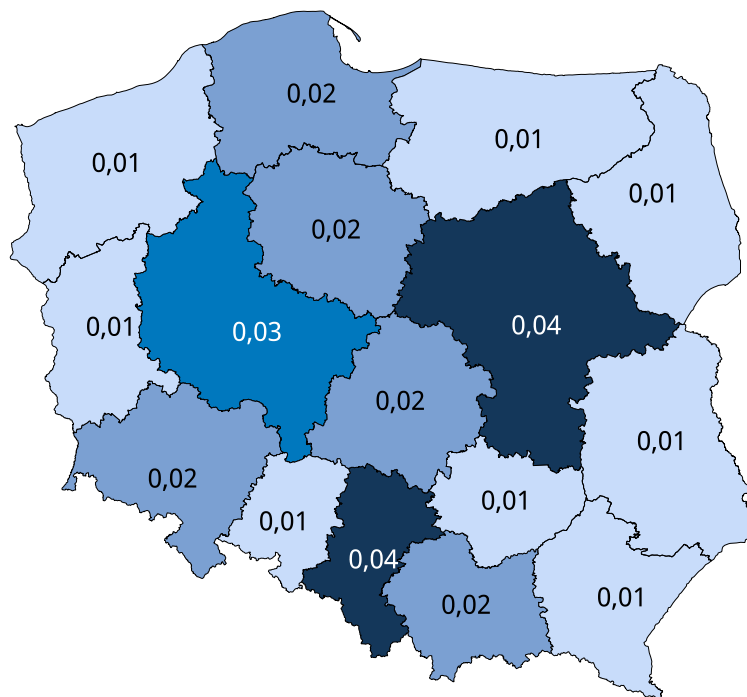


Mapa 3.25: Prognozowana zapadalność rejestrowana (w tys.) w 2020 r. wg województw



Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

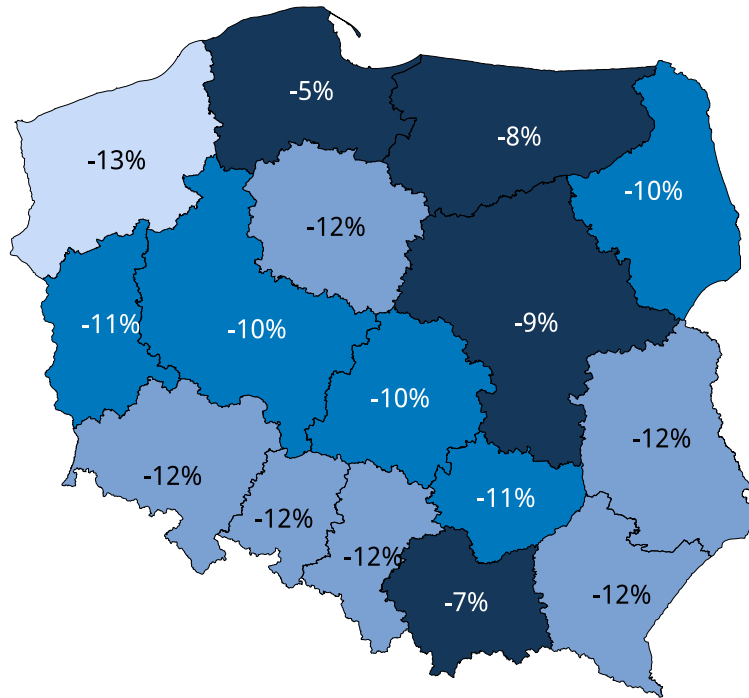
Mapa 3.26: Prognozowana zapadalność rejestrowana (w tys.) w 2029 r. wg województw



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 pomorskim zapadalność rejestrowana w latach 2020–2029 zmaleje o 5%.

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



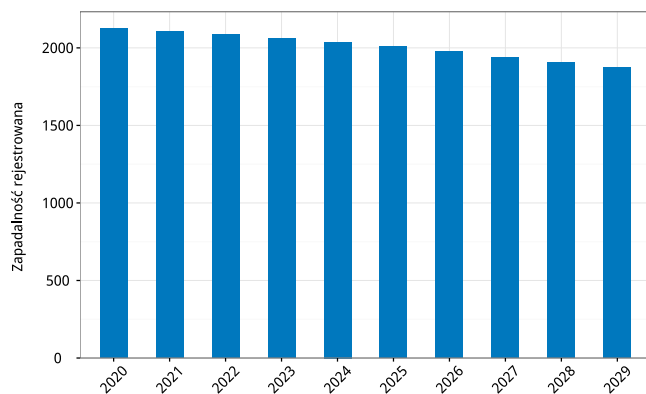
Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

## 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.

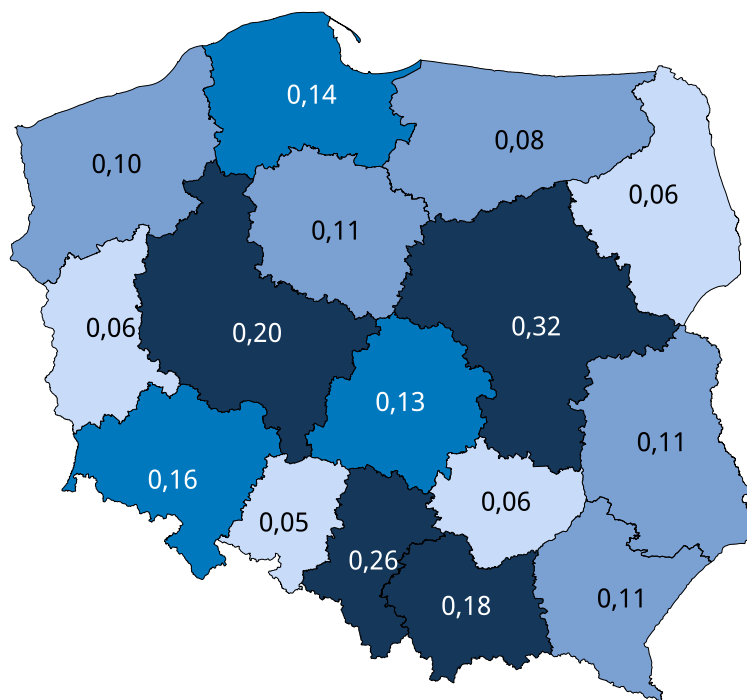
Wykres 3.12: Prognozowana zapadalność rejestrowana w Polsce w latach 2020–2029



Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

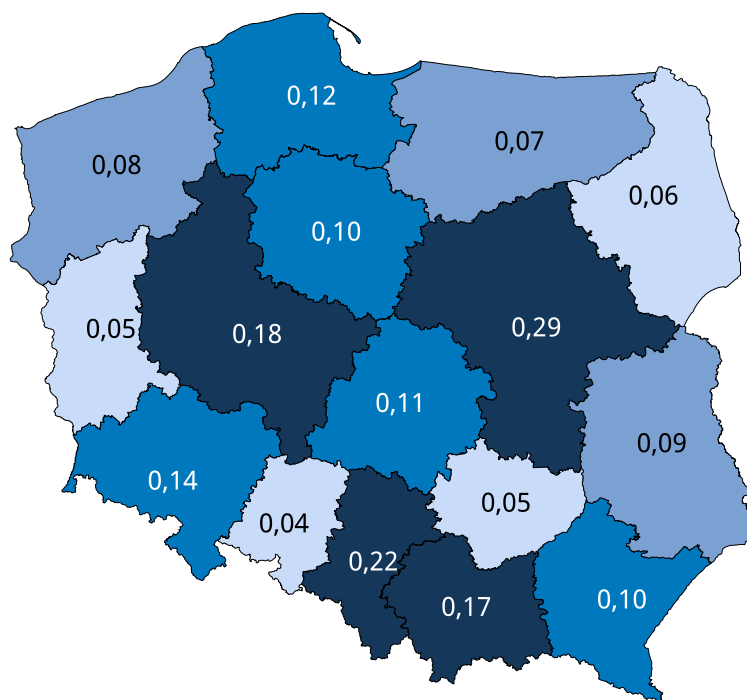
Mapa 3.28 prezentuje prognozowaną zapadalność rejestrowaną dla chorób z analizowanej grupy w 2020 roku w podziale na województwa zamieszkania pacjenta. W województwie pomorskim wartość tej zmiennej będzie wynosiła 0,14 tys. Dane dla roku 2029 zostały przedstawione na Mapie 3.29.

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

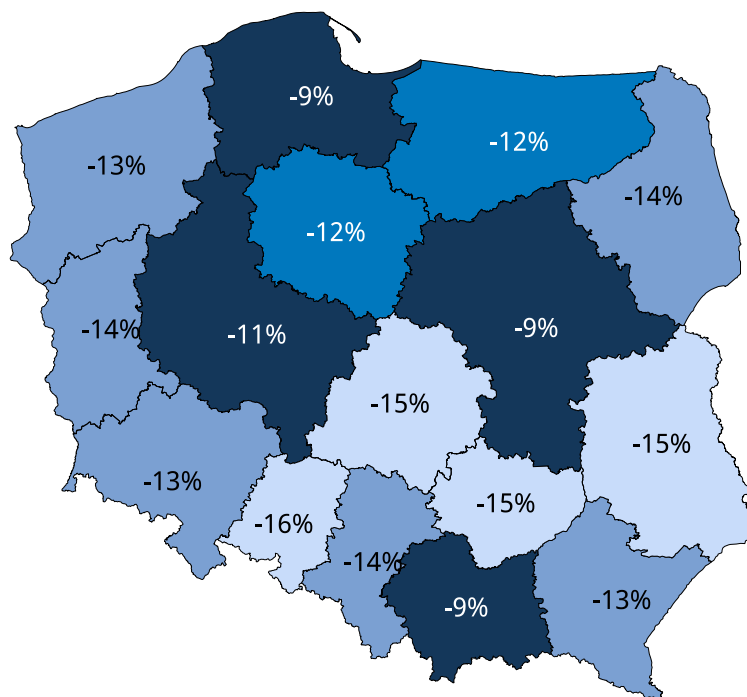


Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

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

strowana w latach 2020–2029 zmaleje o 9%.

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

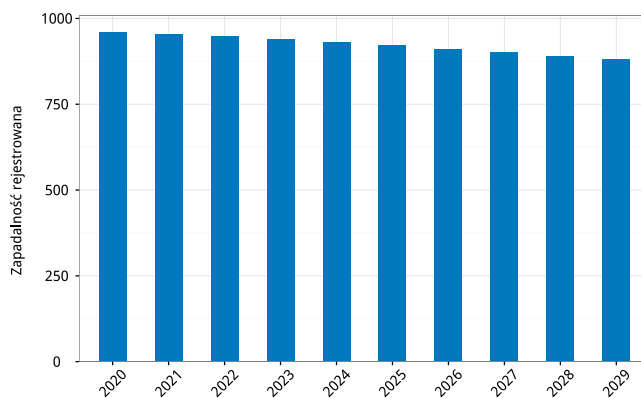


Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

### 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

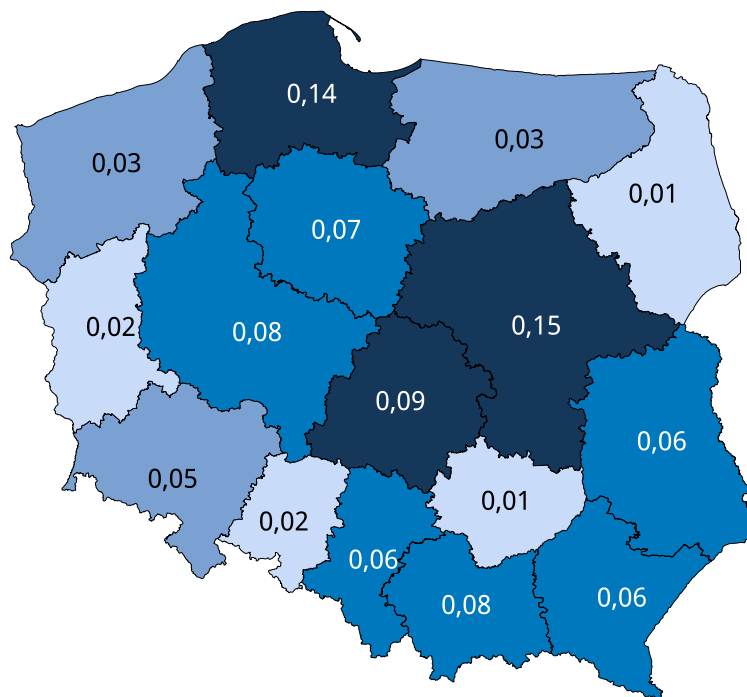


Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

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

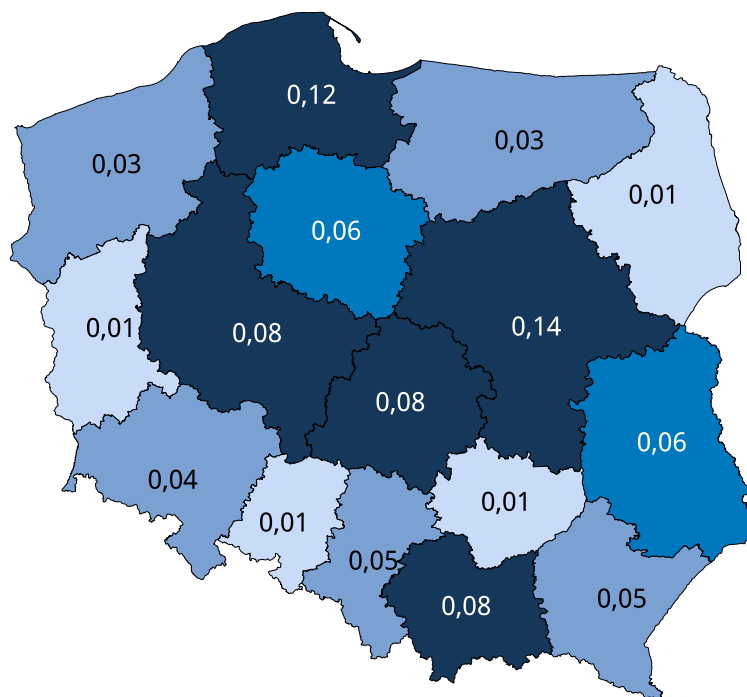
2020 roku w podziale na województwa zamieszkania pacjenta. W województwie pomorskim wartość tej zmiennej będzie wynosiła 0,14 tys. Dane dla roku 2029 zostały przedstawione na Mapie 3.32.

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



Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

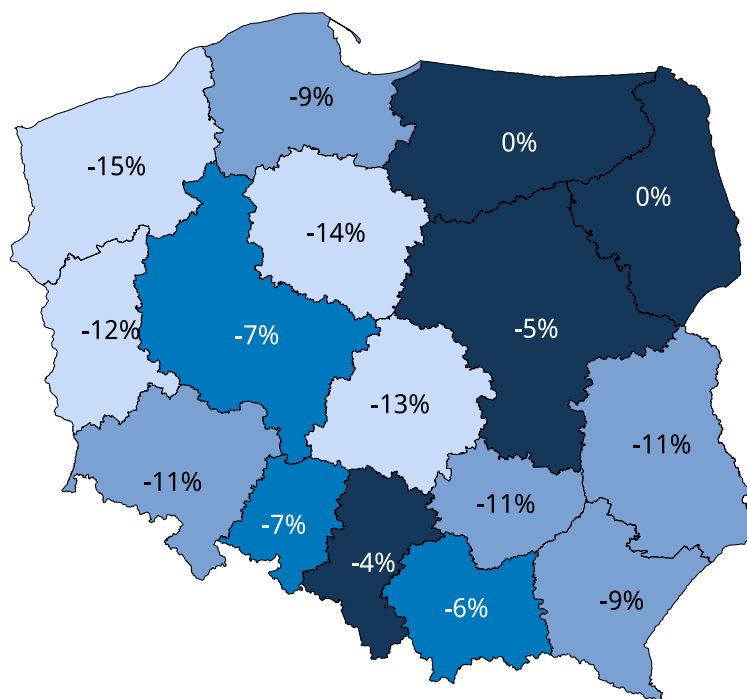
Mapa 3.32: Prognozowana zapadalność rejestrowana (w tys.) w 2029 r. wg województw



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 pomorskim zapadalność rejestrowana w latach 2020–2029 zmaleje o 9%.

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

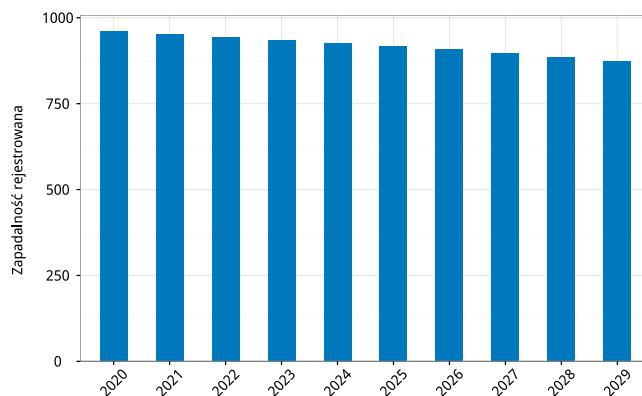


Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

## 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.

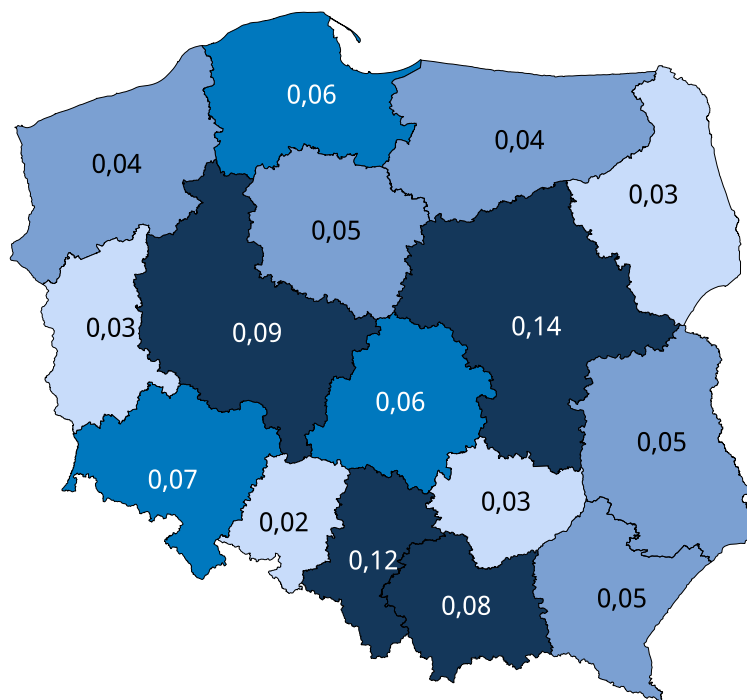
Wykres 3.14: Prognozowana zapadalność rejestrowana w Polsce w latach 2020–2029



Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

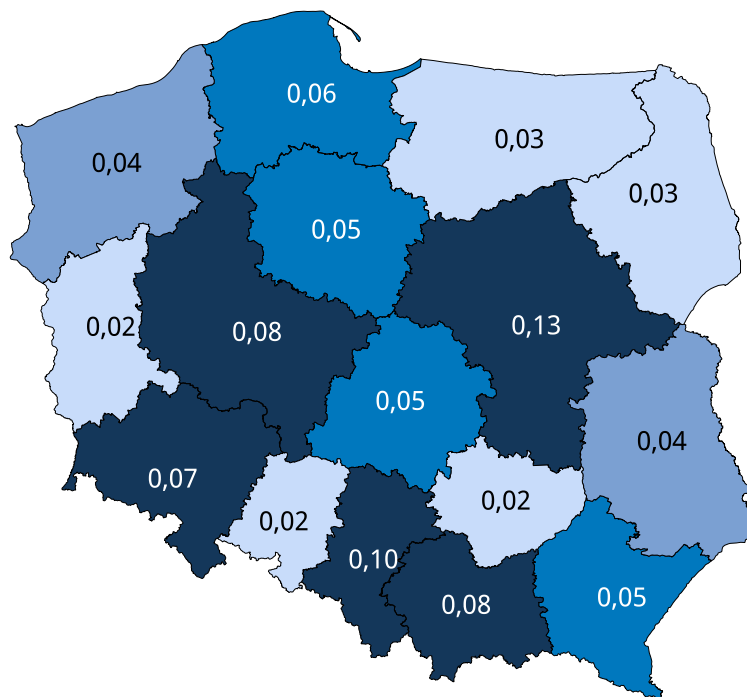
Mapa 3.34 prezentuje prognozowaną zapadalność rejestrowaną dla chorób z analizowanej grupy w 2020 roku w podziale na województwa zamieszkania pacjenta. W województwie pomorskim wartość tej zmiennej będzie wynosiła 0,06 tys. Dane dla roku 2029 zostały przedstawione na Mapie 3.35.

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



Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

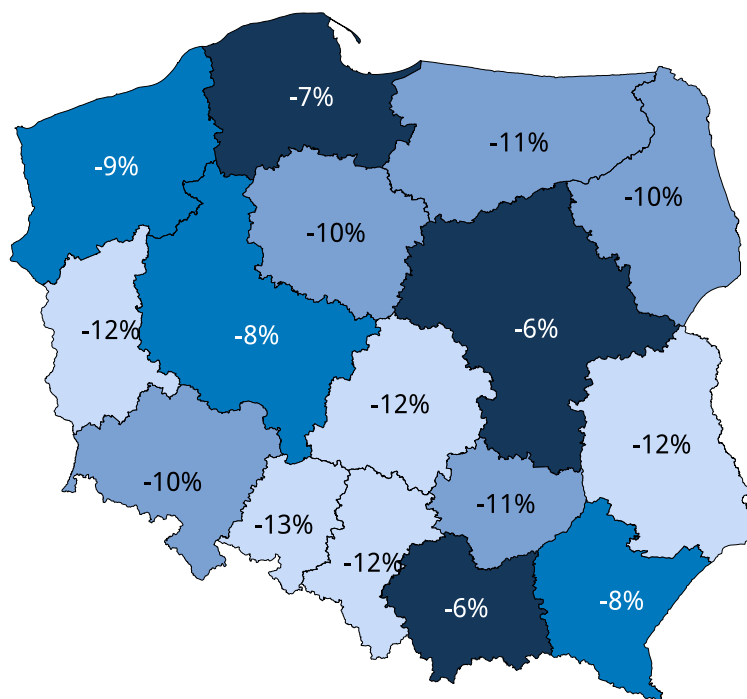
Mapa 3.35: Prognozowana zapadalność rejestrowana (w tys.) w 2029 r. wg województw



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 pomorskim zapadalność rejestrowana w latach 2020–2029 zmaleje o 7%.

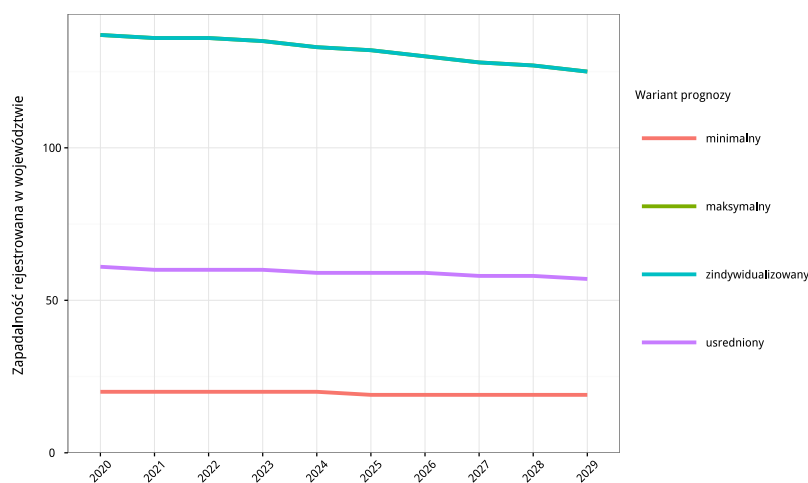
Mapa 3.36: Procentowa zmiana zapadalności rejestrowanej w latach 2020–2029 wg województw



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 0,14 tys. W przypadku wariantu demograficznego „zindywidualizowanego” zapadalność rejestrowana w województwie w 2020 r. wyniesie 0,14 tys., a wariantu demograficznego „uśrednionego” 0,06 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.



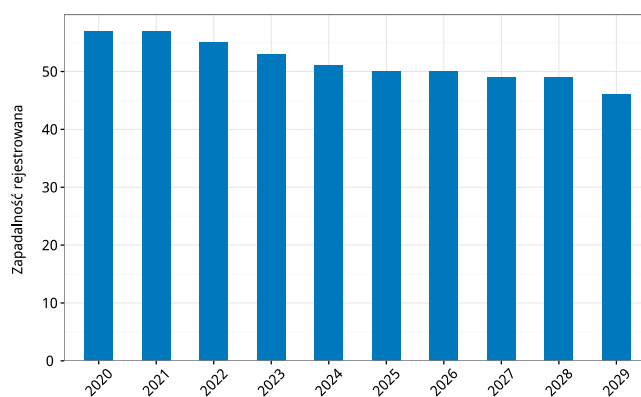
## Prognoza zapadalności rejestrowanej–Nieokreślone wirusowe zapalenie wątroby

### 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.

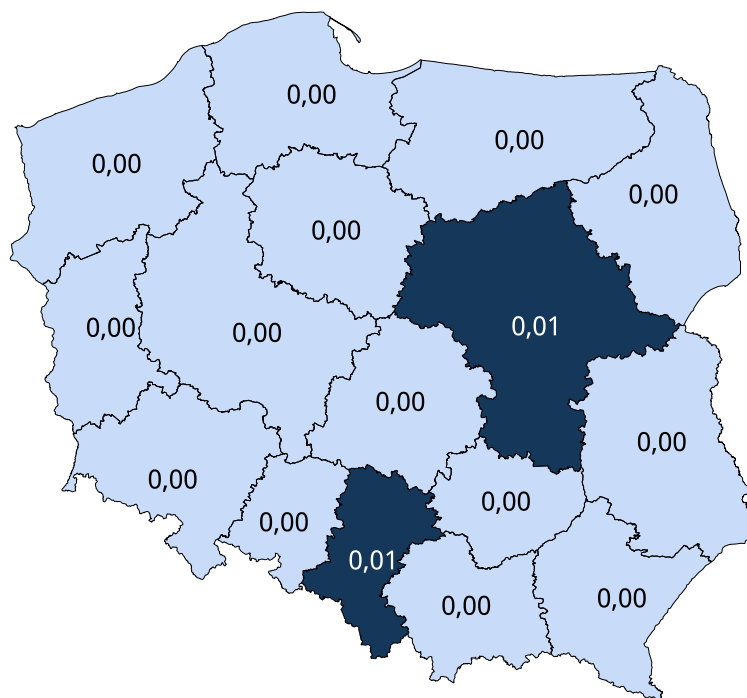
Wykres 3.16: Prognozowana zapadalność rejestrowana w Polsce w latach 2020–2029



Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

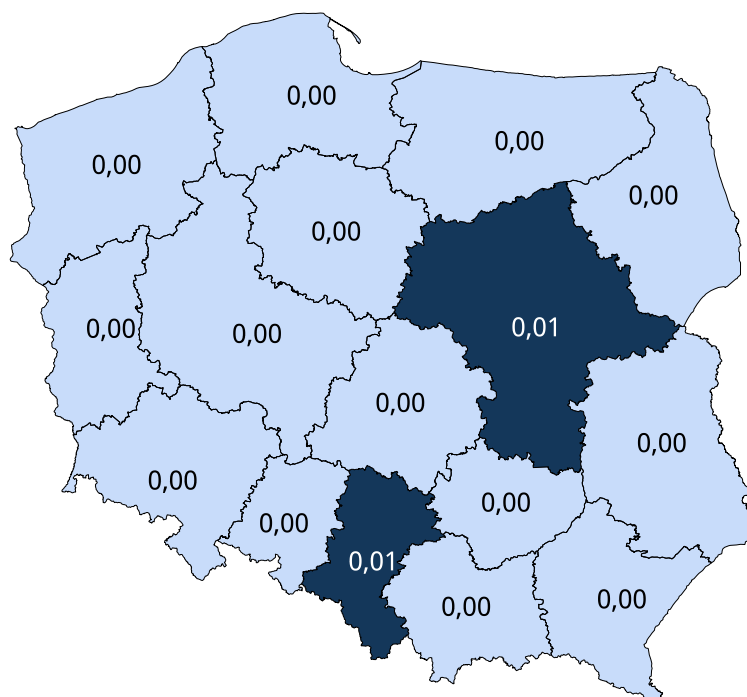
Mapa 3.37 prezentuje prognozowaną zapadalność rejestrowaną dla chorób z analizowanej grupy w 2020 roku w podziale na województwa zamieszkania pacjenta. W województwie pomorskim wartość tej zmiennej będzie wynosiła 0,00 tys. Dane dla roku 2029 zostały przedstawione na Mapie 3.38.

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



Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

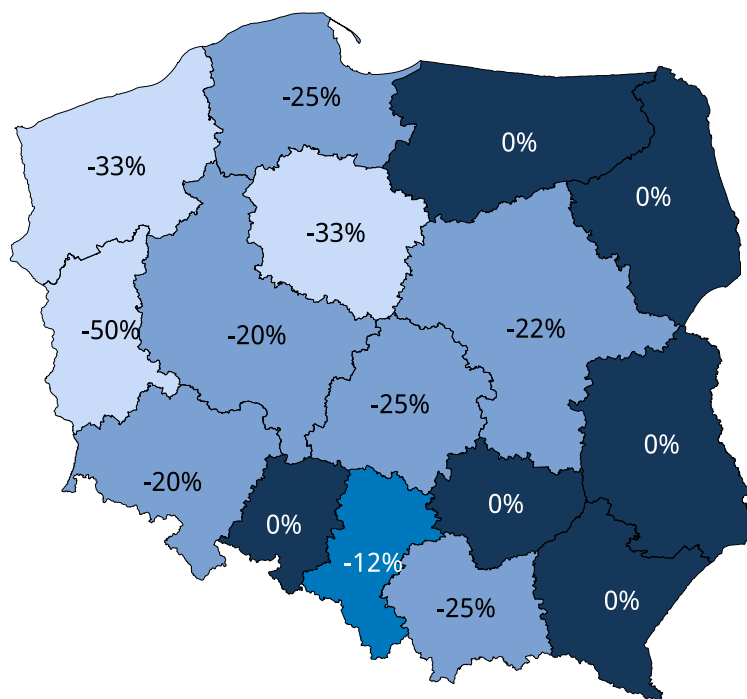
Mapa 3.38: Prognozowana zapadalność rejestrowana (w tys.) w 2029 r. wg województw



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 pomorskim zapadalność rejestrowana w latach 2020–2029 zmaleje o 25%.

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



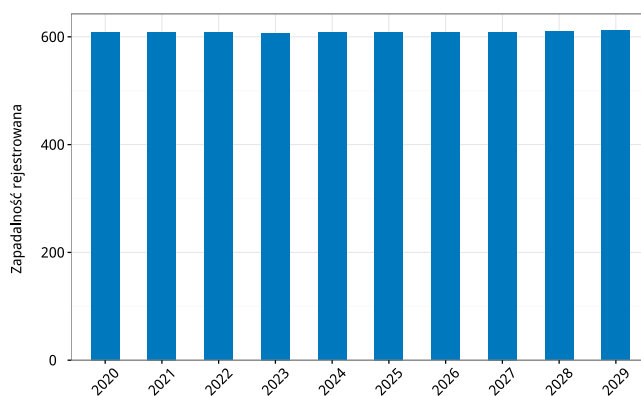
Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

## 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.

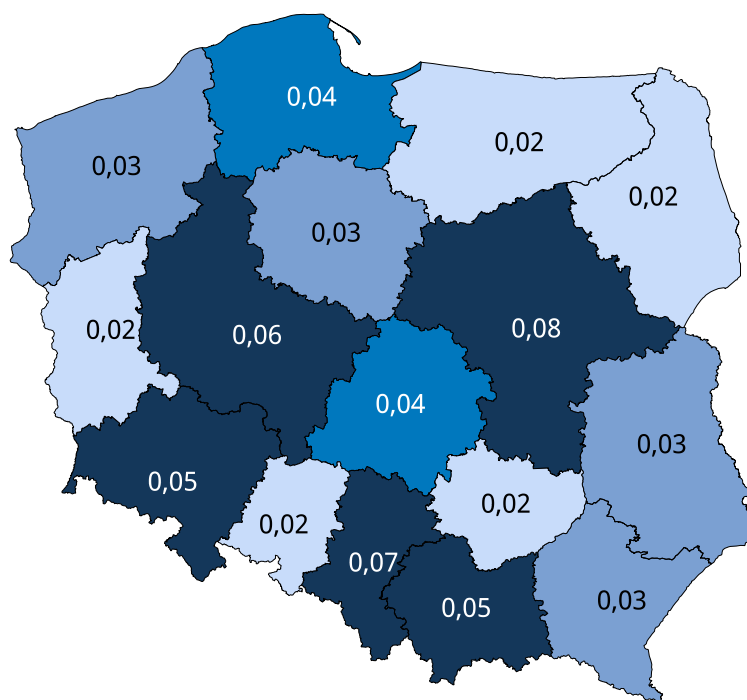
Wykres 3.17: Prognozowana zapadalność rejestrowana w Polsce w latach 2020–2029



Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

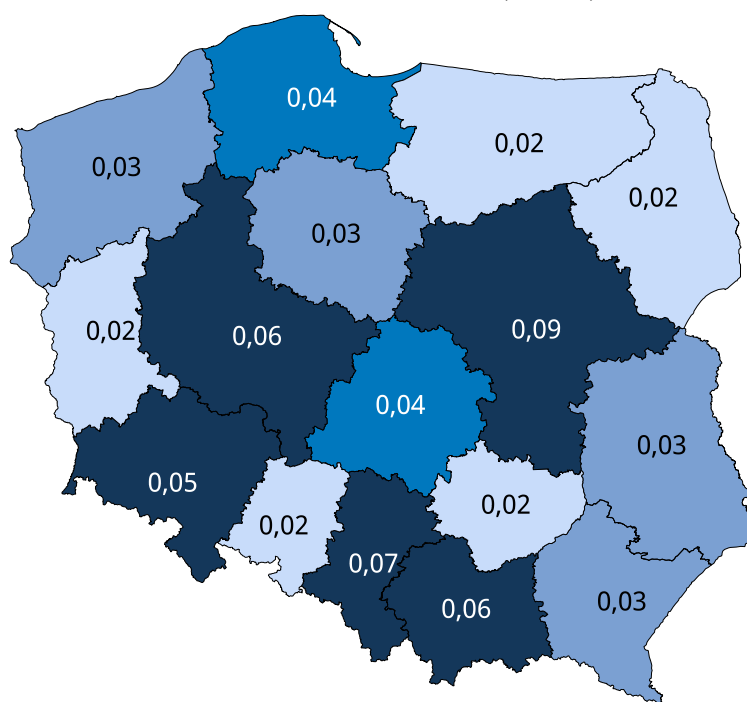
Mapa 3.40 prezentuje prognozowaną zapadalność rejestrowaną dla chorób z analizowanej grupy w 2020 roku w podziale na województwa zamieszkania pacjenta. W województwie pomorskim wartość tej zmiennej będzie wynosiła 0,04 tys. Dane dla roku 2029 zostały przedstawione na Mapie 3.41.

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

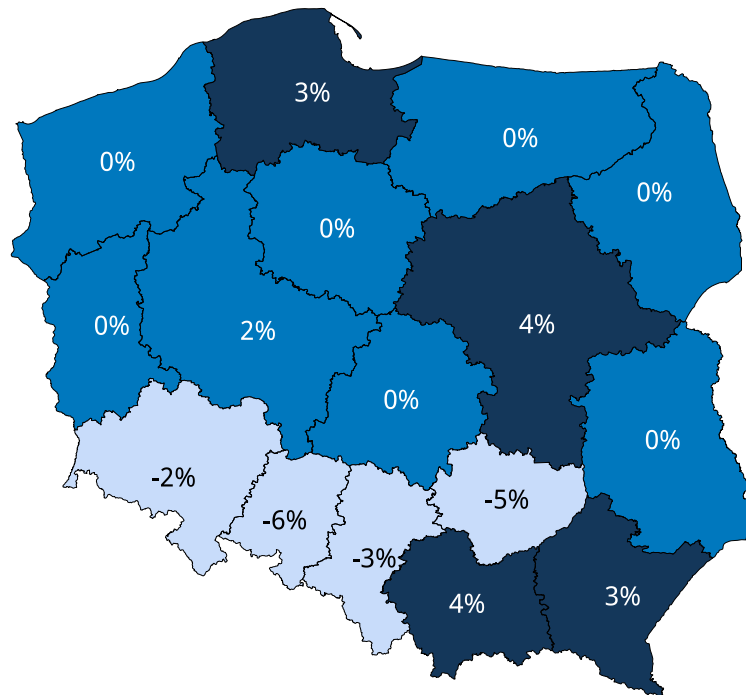


Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

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

strowana w latach 2020–2029 wzrośnie o 3%.

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

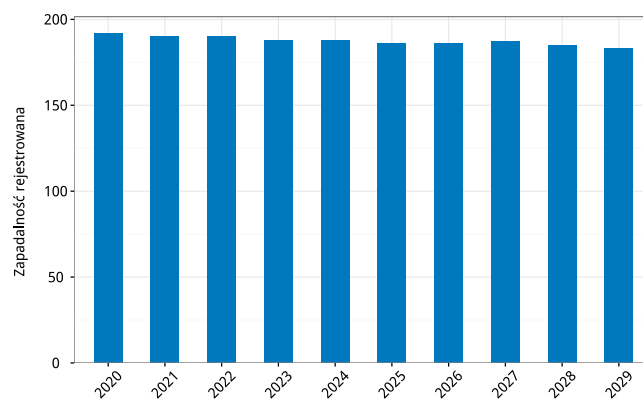


Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

### 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

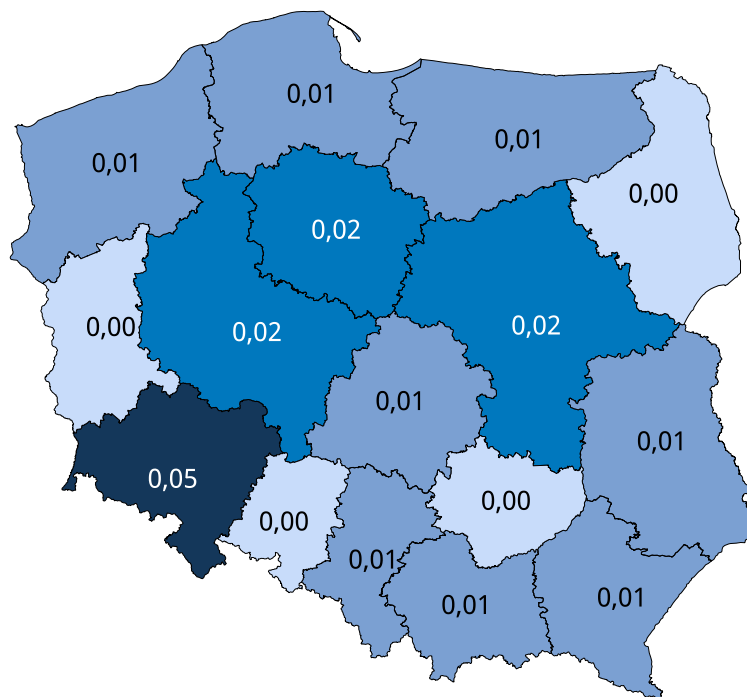


Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

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

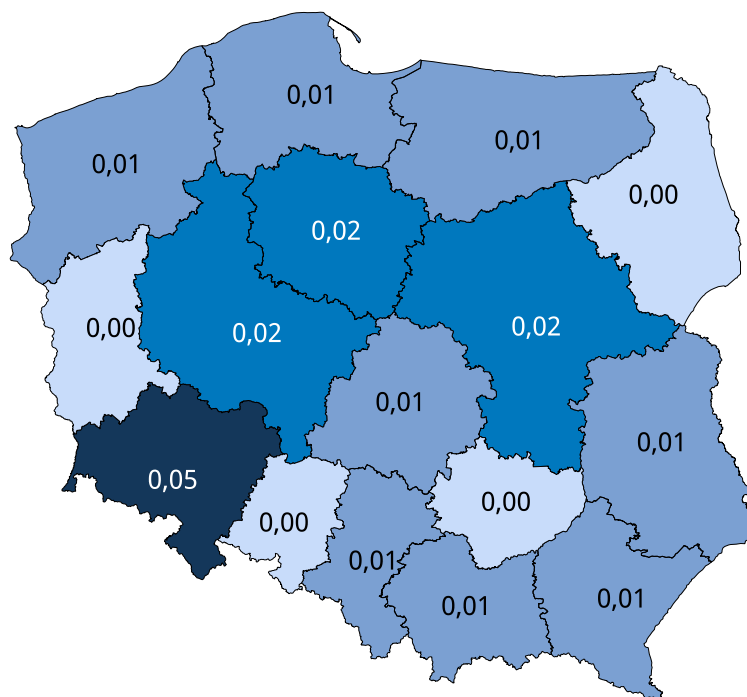
2020 roku w podziale na województwa zamieszkania pacjenta. W województwie pomorskim wartość tej zmiennej będzie wynosiła 0,01 tys. Dane dla roku 2029 zostały przedstawione na Mapie 3.44.

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



Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

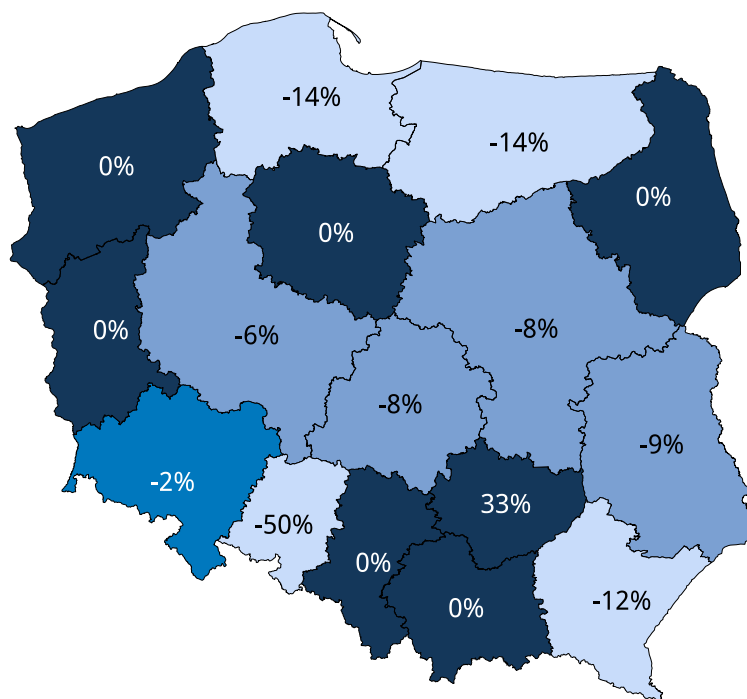
Mapa 3.44: Prognozowana zapadalność rejestrowana (w tys.) w 2029 r. wg województw



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 pomorskim zapadalność rejestrowana w latach 2020–2029 zmaleje o 14%.

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

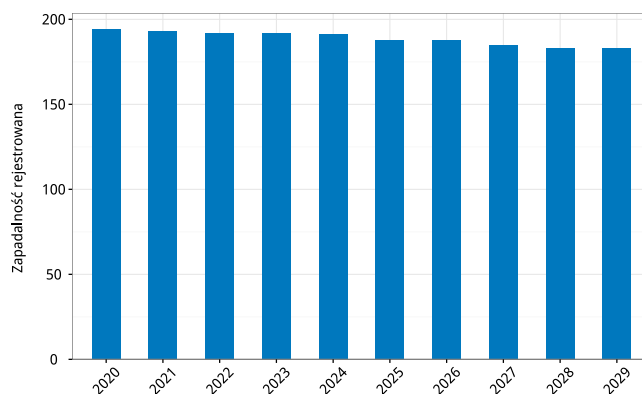


Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

## 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. zmniejszy się do 0,18 tys. (spadek o 6%). Wykres 3.19 przedstawia prognozę zapadalności rejestrowanej w Polsce w latach 2020–2029.

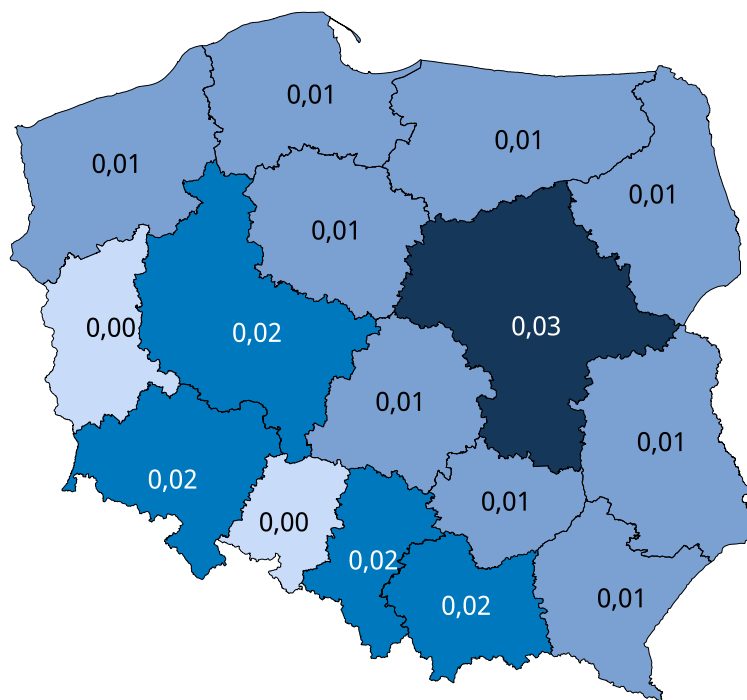
Wykres 3.19: Prognozowana zapadalność rejestrowana w Polsce w latach 2020–2029



Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

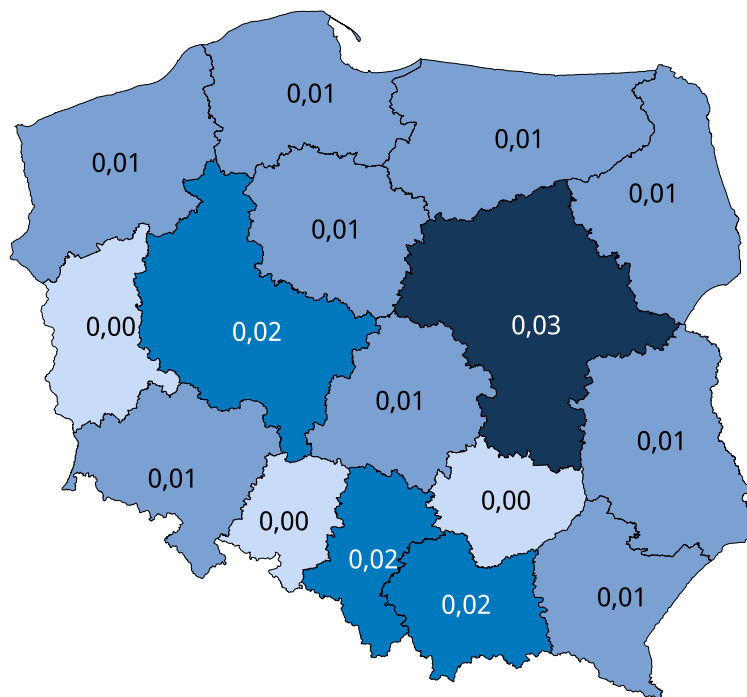
Mapa 3.46 prezentuje prognozowaną zapadalność rejestrowaną dla chorób z analizowanej grupy w 2020 roku w podziale na województwa zamieszkania pacjenta. W województwie pomorskim wartość tej zmiennej będzie wynosiła 0,01 tys. Dane dla roku 2029 zostały przedstawione na Mapie 3.47.

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

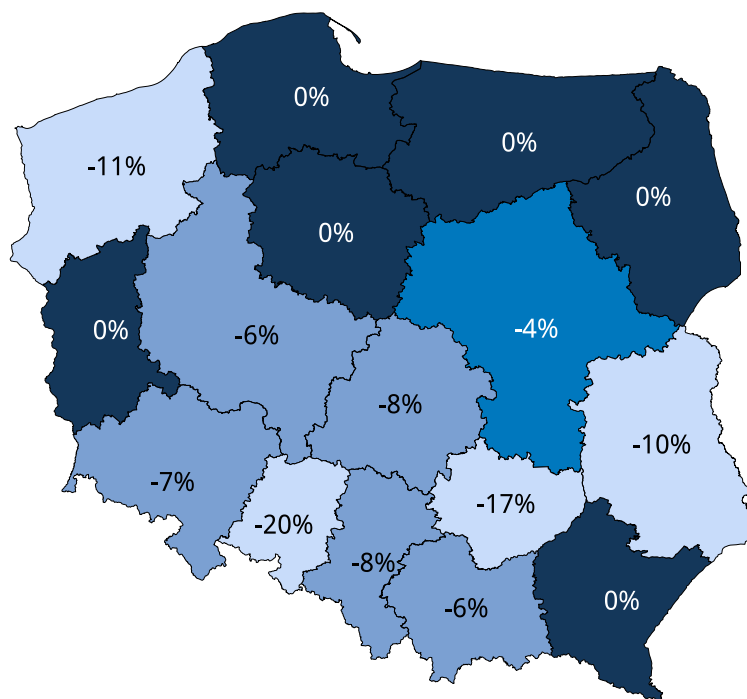


Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

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



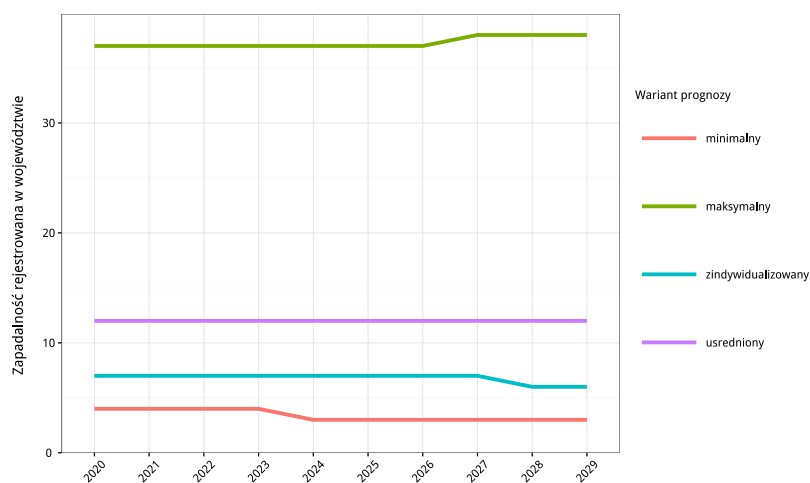
Mapa 3.48: Procentowa zmiana zapadalności rejestrowanej w latach 2020–2029 wg województw



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 0,04 tys. W przypadku wariantu demograficznego „zindywidualizowanego” zapadalność rejestrowana w województwie w 2020 r. wyniesie 0,01 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. Następna prognoza liczby łózek będzie przygotowana dla kolejnej edycji map szpitalnych publikowanych w maju 2018 r.