



**Urząd Marszałkowski
Województwa Zachodniopomorskiego**

**Kierunki rozwoju opieki zdrowotnej
w zakresie chorób wewnętrznych
w województwie zachodniopomorskim
na lata 2008 - 2013**

Szczecin, maj 2008 r.

SPIS TREŚCI

I. WPROWADZENIE	3
1. Przedmiot i zadania programu	3
2. Podstawy informacyjne i metodyka opracowania	4
II. CZĘŚĆ DIAGNOSTYCZNA	8
1. Sytuacja demograficzna	8
2. Sytuacja zdrowotna	10
3. Zasoby opieki zdrowotnej	15
3.1. Podstawowa opieka zdrowotna	15
3.2. Ambulatoryjna opieka specjalistyczna	16
3.3. Stacjonarna opieka zdrowotna	21
3.4. Zasoby kadrowe	26
4. Wnioski wynikające z części diagnostycznej	31
III. CZĘŚĆ PLANISTYCZNA	32
1. Potrzeby zdrowotne	32
2. Cel i zadanie strategiczne	33
3. Cel operacyjny i kierunki rozwoju	33
4. Zadania, kryteria i wymagania	34
4.1. Podstawowa opieka zdrowotna	34
4.2. Ambulatoryjna opieka specjalistyczna	35
4.3. Stacjonarna opieka zdrowotna	36
Załączniki:	
1. Wykaz osób i instytucji, wśród których przeprowadzono konsultacje społeczne projektu „Kierunki rozwoju opieki zdrowotnej w zakresie chorób wewnętrznych w województwie zachodniopomorskim na lata 2008-2013”	40
2. Uwagi i propozycje do projektu „Kierunki rozwoju opieki zdrowotnej w zakresie chorób wewnętrznych w województwie zachodniopomorskim na lata 2008-2013” zgłoszone podczas konsultacji społecznych	41
LITERATURA	45

I. WPROWADZENIE

1. Przedmiot i zadania

System ochrony zdrowia zarówno w Polsce jak i województwie zachodniopomorskim wymaga dostosowania struktur organizacyjnych, warunków funkcjonowania zakładów opieki zdrowotnej i równomiernego rozmieszczenia zasobów ochrony zdrowia do zachodzących zmian demograficznych i trendów epidemiologicznych oraz rosnącego popytu na świadczenia zdrowotne. Zachodzi przy tym stała konieczność wprowadzania rozwiązań służących efektywnemu wykorzystywaniu ograniczonych środków finansowych przeznaczonych na ochronę zdrowia. Służyć temu może formułowanie nowych, aktualnych celów i kierunków dalszego doskonalenia opieki zdrowotnej.

„Kierunki rozwoju opieki zdrowotnej w zakresie chorób wewnętrznych w województwie zachodniopomorskim na lata 2008-2013” są kontynuacją prac nad aktualizacją i uzupełnieniem „Strategii sektorowej w zakresie ochrony zdrowia województwa zachodniopomorskiego” przyjętej przez Sejmik Województwa Zachodniopomorskiego uchwałą Nr XXIV/226/2001 z dnia 28 września 2001 r.

O tego czasu ponownemu przeglądowi poddano niektóre elementy Strategii sektorowej, w wyniku, czego zostały opracowane następujące uzupełnienia:

- „Strategia opieki zdrowotnej w zakresie neonatologii i pediatrii w województwie zachodniopomorskim na lata 2007 – 2013” przyjęta przez Sejmik Województwa Zachodniopomorskiego Uchwałą Nr III/20/07 z dnia 27 lutego 2007 r.
- „Kierunki rozwoju opieki zdrowotnej w zakresie położnictwa i ginekologii w województwie zachodniopomorskim na lata 2008-2013” przyjęte przez Sejmik Województwa Zachodniopomorskiego Uchwałą Nr XV/152/07 z dnia 18 grudnia 2007 r.
- „Kierunki rozwoju opieki zdrowotnej w zakresie chirurgii ogólnej w województwie zachodniopomorskim na lata 2008-2013” przyjęte przez Sejmik Województwa Zachodniopomorskiego Uchwałą Nr XVIII/176/08 z dnia 31 marca 2008 r.

Przedmiotem niniejszego opracowania jest scharakteryzowanie aktualnego stanu opieki zdrowotnej w zakresie chorób wewnętrznych o wymiarze tzw. podstawowym i nakreślenie planów i kierunków jej rozwoju. Opieka zdrowotna w zakresie ścisłych, wysokospecjalistycznych specjalności w dziedzinie chorób wewnętrznych nie będzie w sposób szczegółowy opisywana w tym dokumencie.

Choroby wewnętrzne, czyli interna jest podstawową dziedziną medyczną dla wielu specjalności, obejmującą leczenie chorób narządów wewnętrznych zachowawczo, czyli nieinwazyjne. Wśród głównych specjalności zaliczanych do chorób wewnętrznych jest: alergologia, angiologia, nefrologia, pulmonologia, diabetologia, endokrynologia, gastroenterologia, hematologia, kardiologia, reumatologia. Z chorobami wewnętrznymi jest związanych wiele chorób przewlekłych.

Od wznowienia kolejnych etapów wdrażania reformy ochrony zdrowia w 1999 roku, która m.in. wprowadziła Kasy Chorych jako płatnika świadczeń zdrowotnych oraz od czasu implementacji instytucji lekarza rodzinnego, zadania z zakresu ambulatoryjnej internistycznej opieki zdrowotnej uległy

przeorganizowaniu. Część tzw. ogólną/podstawową leczenia chorób wewnętrznych przejął lekarz podstawowej opieki zdrowotnej. Nastąpiła likwidacja poradni internistycznych tzw. ogólnych. W lecznictwie stacjonarnym nadal funkcjonują oddziały chorób wewnętrznych pełnoprofilowe/wielospecjalistyczne oraz oddziały o profilu wysokospecjalistycznym.

W części diagnostycznej opracowywanego dokumentu uwzględniono aktualne potrzeby zdrowotne społeczeństwa, obecne zasoby opieki zdrowotnej, wskaźniki działalności i funkcjonowania zakładów opieki zdrowotnej oraz poziom kontraktowania świadczeń zdrowotnych w zakresie chorób wewnętrznych.

Analiza danych statystycznych dotyczących działalności zakładów opieki zdrowotnej, w tym liczby realizowanych i kontraktowanych świadczeń, wskaźnik wykorzystania łóżek, liczba personelu medycznego, w szczególności w opiece szpitalnej pozwoliła na ocenę aktualnej dostępności do świadczeń w zakresie chorób wewnętrznych na terenie poszczególnych powiatów województwa.

Funkcjonująca sieć poradni i oddziałów chorób wewnętrznych powinna uwzględniać aktualne potrzeby zdrowotne populacji, liczbę mieszkańców, możliwości dojazdu oraz dostęp do bazy diagnostyczno-terapeutycznej jednostek specjalistycznych z możliwością jak najlepszego wykorzystania zasobów ochrony zdrowia.

Właściwa organizacja i funkcjonowanie opieki zdrowotnej powinno zapewnić zwiększenie bezpieczeństwa zdrowotnego społeczeństwa oraz poprawić efektywność funkcjonowania zakładów opieki zdrowotnej. Dostęp do świadczeń zdrowotnych powinien być równomierny na terenie całego województwa

Zadaniem niniejszego programu jest określenie najważniejszych celów i kierunków rozwoju opieki zdrowotnej w zakresie chorób wewnętrznych na terenie województwa z uwzględnieniem rządowych programów ochrony zdrowia przygotowywanych w procesie reformowania, narodowych strategii i planów rozwoju ochrony zdrowia oraz dokumentów programowych Unii Europejskiej i Światowej Organizacji Zdrowia.

2. Podstawy informacyjne i metodyka opracowania

Przy opracowywaniu „Kierunków rozwoju opieki zdrowotnej w zakresie chorób wewnętrznych w województwie zachodniopomorskim na lata 2007 - 2013” wykorzystano dostępne dane statystyczne i epidemiologiczne oraz badania i opracowania statystyczne Głównego Urzędu Statystycznego, Urzędu Statystycznego w Szczecinie, informacje Zachodniopomorskiego Centrum Organizacji i Promocji Zdrowia oraz Zachodniopomorskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w Szczecinie, a także dane statystyczne szpitali resortowych. Należy jednak zaznaczyć, iż funkcjonujący obecnie system informacyjno-sprawozdawczy w ochronie zdrowia nie gwarantuje pełnej kompletności i możliwości pełnego porównania danych dotyczących potrzeb zdrowotnych społeczeństwa i stopnia ich zaspakajania.

Przy określeniu priorytetów w internistycznej opiece zdrowotnej uwzględniono następujące cele strategiczne zawarte w programach i dokumentach Światowej Organizacji Zdrowia, Ministerstwa Zdrowia oraz programach strategicznych województwa zachodniopomorskiego:

- Cele Programu „Zdrowie dla wszystkich w XXI wieku”. Światowej Organizacji Zdrowia w regionie europejskim:
 - Zintegrowanie sektora zdrowia z szerokim dostępem do podstawowej opieki zdrowotnej popartej odpowiednim i sprawnym systemem szpitalnictwa;
 - Wzmacnianie zarządzania jakością opieki zdrowotnej;
 - Rozwijanie kadry pracowniczej w opiece zdrowotnej z odpowiednią wiedzą i umiejętnościami;
 - Finansowanie świadczeń zdrowotnych i alokacji środków opartej na zasadach równego dostępu, opłacalności, solidarności i optymalnej jakości;

- Cele „Strategii rozwoju ochrony zdrowia w Polsce 2007-2013”:
 - Zwiększenie bezpieczeństwa zdrowotnego społeczeństwa;
 - Poprawa efektywności funkcjonowania systemu ochrony zdrowia;
 - Dostosowanie opieki zdrowotnej do dynamiki długookresowych trendów demograficznych;
 - Poprawa stanu zdrowia społeczeństwa polskiego w stopniu zmniejszającym dystans istniejący pomiędzy Polską i średnim poziomem stanu zdrowia w Unii Europejskiej.

- Cele „Narodowego Planu Zdrowotnego na lata 2004-2013” w zakresie poprawienia efektywności leczenia:
 - Zapewnienie dostępności do nowych, wysoce korzystnych technologii medycznych w świadczeniach wysokospecjalistycznych;
 - Poprawienie wydajności i jakości szczególnie drogich technologii w świadczeniach wysokospecjalistycznych;
 - Wprowadzenie preferencji dla świadczeń przynoszących duże korzyści zdrowotne;
 - Zapewnienie priorytetu dla bezpiecznych warunków udzielania świadczeń;
 - Wzmocnienie współdziałania różnych specjalistów i świadczeniodawców;
 - Poprawa efektywności programów profilaktycznych;

- Cele „Narodowego Programu Zdrowia lata 2007-2015”:
 - Aktywizacja jednostek samorządu terytorialnego i organizacji pozarządowych na rzecz zdrowia społeczeństwa;
 - Poprawa jakości świadczeń zdrowotnych w zakresie skuteczności, bezpieczeństwa i akceptowalności społecznej, w tym przestrzegania praw pacjenta;
 - Usprawnienie wczesnej diagnostyki i czynnej opieki nad osobami zagrożonymi chorobami układu krążenia, udarami mózgowymi, nowotworami, powikłaniami cukrzycy, chorobami układu oddechowego oraz chorobami reumatycznymi, szczególnie przez działania w podstawowej opiece zdrowotnej;
 - Zwiększenie i optymalne wykorzystanie systemu ochrony zdrowia oraz infrastruktury samorządowej dla potrzeb promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej;

- Cel kierunkowy „Strategii rozwoju województwa zachodniopomorskiego do roku 2020”:
 - Stworzenie spójnego systemu realizacji zadań ochrony zdrowia i bezpieczeństwa zdrowotnego.

W bieżącym kształtowaniu właściwej opieki zdrowotnej w zakresie chorób wewnętrznych należy także uwzględniać aktualne stanowiska i wytyczne przyjmowane przez **Towarzystwo Interny Polskiej** i towarzystwa naukowe innych wąskospecjalistycznych działów interny.

„Kierunki rozwoju opieki zdrowotnej w zakresie chorób wewnętrznych w województwie zachodniopomorskim na lata 2008-2013” stanowiąc uzupełnienie „Strategii sektorowej w zakresie ochrony zdrowia województwa zachodniopomorskiego”, odnoszą się do kierunków i zadań strategicznych, które w 2001 roku określono dla opieki zdrowotnej w zakresie chorób wewnętrznych następująco:

- Zapewnienie dostępności do opieki stacjonarnej w oddziałach chorób wewnętrznych w promieniu 30 km od miejsca zamieszkania pacjenta;
- Zmniejszenie liczby łóżek w tych oddziałach, gdzie ich wykorzystanie nie osiąga 85%;
- Zachowanie oddziałów chorób wewnętrznych w każdym powiecie;
- Zwiększenie liczby łóżek w oddziałach chorób wewnętrznych w Szczecinie lub lepsze wykorzystanie bazy łóżkowej w szpitalach resortowych.

Niektóre z wymienionych wyżej kierunków i zadań zawartych w „Strategii sektorowej w zakresie ochrony zdrowia województwa zachodniopomorskiego” w niniejszym opracowaniu uległy weryfikacji i zmianie. Dotychczas sformułowane i realizowane zadania zostaną poddane uzupełnieniu i dostosowaniu do obecnej sytuacji, trendów i unormowań prawnych oraz oczekiwań społecznych.

Realizując zadania z zakresu promocji i ochrony zdrowia przypisane samorządowi województwa oraz wdrażając założenia „Strategii sektorowej w zakresie ochrony zdrowia województwa zachodniopomorskiego”, **Marszałek Województwa Zachodniopomorskiego zarządzeniem Nr 7/08 z dnia 6.02.2008 r. powołał Zespół ds. do opracowania programu pn. „Kierunki rozwoju opieki zdrowotnej w zakresie chorób wewnętrznych w województwie zachodniopomorskim na lata 2008-2013”.**

W skład Zespołu weszły następujące osoby:

- 1) Marek Sell – Z-ca Dyrektora Wydziału Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Zachodniopomorskiego - przewodniczący Zespołu,
- 2) Halina Jaroszewicz-Heigelmann - Konsultant Wojewódzki w dziedzinie Chorób Wewnętrznych - wiceprzewodniczący Zespołu,
- 3) Hanna Laskus - Ordynator Oddziału Chorób Wewnętrznych „C” Szpitala Wojewódzkiego w Koszalinie
- 4) Mariusz Pietrzak – Dyrektor SP Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Szczecinie,
- 5) Dariusz Lewiński– Dyrektor Zachodniopomorskiego Centrum Organizacji i Promocji Zdrowia,
- 6) Franciszka Siadkowska – Naczelnik Wydziału Świadczeń Opieki Zdrowotnej Zachodniopomorskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia,
- 7) Irena Wawreszuk – Główny Specjalista w Biurze Ochrony Zdrowia Wydziału Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Zachodniopomorskiego.

Zespołowi powierzono zadanie ustalenia i wytyczenia optymalnych kierunków polityki zdrowotnej w zakresie zabezpieczenia właściwej dostępności do świadczeń zdrowotnych w zakresie chorób wewnętrznych dla mieszkańców województwa zachodniopomorskiego w zakresie wszystkich poziomów ambulatoryjnej i stacjonarnej opieki zdrowotnej.

Program, na każdym etapie opracowania w Biurze Ochrony Zdrowia Wydziału Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego, był opiniowany przez Zespół.

Praca Zespołu została zakończona wraz z ostatecznym opracowaniem projektu pt. „Kierunki rozwoju opieki zdrowotnej w zakresie chorób wewnętrznych w województwie zachodniopomorskim na lata 2008-2013”. Projekt udostępniono do konsultacji osobom i instytucjom odpowiedzialnym i mającym wpływ na organizację opieki zdrowotnej, a następnie przedłożono do akceptacji Zarządu Województwa Zachodniopomorskiego i skierowano pod obrady Sejmiku Województwa Zachodniopomorskiego celem przyjęcia w drodze uchwały.

Zasadniczą strukturę dokumentu stanowią dwie części:

CZĘŚĆ DIAGNOSTYCZNA obejmuje:

- opis aktualnej sytuacji demograficznej i zdrowotnej populacji,
- najważniejsze zagrożenia zdrowotne,
- opis posiadanej bazy diagnostyczno-terapeutycznej,
- zasoby kadrowe.

CZĘŚĆ PLANISTYCZNA określa:

- aktualne potrzeby zdrowotne,
- cele strategiczne i operacyjne,
- kierunki działań i zadania,
- planowane i docelowe wskaźniki,
- kryteria i wymagania.

Opracowany dokument, po zatwierdzeniu przez Sejmik Województwa Zachodniopomorskiego, będzie stanowić swego rodzaju wytyczną do sporządzania planów zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych dla województwa zachodniopomorskiego oraz wskazówkę do podejmowania decyzji przez organizatorów ochrony zdrowia i zarządzających jednostkami opieki zdrowotnej.

II. CZĘŚĆ DIAGNOSTYCZNA

Rozpoznanie i ocena sytuacji w ochronie zdrowia województwa zachodniopomorskiego w zakresie leczenia chorób wewnętrznych została przedstawiona w trzech obszarach diagnostycznych opisujących sytuację demograficzną i zdrowotną populacji oraz zasoby opieki zdrowotnej.

1. Sytuacja demograficzna

Procesy demograficzne mają zasadniczy wpływ na planowanie opieki zdrowotnej dla określonej populacji. Podstawowymi trendami demograficznymi obserwowanymi od kilku lat w Polsce jest: zmniejszenie liczby ludności, zmniejszenie liczby urodzeń i wyraźna zwyżka zgonów nad urodzeniami, a także stopniowy wzrost liczby osób starszych z sukcesywnym wydłużeniem długości życia. W 2005 r. odnotowano w Polsce ujemny przyrost naturalny o wartości -0,6, w województwie zachodniopomorskim przyrost był w tym czasie dodatni, wynosił 0,5. Liczba urodzeń zmniejszyła się od 1999 r. z 16 929 do 16 108 urodzeń w 2005 r. Natomiast w 2006 r. zaobserwowano wzrost liczby urodzeń do liczby 16 411. Jak przewidują prognozy wzrost przyrostu naturalnego będzie utrzymywał się przez trzy kolejne lata, poczym ponownie powróci stała tendencja spadkowa.

Tab. 1. Liczba ludności województwa zachodniopomorskiego w 1999 i 2006 roku

Rok	Ogółem	w tym:			
		Mężczyźni	Kobiety	Miasta	Gminy
1999	1 732 838	848 153	884 685	1 208 443	524 395
2006	1 692 838	822 989	869 849	1 168 265	524 573

Źródło: GUS

Spadek liczby ludności jest zjawiskiem ogólnopolskim. W województwie zachodniopomorskim od 1999 r. liczba ludności zmniejszyła się o 40 tys.

Tab. 2. Ludność województwa zachodniopomorskiego w 2006 roku wg powiatów

Lp	Powiaty	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety	Miasto	Wieś
1	Miasto Koszalin	107 693	51 309	56 384	107 693	0
2	Miasto Szczecin	409 068	194 524	214 544	409 068	0
3	Miasto Świnoujście	40 819	19 796	21 023	40 819	0
4	Białogard	48 319	23 645	24 674	30 113	18 206
5	Choszczno	50 020	24 871	25 149	23 920	26 100
6	Drawsko Pom.	58 123	28 426	29 697	35 823	22 300
7	Goleniów	78 918	38 775	40 143	42 214	36 704
8	Gryfice	60 834	29 955	30 879	31 053	29 781
9	Gryfino	83 037	41 166	41 871	38 050	44 987
10	Kamień Pom.	47 599	23 326	24 273	25 093	22 506

11	Kołobrzeg	76 217	36 653	39 564	44 737	31 480
12	Koszalin	64 205	31 945	32 260	14 005	50 200
13	Łobez	38 233	18 787	19 446	20 030	18 203
14	Myślibórz	67 340	33 117	34 223	39 960	27 380
15	Police	64 785	32 054	32 731	35 458	29 327
16	Pyrzyce	39 958	19 863	20 095	16 817	23 141
17	Sławno	57 570	28 230	29 340	27 593	29 977
18	Stargard	119 393	58 446	60 947	79 583	39 810
19	Szczecinek	77 276	37 599	39 677	48 921	28 355
20	Świdwin	48 816	23 950	24 866	24 156	24 660
21	Wałcz	54 615	26 552	28 063	33 159	21 456
	Województwo	1 692 838	822 989	869 849	1 168 265	524 573

Źródło: GUS

W 2005 r. na 100 mężczyzn przypadało 107 kobiet w Polsce i 105 w województwie zachodniopomorskim. W województwie zachodniopomorskim kobiety stanowiły 51% populacji. Większa nadwyżka liczebna kobiet nad mężczyznami występuje w grupie wiekowej 40-44 lata, a od tego wieku gwałtownie rośnie. W grupie wiekowej 65 lat na 100 mężczyzn przypada aż 160 kobiet.

Analiza struktury ludności województwa zachodniopomorskiego w 2006 r. wykazuje spadek liczby ludności w wieku przedprodukcyjnym oraz wzrost liczby ludności w wieku produkcyjnym i poprodukcyjnym.

Tab. 3. Zmiany w strukturze ludności województwa zachodniopomorskiego w 1999 i 2006 r. oraz prognozowane w 2015 r.

	1999	2006	2015
Wiek:			
przedprodukcyjny	24,8%	19,9%	16,4%
produkcyjny	62,2%	65,8%	63,9%
poprodukcyjny	12,9%	14,3%	19,6%

Źródło: GUS

Prognozy demograficzne utrzymują, iż w kolejnych latach dalszemu zwiększeniu ulegnie odsetek osób w wieku poprodukcyjnym, z 14,3% w 2006 r. do 19,6% mieszkańców województwa w 2015 r. Zmniejszeniu, natomiast ulegnie grupa ludności w wieku produkcyjnym i przedprodukcyjnym.

Od kilku lat systematycznie wzrasta średnia długość życia obu płci, lecz nadal utrzymuje się znaczna różnica w długości życia kobiet i mężczyzn. W województwie zachodniopomorskim w 2005 roku średnia długość życia kobiet wynosiła 78,8 lat, a mężczyzn 70,6 lat.

2. Sytuacja zdrowotna mieszkańców województwa zachodniopomorskiego

Ocenę sytuacji zdrowotnej ludności przeprowadzono m.in. na podstawie danych statystycznych dotyczących zachorowań, przyczyn hospitalizacji i zgonów oraz wyników opracowania statystycznego GUS pt. „Stan zdrowia ludności Polski w przekroju terytorialnym w 2004 r.”, wydanego w 2007 r.

Stan zdrowia ludności Polski po 1991 r. ulega systematycznej poprawie, lecz wg analiz Biura Regionalnego WHO w Kopenhadze, nadal jest gorszy niż stan zdrowia mieszkańców Unii Europejskiej. Niespełna 39% ludności Polski ocenia swoje zdrowie poniżej stanu dobrego. Co trzeci mieszkaniec Polski uskarża się na długotrwałe problemy zdrowotne lub choroby przewlekłe. Częstość występowania problemów zdrowotnych związanych z chorobami przewlekłymi, niesprawnością i kalectwem rośnie wraz z wiekiem. W wielu 50-69 lat długotrwałe problemy zdrowotne ma 64% populacji, w grupie 70-latków i starszych, 9] odsetek ten wynosi 84%. W porównaniu do 1996 r. odsetek chorujących przewlekłe zmniejszył się o ponad 7%. Wyraźny spadek częstości występowania chorób przewlekłych, o ponad 18%, zanotowano wśród osób w wieku 30-49 lat. Częstość występowania chorób przewlekłych jest wyższa wśród kobiet niż mężczyzn. Badania Głównego Urzędu Statystycznego przeprowadzonych w 2004 r. wskazują na najczęściej występujące choroby przewlekłe. Wśród młodych kobiet w wieku 15-29 lat, najczęściej stwierdzane są migreny, bóle głowy i alergie. Chorujący młodzi mężczyźni skarżą się przede wszystkim na alergie i choroby kręgosłupa. W wieku 30-49 lat, zarówno w przypadku kobiet jak i mężczyzn dominują choroby kręgosłupa. W tym wieku co dziesiąta kobieta i co jedenasty mężczyzna ma nadciśnienie tętnicze. W wieku 50-69 lat u kobiet najczęstszymi problemami zdrowotnymi jest zbyt wysokie ciśnienie i schorzenia stawów, u mężczyzn najczęściej występuje nadciśnienie tętnicze, ma je, co trzeci mężczyzna. W wieku 70 lat i więcej z większym natężeniem występuje choroba nadciśnieniowa, a co trzeci mężczyzna ma chorobę wieńcową. Poważnym problemem w tym wieku są choroby stawów.

Badania wykazały, że ponad 30% Polaków ma problem zbyt wysokiej wagi ciała, co ósmy jest otyły. Problem ten występuje najczęściej wśród osób w wieku 50-69 lat i dotyczy 49% mężczyzn i 46% kobiet.

Rośnie przy tym liczba osób leczonych w szpitalach i korzystających z poradnictwa ambulatoryjnego. W 2006 roku w województwie zachodniopomorskim, wśród mieszkańców objętych opieką lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej znajdowało się 484 134 osób, u których stwierdzono 667 718 schorzeń w tym 86 913 schorzeń rozpoznano po raz pierwszy.

Tab. 4. Dane o stanie zdrowia osób dorosłych będących pod opieką lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) w 2006 r.

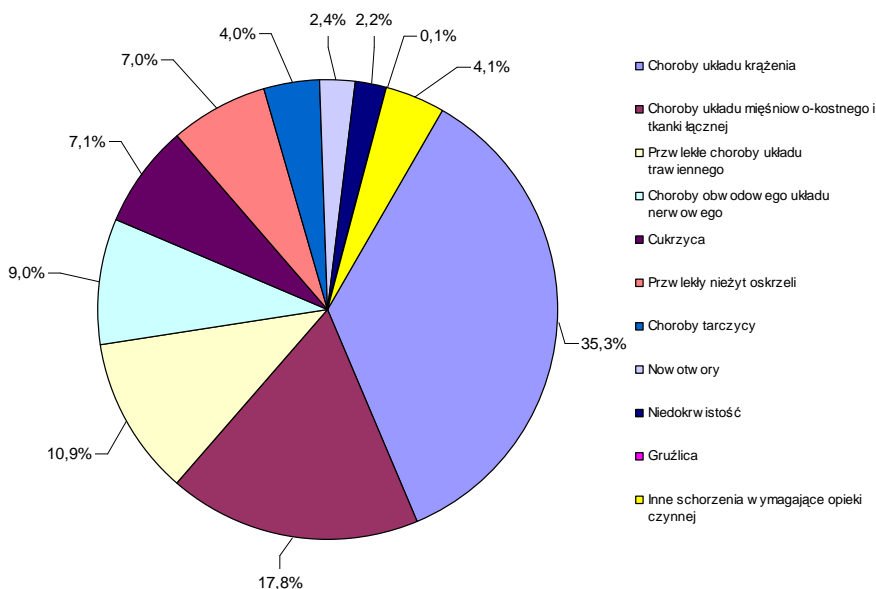
Lp	Rozpoznanie wg ICD 10	Liczba osób, u których stwierdzono schorzenia	Liczba osób, u których stwierdzono schorzenia po raz pierwszy
1	Choroby układu krążenia	235 972	27 934
	w tym:		
2	› Choroba nadciśnieniowa	144 769	15 522
3	› Niedokrwienność serca	56 699	6 717
4	› Choroby naczyń mózgowych	15 445	2 770
5	› Przewlekła choroba reumatyczna	5 310	828

6	Choroby układu mięśniowo-kostnego i tkanki łącznej	119 059	13 170
7	Przewlekłe choroby układu trawiennego	73 092	9 702
8	Choroby obwodowego układu nerwowego	60 339	9 939
9	Cukrzyca	47 433	5 070
10	Przewlekły nieżyt oskrzeli	46 438	5 420
11	Choroby tarczycy	26 425	4 086
12	Nowotwory	15 909	3 248
13	Niedokrwistość	14 927	3 351
14	Gruźlica	966	202
15	Inne schorzenia wymagające opieki czynnej	27 158	4 230
	Ogółem	667 718	81 282

Źródło: Informator statystyczny ochrony zdrowia za 2006 r.
Zachodniopomorskiego Centrum Organizacji i Promocji Zdrowia

Najczęściej występującym schorzeniem są choroby układu krążenia, które stanowią 35,3% wszystkich schorzeń, z czego najwięcej jest przypadków choroby nadciśnieniowej. Po chorobach układu krążenia najczęstszym schorzeniem są choroby układu mięśniowo-kostnego i tkanki łącznej, które stanowią 17,8% wszystkich stwierdzonych schorzeń u osób leczonych w poradniach podstawowej opieki zdrowotnej.

Wykres 1. Odsetek schorzeń u osób dorosłych będących pod opieką lekarza POZ w 2006 r.



Opracowanie własne na podstawie Informatora statystycznego ochrony zdrowia za 2006 r.
Zachodniopomorskiego Centrum Organizacji i Promocji Zdrowia

Główne przyczyny zgonów są kolejnym wskaźnikiem zwracającym uwagę na największe zagrożenia chorobowe. Pierwszą przyczyną zgonów od lat, z tendencją spadkową obserwowaną na poziomie kraju, są **choroby układu krążenia, które w 2005 r. w województwie zachodniopomorskim były przyczyną 45,7% wszystkich zgonów.**

Drugą przyczyną zgonów z tendencją zwykłą są nowotwory. Wzrost liczby zgonów powodowanych chorobami nowotworowymi, idzie w parze z jednoczesnym wzrostem liczby nowych zachorowań. Dla porównania w 1990 r. w Polsce nowotwory złośliwe były przyczyną 18,7% zgonów, a w 2005 r. stanowiły już 24,5% wszystkich przyczyn zgonów. **W województwie zachodniopomorskim w 2005 r. nowotwory były powodem 26,4% zgonów.** Najczęstszym nowotworem złośliwym w Polsce u mężczyzn są nowotwory złośliwe płuca, stanowią one 1/3 część przyczyn zgonów z powodu nowotworów. **W województwie zachodniopomorskim w 2005 r. najczęstszą przyczyną zgonów wśród nowotworów złośliwych są nowotwory płuc, stanowią 25,8% zgonów wśród nowotworów.**

W Polsce od 40 lat spada ryzyko zachorowania na nowotwór żołądka, natomiast drugim nowotworem, co do częstości występowania w obrębie przewodu pokarmowego, są nowotwory jelita grubego (odbytnicy i okrężnicy). Notuje się wzrost zagrożenia nowotworami złośliwymi dolnego odcinka przewodu pokarmowego. Staje się to coraz istotniejszym problemem onkologicznym w Polsce. **W województwie zachodniopomorskim w 2005 r. na liczbę 1009 zgonów z powodu nowotworów narządów trawiennych prawie 39% stanowiły nowotwory jelita grubego, a 23,8% nowotwory żołądka i 16,2% trzustki.**

Trzecim powodem zgonów w Polsce, pomimo trendu spadkowego, są zewnętrzne przyczyny zgonów. Najwięcej osób ginie w wypadkach komunikacyjnych, w następnej kolejności wskutek samobójstw i upadków. Wśród wypadków komunikacyjnych prawie połowę stanowią dzieci i młodzież. Wśród urazów najczęstsze są złamania i stłuszczenia oraz rany głowy z uszkodzeniem czaszki i mózgu.

Wzrost liczby zgonów nastąpił także w chorobach układu trawiennego i oddechowego oraz zaburzeniach wydzielania wewnętrznego.

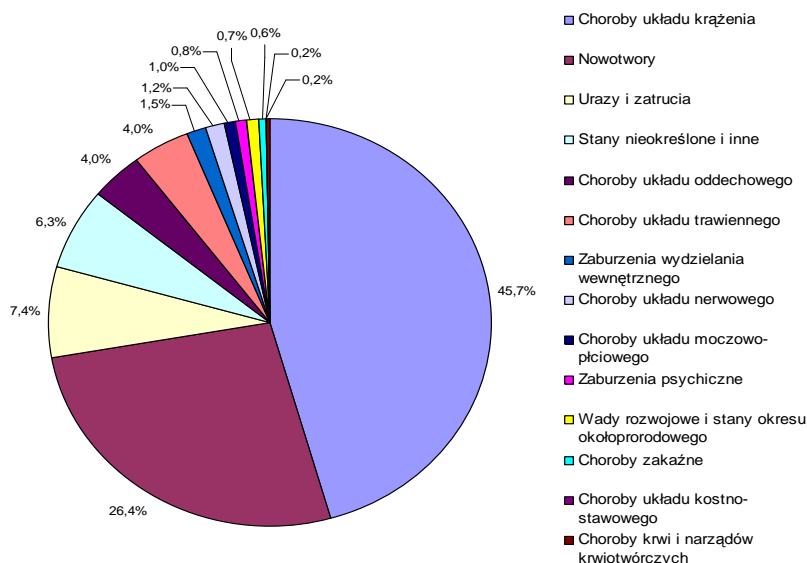
W województwie zachodniopomorskim w 2005 r. urazy i wypadki były przyczyną 7,4% zgonów, o 173 zgonów mniej niż w 1999 r.

Tab. 5. Przyczyny zgonów w województwie zachodniopomorskim w 1999 i 2005 r.

Przyczyny zgonu	1999	2005
Choroby układu krążenia	6 923	6 975
Nowotwory	3 628	4 036
Urazy i zatrucia	1 300	1 127
Choroby układu trawiennego	576	613
Choroby układu oddechowego	447	617
Zaburzenia wydzielania wewnętrznego	221	233
Zaburzenia psychiczne	173	127
Wady rozwojowe i stany okresu okołoporodowego	151	110
Choroby układu moczowo-płciowego	141	149
Choroby układu nerwowego	132	176
Choroby zakaźne	68	96
Choroby układu kostno-stawowego	40	25
Choroby krwi i narządów krwiotwórczych	22	23
Stany nieokreślone i inne	898	960
Ogółem	15 214	15 267

Źródło: Informatory statystyczne ochrony zdrowia za 2001 i za 2006 r.
Zachodniopomorskiego Centrum Organizacji i Promocji Zdrowia

Wykres 2. Przyczyny zgonów w 2005 r.



Opracowanie własne na podstawie Informatora statystyczne ochrony zdrowia za 2006 r. Zachodniopomorskiego Centrum Organizacji i Promocji Zdrowia

Na przestrzeni ostatnich sześciu lat obserwuje się wzrost liczby udzielonych porad specjalistycznych.

Tab. 6. Liczba porad specjalistycznych wykonanych w województwie zachodniopomorskim w 1999 i 2006 r.

Rodzaj poradni	Liczba porad		Wzrost liczby porad w %
	1999	2006	
Poradnie specjalistyczne	2 762 252	3 821 942	38,4%
W tym:			
Chorób wewnętrznych	263 733	608 914	130,9%

Źródło: Informatory statystyczne ochrony zdrowia za 1999 i 2006 r. Zachodniopomorskiego Centrum Organizacji i Promocji Zdrowia I dane szpitali resortowych

Od 1999 r. **liczba porad specjalistycznych wzrosła o 38,4%**. Tendencja ta dotyczy również porad udzielanych w poradniach chorób wewnętrznych, których **liczba wzrosła aż o 130,9%**. Wynik ten może świadczyć o wzroście potrzeb zdrowotnych mieszkańców województwa zachodniopomorskiego z jednoczesnym znacznym rozszerzeniem kontraktowania świadczeń przez Narodowy Fundusz Zdrowia, co zapewniło zwiększenie dostępności do poradnictwa specjalistycznego.

Wg Zachodniopomorskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w 2006 r. w poradniach chorób metabolicznych udzielono 7518 porad na rzecz 2451 pacjentów. Najczęstszą przyczyną zachorowań była otyłość - 86,5% wszystkich porad. **Otyłość jest zjawiskiem alarmującym**, co potwierdzają krajowe badania i dane statystyczne.

Do oceny stanu zdrowia ludności posłużyła również analiza przyczyn leczenia w szpitalu. Według informacji Zachodniopomorskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w 2006 r. w oddziałach chorób wewnętrznych **było leczonych 54 142 osób**. Wśród przeanalizowanych hospitalizacji, zrealizowanych w ramach zakontraktowanych świadczeń opieki zdrowotnej przez Zachodniopomorski Oddział Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, wyodrębniono kilka głównych grup chorobowych, które były najczęstszą przyczyną leczenia szpitalnego w oddziałach chorób wewnętrznych.

Tab. 7. Najczęstsze przyczyny hospitalizacji w oddziałach chorób wewnętrznych w 2006 r. wg ICD-10 - kategorii 3-znakowej

Grupy jednostek chorobowych wg ICD-10	Liczba hospitalizacji	Udział %
Choroby układu krążenia	21931	40,51%
w tym:		
Choroba niedokrwienna	6322	10,46%
Choroba nadciśnieniowa	3427	5,95%
Choroby naczyń mózgowych	2543	4,49%
Choroby układu trawienia	5885	9,80%
Choroby układu oddechowego	5431	9,12%
Choroby metaboliczne	4716	8,71%
w tym:		
Cukrzyca	3011	5,56%
Choroby układu moczowo-płciowego	2561	4,52%
Nowotwory złośliwe	2172	4,01%
Choroby układu nerwowego	668	1,23%

Źródło: Zachodniopomorski Oddział Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia

Wyniki analizy przyczyn hospitalizacji wyraźnie wskazują na główne problemy zdrowotne mieszkańców województwa zachodniopomorskiego w zakresie chorób wewnętrznych.

Najczęstszą przyczyną hospitalizacji w oddziałach chorób wewnętrznych szpitali województwa zachodniopomorskiego w 2006 r. były choroby układu krążenia – 40,51%, wśród nich dominowała choroba niedokrwienna, na drugim miejscu plasują się choroby układu trawiennego, na trzecim choroby układu oddechowego, a na czwartym cukrzyca.

Światowa Organizacja Zdrowia przewiduje, że do 2020 r. głównymi przyczynami zgonów będą: choroba niedokrwienna serca, choroba naczyń mózgowych, choroby nowotworowe, przewlekła obturacyjna choroba płuc, zakażenia dolnych dróg oddechowych, samouszkodzenia oraz cukrzyca.

3. Zasoby opieki zdrowotnej

Opis zasobów opieki zdrowotnej w zakresie chorób wewnętrznych charakteryzuje działalność leczniczą w poszczególnych rodzajach i poziomach opieki, tj. w: podstawowej opiece zdrowotnej, ambulatoryjnej opiece specjalistycznej i lecznictwie szpitalnym oraz przedstawia zasoby kadrowe pracowników medycznych bezpośrednio związanych z realizacją świadczeń zdrowotnych w leczeniu chorób wewnętrznych.

3.1. Podstawowa opieka zdrowotna (POZ)

W podstawowej opiece zdrowotnej opieka zdrowotna, świadczenia zdrowotne na rzecz określonej populacji w zakresie ustalonym przepisami prawnymi realizuje lekarz rodzinny i pielęgniarka środowiskowa/rodzinna. **W 2006 r. podstawową opieką zdrowotną było objętych 1 311 125 mieszkańców województwa zachodniopomorskiego w wieku powyżej 18 roku życia.** Obecne uwarunkowania prawne nakładają na podstawową opiekę zdrowotną określony zakres zadań w zakresie profilaktyki, leczenia i pielęgnowania pacjentów. Miejscem udzielania świadczeń zdrowotnych jest poradnia i/lub miejsce zamieszkania pacjenta.

Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej planuje i realizuje opiekę lekarską w zakresie świadczeń opieki zdrowotnej określonym w *rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2005 r. w sprawie zakresu zadań lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej*. Opieka ta dotyczy całej populacji niezależnie od wieku i płci, zadeklarowanej do objęcia opieką danego lekarza. Wymagany zakres działań lekarza rodzinnego ma m.in. na celu: zachowanie zdrowia, rozpoznanie i leczenie chorób w tym planowanie i koordynowanie postępowania diagnostycznego i terapeutycznego oraz integrowanie, i kontynuowanie działań leczniczych podejmowanych w odniesieniu do jego pacjentów przez innych świadczeniodawców w ramach swoich kompetencji zawodowych.

Zadania lekarza podstawowej opieki zdrowotnej zawarte są również w *rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2004 r. w sprawie zakresu świadczeń opieki zdrowotnej, w tym badań przesiewowych oraz okresów, w których te badania są przeprowadzane*. Działania te dotyczą przede wszystkim profilaktyki nowotworów, przeciwdziałania chorobom odytoniowym, gruźlicy i profilaktyki chorób układu krążenia.

Pielęgniarka podstawowej opieki zdrowotnej planuje i realizuje kompleksową opiekę pielęgniarską w miejscu zamieszkania pacjenta. Wykonuje świadczenia profilaktyczne, lecznicze, pielęgnacyjne i rehabilitacyjne.

Zadaniem lekarza i pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej jest objęcie kompleksową czynną opieką pacjentów z długotrwałymi schorzeniami internistycznymi, a w szczególności chorych przewlekłe.

Tab. 8. Liczba lekarzy i pielęgniarek podstawowej opieki zdrowotnej w 1999 i 2006 r.

Rok	Liczba lekarzy		Liczba pielęgniarek			
	Ogółem w POZ	Liczba mieszkańców na 1 lekarza	Ogółem w POZ	Liczba mieszkańców na 1 pielęgniarkę POZ	w tym pielęgniarki środowiskowe/rodzinne	Liczba mieszkańców na 1 pielęgniarkę środowiskową/rodzinną
1999	742	2335	1310	1323	693	2500
2006	910	1860	1336	1267	672	2519

Źródło: Informatory statystyczne ochrony zdrowia województwa zachodniopomorskiego za 1999 i 2006 r. Zachodniopomorskie Centrum Organizacji i Promocji Zdrowia

W analizowanym okresie od 1999 r. do 2006 r. liczba pielęgniarek i lekarzy pracujących w podstawowej opiece zdrowotnej wzrosła. Wśród lekarzy nastąpił wzrost o 22,6%, wśród pielęgniarek o niecałe 2%. Liczba pielęgniarek środowiskowych/rodzinnych uległa jednak zmniejszeniu, lecz w związku z jednoczesnym spadkiem liczby ludności nie pogorszyło to w sposób znaczący opieki pielęgniarskiej w środowisku zamieszkania mieszkańców województwa. Natomiast wyraźny wzrost liczby lekarzy POZ może mieć wpływ na poprawę poziomu sprawowania czynnej opieki zdrowotnej nad przewlekle chorymi w środowisku ich zamieszkania.

3.2. Ambulatoryjna opieka specjalistyczna

Ambulatoryjna opieka specjalistyczna w zakresie chorób wewnętrznych w 2006 r. była realizowana w poradniach publicznych i niepublicznych rozmieszczonych na terenie wszystkich powiatów województwa zachodniopomorskiego. W 2006 r. na terenie województwa zachodniopomorskiego funkcjonowało **369 poradni chorób wewnętrznych** różnych specjalności, w tym poradnie prywatne i funkcjonujące przy szpitalach resortowych. We wszystkich rodzajach poradni internistycznych zrealizowano łącznie **629 036 porad**. Pracowało w nich **461 lekarzy**.

Należy nadmienić, iż statystyka medyczna do poradni chorób wewnętrznych zalicza poradnie specjalistyczne oznaczone w *rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 16 lipca 2004 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych dla zakładów opieki zdrowotnej oraz szczegółowych zasad ich nadawania* kodami resortowymi od 1000 do 1180 ze szczególnym wyodrębnieniem poradni: alergologicznych, diabetologicznych, kardiologicznych, nefrologicznych i medycyny nuklearnej.

Analiza danych z lat poprzednich wykazuje stały wzrost liczby wykonanych porad we wszystkich rodzajach poradni, co może wskazywać na wzrost zapotrzebowania na opiekę zdrowotną. Wnioskować także można, iż wzrasta tym samym, dostępność do opieki ambulatoryjnej, mimo istniejących kolejek oczekujących na świadczenia zdrowotne w niektórych poradniach specjalistycznych.

Tab. 9 Liczba porad w poradniach chorób wewnętrznych w latach 1999 i 2006

(bez szpitali resortowych)

Rodzaj poradni	Liczba porad		Wzrost w %
	1999	2006	
Poradnie specjalistyczne	2 762 252	3 821 942	38,4%
w tym:			
Poradnie chorób wewnętrznych	339 288	608 914	79,5%

Źródło: Informator statystyczny ochrony zdrowia województwa zachodniopomorskiego za 1999 i 2006 r. Zachodniopomorskie Centrum Organizacji i Promocji Zdrowia

Od 1999 do 2006 roku liczba porad w poradniach chorób wewnętrznych wzrosła o 79,5%.

W 2006 r. udzielono łącznie we wszystkich **poradniach chorób wewnętrznych - 608 914 porad**, w tym m.in. w poradniach:

- kardiologicznych – 135 161 porad
- alergologicznych – 96 347 porad
- diabetologicznych – 57 984 porad
- nefrologicznych – 20 193 porad

Poradnie chorób wewnętrznych funkcjonują w każdym powiecie województwa, jednakże liczba udzielonych porad w 2006 r. była dość zróżnicowana, co ilustruje poniższa tabela.

Tab. 10. Wskaźniki działalności poradni chorób wewnętrznych w 2006 r. wg powiatów

Lp	Powiaty	Liczba poradni	Liczba porad	
			Liczby bezwzględne	Wskaźnik na 1 mieszkańca
1	Miasto Koszalin*	38	107 127	0,62
2	Miasto Szczecin	176	347 453	0,85
3	Miasto Świnoujście	10	6 299	0,15
4	Białogard	6	9 660	0,20
5	Choszczno	3	2 775	0,06
6	Drawsko Pom.	6	3 815	0,07
7	Goleniów	6	9 828	0,12
8	Gryfice	15	13 487	0,22
9	Gryfino	7	8 832	0,11
10	Kamień Pom.	12	3 034	0,06
11	Kołobrzeg	13	23 515	0,31
13	Łobez	7	3 604	0,09
14	Myślibórz	10	10 150	0,15
15	Police	6	4 167	0,06
16	Pyrzyce	5	5 364	0,13
17	Sławno	6	11 284	0,20
18	Stargard	13	30 478	0,26
19	Szczecinek	15	12 999	0,17
20	Świdwin	1	449	0,01
21	Wałcz	14	14 716	0,27
	Województwo	369	629 036	0,37

Źródło: Zachodniopomorskie Centrum Organizacji i Promocji Zdrowia oraz dane Szpitali MON

Średni wskaźnik porad internistycznych zrealizowanych w województwie w 2006 r. we wszystkich poradniach chorób wewnętrznych, zarówno zakontraktowanych jak i działających bez kontraktu z NFZ, z uwzględnieniem szpitali resortowych, wynosił 0,37 na 1 mieszkańca.

Najwyższe wskaźniki liczby porad na 1 mieszkańca były w:

- Mieście Szczecinie – 0,85
- Mieście Koszalinie – 0,62

Najniższe wskaźniki liczby porad na 1 mieszkańca były w:

- Powiecie Świdwińskim – 0,01
- Powiecie Kamieńskim – 0,06
- Powiecie Polickim – 0,06
- Powiecie Drawskim – 0,07

Zachodniopomorski Oddział Wojewódzki Narodowy Fundusz Zdrowia kontraktuje świadczenia w poszczególnych specjalnościach internistycznych, nie ma kontraktowania świadczeń pod nazwą „poradnia chorób wewnętrznych”. Procedury w zakresie chorób wewnętrznych o charakterze tzw. ogólnym są realizowane w podstawowej opiece zdrowotnej.

W 2006 r. ZOW NFZ zakontraktował świadczenia zdrowotne w rodzaju ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne w zakresie **15 rodzajów poradni chorób wewnętrznych** dla dorosłych funkcjonujących w **150 poradniach** zlokalizowanych na terenie województwa.

Tab. 11. Liczba zrealizowanych świadczeń ambulatoryjnych z zakresu chorób wewnętrznych zakontraktowanych przez ZOW NFZ w 2006 r.

Lp.	Nazwa poradni	Liczba poradni	Zakontraktowane w 2006 r.		Realizacja w 2006 r.	
			Liczba punktów	Wartość w zł	Liczba punktów	Wartość w zł
1	Alergii oddechowych	1	5 906	41 637	5 905	41 633
2	Alergologiczna	22	471 947	3 327 227	477 923	3 369 514
3	Endokrynologiczna	19	414 182	2 919 710	415 080	2 926 077
4	Endokrynologiczno-ginekologiczna	2	21 156	149 150	21 148	149 097
5	Andrologiczna	3	3 327	23 455	3 325	23 444
6	Schorzeń tarczycy	11	95 136	670 710	96 583	680 843
7	Gastroenterologiczna	18	145 899	1 028 588	148 158	1 044 512
8	Gastrologiczna	7	52 939	373 221	53 015	373 746
9	Hepatologiczna	6	59 845	421 907	59 823	421 755
10	Geriatryczna	2	8 311	58 593	8 309	58 574

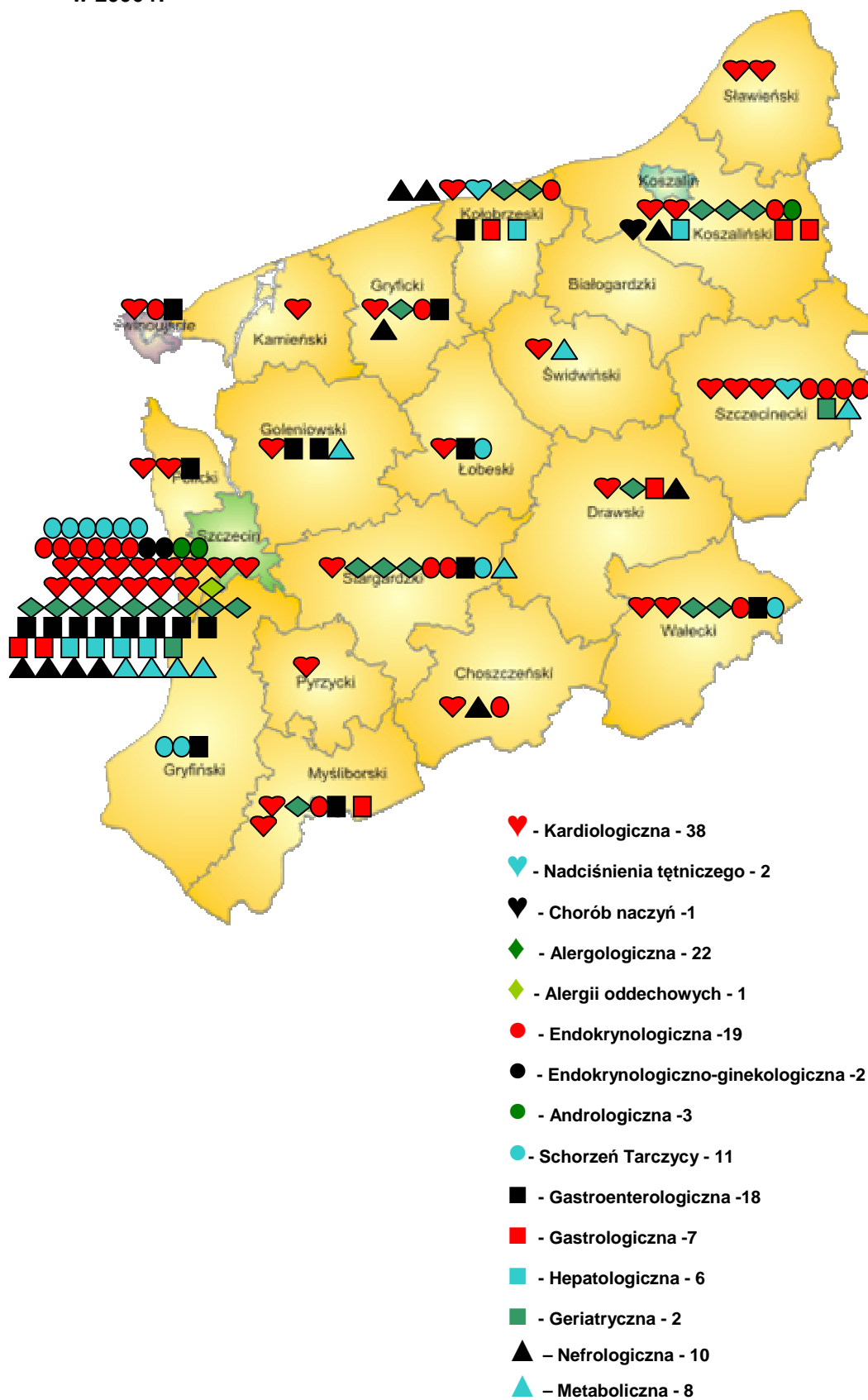
Kierunki rozwoju opieki zdrowotnej w zakresie chorób wewnętrznych
w województwie zachodniopomorskim na lata 2008 – 2013

11	Kardiologiczna	38	782 618	5 985 559	770 726	5 894 826
12	Chorób naczyń	1	1 958	13 804	1 958	13 804
13	Nadciśnienia tętniczego	2	10 555	74 413	10 641	75 018
14	Nefrologiczna	10	51 091	360 190	50 724	357 624
15	Chorób metabolicznych	8	31 079	219 107	31 145	219 571
	RAZEM	150	2 155 949	15 667 270	2 154 464	15 650 038

Źródło: Zachodniopomorski Oddział Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia

Wymienione wyżej poradnie chorób wewnętrznych wykonały w 2006 r. świadczenia zdrowotne w wielkości **2 154 464 punktów rozliczeniowych, o 1485 punktów mniej w porównaniu do liczby zakontraktowanej**. Najwięcej punktów zrealizowano w poradniach kardiologicznych, endokrynologicznych i alergologicznych. Najmniej świadczeń wykonały poradnie: chorób naczyń i andrologiczne.

Mapa 1. Rozmieszczenie poradni chorób wewnętrznych zakontraktowanych przez ZOW NFZ
w 2006 r.



Opracowanie: Wydział Zdrowia i Polityki Społecznej UM
na podstawie danych Zachodniopomorskiego Oddziału Wojewódzkiego
Narodowego Funduszu Zdrowia

3.3. Stacjonarna opieka zdrowotna

W województwie zachodniopomorskim w 2006 r. funkcjonowało **30 oddziałów chorób wewnętrznych** w szpitalach o różnym typie referencyjności i podporządkowania własnościowego o łącznej liczbie **1285 łóżek**, dając **wskaźnik 7,6 łóżek na 10 tys. mieszkańców**. Organami tworzącymi dla szpitali, w których znajdowały się oddziały chorób wewnętrznych są:

- Pomorska Akademia Medyczna
- Samorząd Województwa
- Samorzady powiatowe
- Samorząd Gminny
- Ministerstwo Obrony Narodowej
- Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Administracji
- Spółka Z O.O. „Intermed” w Resku
- Spółka S.A. EMC Instytut Medyczny we Wrocławiu

Tab. 12. Wskaźniki działalności oddziałów chorób wewnętrznych funkcjonujących w szpitalach ogólnych w 2006 r. wg powiatów

Lp	Powiaty	Liczba oddziałów	Liczba łóżek	Wskaźnik łóżek na 10 tys. ludności	Liczba leczonych	Liczba leczonych na 1 łóżko	Średnie wykorzystanie łóżek w %	Średni czas pobytu
1	Miasto Koszalin*	4	127	7,4	5 519	44,9	75,3	6,2
2	Miasto Szczecin	5	184	4,5	6 839	37,2	73,5	6,9
3	Miasto Świnoujście	1	44	10,8	2 864	65,1	83,0	4,7
4	Białogard	1	42	8,7	1 985	47,3	81,7	6,3
5	Choszczno	1	44	8,8	2 054	46,7	96,4	7,5
6	Drawsko Pom.	1	35	6,0	2 093	59,8	81,4	5,0
7	Goleniów	2	75	9,5	2 991	39,9	65,9	6,0
8	Gryfice	1	73	12,0	2 716	37,2	77,3	7,6
9	Gryfino	1	37	4,5	2 006	54,2	70,2	4,7
10	Kamień Pom.	1	28	5,9	2 031	72,5	78,7	4,0
11	Kołobrzeg	1	42	5,5	1 871	44,5	82,8	6,8
12	Łobez	1	29	7,6	1 175	40,5	60,0	5,4
13	Myślibórz	2	85	12,6	3 538	41,6	70,4	6,2
14	Police	1	35	5,4	1 653	47,2	72,3	5,6
15	Pyrzyce	1	60	15,0	1 992	33,2	61,0	6,7
16	Sławno	1	58	10,1	1 960	33,8	50,2	5,4
17	Stargard	1	74	6,2	3 507	47,4	55,1	4,2
18	Szczecinek	1	63	8,2	2 332	37,0	52,7	5,2
19	Świdwin	1	45	9,2	1 849	41,1	63,2	5,6
20	Wałcz	2	105	19,2	3 867	41,0	59,7	5,3
	Województwo	30	1285	7,6	54 842	42,7	70,5	5,8

* razem z Powiatem Koszalińskim

Źródło: Zachodniopomorskie Centrum Organizacji i Promocji Zdrowia oraz dane Szpitali MON i MSWiA Koszalin

Średnie wykorzystanie łóżek w oddziałach chorób wewnętrznych w 2006 r. w województwie kształtowało się na poziomie **70,5%**. Zróżnicowanie między poszczególnymi powiatami wynosiło od 50,2% do 96,4%.

Najlepsze wykorzystanie łóżek było w:

- Powiecie Choszczeńskim – 96,4%
- Mieście Świnoujściu – 83,0%
- Powiecie Kołobrzeskim – 82,8%

Najniższe wykorzystanie łóżek było w:

- Powiecie Sławieńskim – 50,2%
- Powiecie Szczecineckim – 52,7%
- Powiecie Stargardzkim – 55,1%

Dużą rolę w ocenie efektywności pracy oddziału odgrywa wskaźnik przelotowości tj. liczba pacjentów leczonych w przeliczeniu na 1 łóżko. **Średnia przelotowość** w oddziałach chorób wewnętrznych w 2006 r. wynosiła **43,1 pacjentów na 1 łóżko**.

Najwięcej leczonych na 1 łóżko było w:

- Powiecie Kamieńskim – 72,5
- Mieście Świnoujściu – 65,1

Najmniej leczonych na 1 łóżko było w:

- Powiecie Pyrzyckim – 33,2
- Powiecie Sławieńskim – 33,8

Średni czas pobytu chorego w oddziałach chorób wewnętrznych w województwie wynosił 5,8 dni.

Najkrócej leżeni byli pacjenci w:

- Powiecie Kamieńskim – 4,0 dni
- Powiecie Stargardzkim – 4,2 dni

Najdłużej leżeni byli pacjenci w:

- Powiecie Gryfickim – 7,6 dni
- Powiecie Choszczeńskim – 7,5 dni

Z powyższej analizy wynika, że działalność i wykorzystanie bazy oddziałów chorób wewnętrznych jest dość zróżnicowane. O niewystarczającej efektywności świadczy niewysokie wykorzystanie łóżek i zbyt niska liczba pacjentów przypadająca na jedno łóżko w niektórych oddziałach.

Na przestrzeni ostatnich sześciu lat **liczba łóżek w oddziałach chorób wewnętrznych uległa redukcji o 156**, zmniejszył się w związku z tym **wskaźnik łóżek z 8,3/10 tys. mieszkańców w 1999 r. do 7,6 w 2006 r.** Odwrotną tendencję obserwuje się w liczbie leczonych, która wzrosła z 46 551 leczonych w 1999 r. do 54 842 pacjentów, w 2006 r. Mimo wzrostu liczby leczonych i skrócenia czasu pobytu pacjenta w szpitalu, **średnie wykorzystanie łóżek spadło z 86,4% w 1999 r. do 70,5 % w 2006 r.**

Tab. 13. Porównanie ogólnych wskaźników działalności oddziałów chorób wewnętrznych w województwie zachodniopomorskim w 1999 i 2006 roku

Rok	Liczba łóżek	Wskaźnik łóżek na 10 tys. ludności	Liczba leczonych	Liczba leczonych na 1 łóżko	Średnie wykorzystanie łóżek w %	Średni czas pobytu w dniach
1999	1 441	8,3	46 551	32,3	86,4	8,8
2006	1 285	7,6	54 842	42,7	70,5	5,8

Źródło: Informator statystyczny ochrony zdrowia województwa zachodniopomorskiego za 2006 r. Zachodniopomorskie Centrum Organizacji i Promocji Zdrowia oraz dane Szpitali MON i MSWiA

Świadczenia opieki zdrowotnej w oddziałach chorób wewnętrznych w 2006 r. zostały zakontraktowane przez Zachodniopomorski Oddział Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w 30 szpitalach na terenie wszystkich powiatów, w tym w 2 jednostkach niepublicznych. **Zakontraktowano świadczenia o wielkości 7 574 907 punktów, zrealizowano o 32 733 punktów więcej.** W ramach świadczeń zakontraktowanych w 2006 r. **hospitalizowano 54 142 pacjentów.**

Tab. 14. Oddziały chorób wewnętrznych zakontraktowane przez Zachodniopomorski Oddział Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w 2006 r.

Lp	Powiaty	Liczba łóżek	Liczba punktów wykonanych	Liczba punktów na 1 łóżko	Liczba punktów na 1 mieszkańca
1	Miasto Koszalin*	127	700 910	5 518,98	4,08
2	Miasto Szczecin	184	1 828 081	9 935,22	4,47
3	Miasto Świnoujście	44	239 317	5 439,02	5,86
4	Białogard	42	191 429	4 557,83	3,96
5	Choszczno	44	371 282	8 438,23	7,42
6	Drawsko Pom.	35	204 469	5 841,97	3,52
7	Goleniów	75	394 837	5 264,49	5,00
8	Gryfice	73	334 671	4 584,53	5,50
9	Gryfino	37	216 632	5 854,92	2,61
10	Kamień Pom.	28	211 194	7 542,64	4,44
11	Kołobrzeg	42	229 638	5 467,57	3,01
12	Łobez	29	138 745	4 784,31	3,63
13	Myślibórz	85	418 052	4 918,26	6,21
14	Police	35	170 145	4 861,29	2,63
15	Pyrzyce	60	215 555	3 592,58	5,39

16	Sławno	58	230 951	3 981,91	4,01
17	Stargard	74	537 943	7 269,50	4,51
18	Szczecinek	63	263 344	4 180,06	3,41
19	Świdwin	45	196 210	4 360,22	4,02
20	Wałcz	105	514 235	4 897,48	9,42
	Województwo	1285	7 607 640	5 920,34	4,49

* z mieszkańcami Powiatu Koszalińskiego

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych
Zachodniopomorskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia

Oceniając rozmieszczenie zakontraktowanych świadczeń w oddziałach chorób wewnętrznych na terenie województwa posłużono się porównaniem średniej liczby zakontraktowanych punktów przypadających na 1 mieszkańca w poszczególnych powiatach. W województwie zachodniopomorskim w oddziałach chorób wewnętrznych było zakontraktowanych **średnio 5 920,34 punktów** na 1 mieszkańca. Rozmieszczenie ilości zakontraktowanych hospitalizacji charakteryzowało się dużą rozpiętością, **od 3 981,91** w Powiecie Sławieńskim **do 9 935,22** w mieście Szczecinie.

W ramach kontraktów w oddziałach chorób wewnętrznych niektórych szpitali realizowane były dodatkowo inne pakiety świadczeń internistycznych, jak np.: kardiologiczne, diabetologiczne, gastrologiczne.

W województwie zachodniopomorskim, oprócz oddziałów chorób wewnętrznych pełnoprofilowych, funkcjonuje **719 łóżek w oddziałach internistycznych wąskospecjalistycznych** o specjalnościach szczegółowych zaliczanych w systemie kodów identyfikacyjnych zakładów opieki zdrowotnej do specjalności chorób wewnętrznych, są to oddziały: kardiologiczne, endokrynologiczne, nefrologiczne, diabetologiczne, gastroenterologiczne, hematologiczne i geriatryczny.

Tab. 15. Wskaźniki działalności oddziałów chorób wewnętrznych w poszczególnych specjalnościach w 2006 roku

Oddziały	Liczba łóżek	Liczba leczonych	Liczba leczonych na 1 łóżko	Średnie wykorzystanie łóżek w %	Średni czas pobytu chorego w dniach
Chorób wewnętrznych	1 285	54 842	42,7	70,5	5,8
Kardiologiczne	299	14 395	48,1	70,1	4,9
Gastroenterologiczne	127	5 668	44,6	71,5	5,8
Nefrologiczne	101	4 352	43,1	63,0	5,3
Endokrynologiczne	92	2 678	29,1	76,3	7,0
Diabetologiczne	52	1 611	31,0	72,9	8,6
Hematologiczne	42	1 190	28,3	87,8	8,0
Geriatryczne	6	148	24,7	81,5	12,1
Łącznie	2 004	84 884	42,4	74,2	7,2

Źródło: Informator statystyczny ochrony zdrowia województwa zachodniopomorskiego za 2006 r.
Zachodniopomorskie Centrum Organizacji i Promocji Zdrowia oraz dane Szpitali MON i MSWiA

We wszystkich oddziałach o profilu chorób wewnętrznych w 2006 r, było 2004 łóżek, tj. 11,8/10 tys. mieszkańców. Średnie wykorzystanie łóżek wyniosło 74,2 %. Najlepsze wykorzystanie łóżek było w oddziałach hematologicznych i w oddziale geriatrici. Najniższe wykorzystanie łóżek odnotowano w oddziałach nefrologicznych – 63%.

Należy przy tym zaznaczyć, iż nie jest możliwe precyzyjne podzielenie łóżek na poszczególne specjalności, ponieważ w oddziałach chorób wewnętrznych hospitalizowani są chorzy m.in. ze schorzeniami układu krążenia, cukrzycą, schorzeniami endokrynologicznymi, nefrologicznymi.

3.4. Zasoby kadrowe

Zasoby kadrowe w opiece zdrowotnej w zakresie chorób wewnętrznych w województwie zachodniopomorskim zostały przeanalizowane na podstawie zatrudnienia lekarzy i pielęgniarek w oddziałach chorób wewnętrznych i poradniach chorób wewnętrznych. **W oddziałach chorób wewnętrznych w 2006 r. pracowało 179 lekarzy i 522 pielęgniarek, w poradniach chorób wewnętrznych zatrudnionych było 461 lekarzy.** Liczby zatrudnionych lekarzy w oddziałach i poradniach nie należy sumować ze względu na pracę wielu lekarzy w kilku miejscach.

Według danych statystycznych w 2006 r. w całym województwie we wszystkich jednostkach ochrony zdrowia, wykazanych w statystyce, było zatrudnionych **344 lekarzy ze specjalnością z zakresu chorób wewnętrznych**, w tym 195 z II stopniem specjalizacji i wg nowych zasad oraz 140 z I stopniem specjalizacji, czyli **59% lekarzy stanowili specjaliści II stopnia w zakresie chorób wewnętrznych i specjaliści ze specjalizacją uzyskiwaną wg nowych zasad.** Od 1999 r. liczba lekarzy ze specjalnością z zakresu chorób wewnętrznych zmniejszyła się o 123 osoby. Wynika to z znacznie mniejszej liczby lekarzy podejmujących specjalizację. W 1999 r. przybyło 50 lekarzy z specjalizacją w zakresie chorób wewnętrznych, w 2006 r. tylko 11 lekarzy uzyskało tą specjalizację.

Tab. 16. Zatrudnienie lekarzy specjalistów w zakresie chorób wewnętrznych w województwie zachodniopomorskim w 2006 r. (dane statystyczne)

Lp	Powiaty	I stopień	II stopień	wg nowych zasad
1	Miasto i Powiat Koszalin	17	24	
2	Miasto Szczecin	43	86	4
3	Miasto Świnoujście	7	5	
4	Białogard	2	7	1
5	Choszczno	4	3	
6	Drawsko Pom.	2	3	1
7	Goleniów	3	7	1
8	Gryfice	4	2	
9	Gryfino	2	5	
10	Kamień Pom.	2	7	
11	Kołobrzeg	6	6	
12	Łobez	5	2	

13	Myślibórz	13	6	
14	Police	1	7	
15	Pyrzyce	4	6	
16	Sławno	8	4	
17	Stargard	2	6	2
18	Szczecinek	4	3	
19	Świdwin	7	2	
20	Wałcz	4	4	
	Województwo	140	195	9

Źródło: Zachodniopomorskie Centrum Organizacji i Promocji Zdrowia

W Okręgowych Izbach Lekarskich w Koszalinie i Szczecinie w styczniu 2008 r. zarejestrowanych było 1004 lekarzy specjalistów chorób wewnętrznych, w tym, z II stopniem specjalizacji i specjalizacją wg nowych zasad – 499 lekarzy (49,7%) oraz z I stopniem specjalizacji – 505 lekarzy.

Tab. 17. Liczba lekarzy posiadających specjalizację w zakresie chorób wewnętrznych zarejestrowanych w Okręgowych Izbach Lekarskich w Koszalinie i Szczecinie w 2008 r. (wg przedziałów wiekowych)

Wiek	I stopień		II stopień*		Ogółem
	Koszalin	Szczecin	Koszalin	Szczecin	
25-34			3	15	18
35-44	49	78	39	120	286
45-54	57	104	38	117	316
55-64	42	75	20	63	200
powyżej 65 lat	45	55	16	68	184
Razem	193	312	116	383	1004
wg stopnia specjalizacji	505		499		

* łącznie ze specjalizacjami wg nowych zasad

Źródło: Okręgowe Izby Lekarskie w Koszalinie i Szczecinie

Liczną grupę stanowili lekarze w przedziale wiekowym 45-64 lat (516 osób) tj. 51% wszystkich zarejestrowanych w Okręgowych Izbach Lekarskich. Lekarze w wieku powyżej 65 roku życia było 18,3% zarejestrowanych.

Istnieje zagrożenie niedoboru lekarzy ze względu na mniejszą liczbę kończących specjalizacją w zakresie medycynie wewnętrznej oraz zainteresowanie części lekarzy pracą za granicą. Do stycznia 2008 r. **61 lekarzy ze specjalizacją w zakresie chorób wewnętrznych pobrało z Okręgowych Izb Lekarskich zaświadczenia o posiadanych kwalifikacjach, wymagane do rejestracji w krajach Unii Europejskiej w celu podjęcia pracy w zawodzie lekarza.**

Tab. 18. Lekarze pracujący w poradniach chorób wewnętrznych w 2006 r. wg powiatów

Lp	Powiaty	Liczba lekarzy	Wskaźnik na 100 tys. mieszkańców
1	Miasto Koszalin*	50	29,09
2	Miasto Szczecin	248	60,63
3	Miasto Świnoujście	10	24,50
4	Białogard	6	12,42
5	Choszczno	3	6,00
6	Drawsko Pom.	8	13,76
7	Goleniów	12	15,21
8	Gryfice	10	16,44
9	Gryfino	7	8,43
10	Kamień Pom.	12	25,21
11	Kołobrzeg	13	17,06
12	Łobez	7	18,31
13	Myślibórz	11	16,34
14	Police	7	10,80
15	Pyrzyce	4	10,01
16	Sławno	7	12,16
17	Stargard	17	14,24
18	Szczecinek	14	18,12
19	Świdwin	1	2,05
20	Wałcz	14	25,63
	Województwo	461	27,23

Źródło: Informator statystyczny ochrony zdrowia województwa zachodniopomorskiego za 2006 r. Zachodniopomorskie Centrum Organizacji i Promocji Zdrowia oraz informacje Szpitali MON i MSWiA

W województwie zachodniopomorskim w 2006 r. **w poradniach chorób wewnętrznych pracowało 461 lekarzy, wskaźnik 27,23/100 tys. ludności** (liczby lekarzy nie można utożsamiać z liczbą etatów). Różnicowanie ilościowe w zatrudnieniu lekarzy w poszczególnych powiatach jest dość znaczne.

Najlepsza sytuacja pod względem liczby lekarzy na 100 tys. mieszkańców była w: mieście Szczecinie - 60,63 lekarzy/100 tys. mieszkańców..

Najmniej lekarzy na 100 tys. mieszkańców pracuje w poradniach chorób wewnętrznych w Powiecie Świdwińskim - 2,05 lekarzy /100 tys. mieszkańców i Powiecie Choszczeńskim – 6 lekarzy/100tys. mieszkańców, a więc rozmieszczenie lekarzy udzielających świadczeń zdrowotnych w poradniach chorób wewnętrznych jest nierównomierne.

W oddziałach chorób wewnętrznych pracuje 179 lekarzy i 522 pielęgniarek. Na podstawie liczby pacjentów hospitalizowanych przypadających na jednego lekarza i jedną pielęgniarkę oraz liczby lekarzy i pielęgniarek na 100 tys. mieszkańców dokonano porównania stopnia zabezpieczenia opieki lekarskiej i pielęgniarskiej w oddziałach chorób wewnętrznych w poszczególnych powiatach.

Tab. 19. Zatrudnienie lekarzy w oddziałach chorób wewnętrznej w 2006 r. wg powiatów

Lp	Powiaty	Liczba leczonych	Liczba zatrudnionych lekarzy	Liczba leczonych na 1 lekarza	Liczba lekarzy na 100 tys. mieszkańców
1	Miasto Koszalin*	5 519	18	306,61	10,47
2	Miasto Szczecin	6 839	29	235,83	7,09
3	Miasto Świnoujście	2 864	6	477,33	14,70
4	Białogard	1 985	10	198,50	20,70
5	Choszczno	2 054	5	410,80	10,00
6	Drawsko Pom.	2 093	4	523,25	6,88
7	Goleniów	2 991	9	332,33	11,40
8	Gryfice	2 716	9	301,78	14,79
9	Gryfino	2 006	6	334,33	7,23
10	Kamień Pom.	2 031	5	406,20	10,50
11	Kołobrzeg	1 871	8	233,88	10,50
12	Łobez	1 175	6	195,83	15,69
13	Myślibórz	3 538	7	505,43	10,40
14	Police	1 653	12	137,75	18,52
15	Pyrzyce	1 992	7	284,57	17,52
16	Sławno	1 960	6	326,67	10,42
17	Stargard	3 507	7	501,00	5,86
18	Szczecinek	2 332	7	333,14	9,06
19	Świdwin	1 849	6	308,17	12,29
20	Wałcz	3 867	12	322,25	21,97
	Województwo	54 842	179	306,38	10,57

* z ludnością Powiatu Koszalińskiego

Źródło: Informator statystyczny ochrony zdrowia województwa zachodniopomorskiego za 2006 r.
Zachodniopomorskie Centrum Organizacji i Promocji Zdrowia
oraz informacje Szpitali MON i MSWiA

Zatrudnienie lekarzy w oddziałach chorób wewnętrznych w województwie zachodniopomorskim w 2006 r. było zróżnicowane, średni wskaźnik wynosił **10,57 lekarzy/100 tys. mieszkańców. Średnio rocznie jeden lekarz leczył 306 pacjentów.**

Najwięcej lekarzy/100 tys. mieszkańców było zatrudnionych w:

- Powiecie Wałeckim – 21,97
- Powiecie Białogardzkim – 20,70

Najmniej lekarzy/100 tys. mieszkańców pracowało jest w:

- Powiecie Stargardzkim – 5,86
- Powiecie Drawskim – 6,88

Najbardziej obciążeni liczbą leczonych pacjentów byli lekarze w oddziałach chorób wewnętrznych w Powiecie Drawskim, najmniej obciążeni w Policach.

W oddziałach chorób wewnętrznych województwa zachodniopomorskiego w 2006 r, było zatrudnionych 522 pielęgniarek i położnych. Jedna pielęgniarka sprawowała opiekę pielęgniacyjną średnio rocznie nad 105 pacjentami.

Tab. 20. Zatrudnienie pielęgniarek w oddziałach chorób wewnętrznych w 2006 r. wg powiatów

Lp	Powiaty	Liczba leczonych	Liczba zatrudnionych pielęgniarek	Liczba leczonych na 1 pielęgniarkę	Liczba pielęgniarek na 100 tys. mieszkańców
1	Miasto Koszalin	5 519	69	79,99	40,14
2	Miasto Szczecin	6 839	57	119,98	13,93
3	Miasto Świnoujście	2 864	29	98,76	71,05
4	Białogard	1 985	14	141,79	28,97
5	Choszczno	2 054	16	128,38	31,99
6	Drawsko Pom.	2 093	19	110,16	32,69
7	Goleniów	2 991	22	135,95	27,88
8	Gryfice	2 716	33	82,30	54,25
9	Gryfino	2 006	13	154,31	15,66
10	Kamień Pom.	2 031	10	203,10	21,01
11	Kołobrzeg	1 871	14	133,64	18,37
12	Łobez	1 175	10	117,50	26,16
13	Myślibórz	3 538	39	90,72	57,92
14	Police	1 653	11	150,27	16,98
15	Pyrzyce	1 992	20	99,60	50,05
16	Sławno	1 960	25	78,40	43,43
17	Stargard	3 507	45	77,93	37,69
18	Szczecinek	2 332	24	97,17	31,06
19	Świdwin	1 849	16	115,56	32,78
20	Wałcz	3 867	36	107,42	65,92
	Województwo	54 842	522	105,06	30,84

* z ludnością Powiatu Koszalińskiego

Źródło: Informator statystyczny ochrony zdrowia województwa zachodniopomorskiego za 2006 r.
Zachodniopomorskie Centrum Organizacji i Promocji Zdrowia
oraz informacje Szpitali MON i MSWiA

Stopień zabezpieczenia opieki pielęgniacyjnej mierzony średnią liczbą pielęgniarek pracujących w oddziałach chorób wewnętrznych na 100 tys. mieszkańców jest zróżnicowany w poszczególnych powiatach.

Najwyższe zatrudnienie pielęgniarek jest w:

- Powiecie Świnoujskim – 71,05
- Powiecie Wałeckim – 65,92

Najniższe zatrudnienie pielęgniarek jest w:

- Mieście Szczecinie – 13,93
- Powiecie Gryfińskim – 15,66
- Powiecie Polickim – 16,98

Najwięcej pacjentów hospitalizowanych na jedną pielęgniarkę przypadło w oddziałach wewnętrznych w: Kamieniu Pomorskim, Gryfinie i Policach. Najmniej pacjentów hospitalizowanych na jedną pielęgniarkę stwierdzono w szpitalach w: Stargardzie i Sławnie.

4. Wnioski wynikające z części diagnostycznej

Zgromadzone informacje statystyczne: epidemiologiczne i demograficzne oraz dane o stanie zdrowia i posiadanych zasobach opieki zdrowotnej w zakresie chorób wewnętrznych pozwalają na sprecyzowanie najważniejszych zjawisk i cech charakterystycznych dla aktualnego stanu ochrony zdrowia i wynikających z tego problemów związanych z leczeniem internistycznym.

Wnioski wypływające z rozpoznanej sytuacji zdrowotnej mieszkańców oraz dotychczasowego poziomu zabezpieczenia opieki zdrowotnej, które należy uwzględnić w planowanych działaniach ukierunkowanych na doskonalenie i rozwój opieki internistycznej w przyszłości:

1. Postępująca tendencja starzenia się społeczeństwa.
2. Wzrost zachorowalności i umieralności z powodu chorób nowotworowych.
3. Główną przyczyną hospitalizacji są choroby układu krążenia.
4. Znaczący wzrost liczby leczonych w poradniach i oddziałach.
5. Nierównomierne rozmieszczenie świadczeń ambulatoryjnej opieki zdrowotnej na terenie województwa kontraktowanych przez NFZ.
6. Niewystarczające wykorzystanie łóżek w niektórych oddziałach szpitali powiatowych.
7. Zróżnicowanie wskaźników działalności oddziałów w poszczególnych powiatach.
8. Nierównomierne zatrudnienie lekarzy i pielęgniarek w poszczególnych powiatach.
9. Prognozowany niedobór w najbliższych latach lekarzy specjalistów.
10. Zebrane informacje różnią się ze względu na inne źródła, zadania i sposoby gromadzenia danych wynikające z obowiązujących przepisów prawnych.

III. CZĘŚĆ PLANISTYCZNA

1. Potrzeby opieki zdrowotnej w zakresie chorobach wewnętrznych

Przeprowadzona analiza sytuacji zdrowotnej mieszkańców województwa i zasobów opieki zdrowotnej w zakresie chorób wewnętrznych pozwala na określenie potrzeb oraz sprecyzowanie celów i kierunków rozwoju interny w województwie zachodniopomorskim.

Potrzeby zdrowotne w zakresie opieki zdrowotnej w chorobach wewnętrznych wynikają z tendencji epidemiologicznych i demograficznych. Właściwe zaspakajanie potrzeb zdrowotnych zależy w dużej mierze od wielkości i sposobu finansowania świadczeń z powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego oraz sposobu zorganizowania, rozmieszczenia i funkcjonowania jednostek udzielających świadczenia zdrowotne. Jednym z głównych problemów jest wciąż niedostateczna ilość środków finansowych na zabezpieczenie oczekiwań społecznych. Brakuje dostatecznych środków na wymianę i zakup sprzętu oraz aparatury medycznej oraz modernizację obiektów szpitalnych.

Konieczne jest dostosowanie organizacyjne opieki zdrowotnej i infrastruktury ochrony zdrowia do zmieniających się warunków społeczno-demograficznych, epidemiologicznych i ekonomicznych w celu utrzymania i poprawy dostępności, efektywności i jakości opieki medycznej,

Potrzeby opieki zdrowotnej w zakresie chorób wewnętrznych województwa zachodniopomorskiego:

1. Dążenie do równomiernego rozmieszczenia podmiotów świadczących usługi medyczne.
2. Utrzymanie dotychczasowego rozmieszczenia oddziałów chorób wewnętrznych z uwzględnieniem dostępu do specjalistycznej aparatury i sprzętu medycznego oraz wykwalifikowanej kadry medycznej.
3. Poprawienie wskaźników działalności (czas pobytu w oddziale, wykorzystanie łóżek, liczba leczonych na jedno łóżko) oddziałów chorób wewnętrznych.
4. Rozwój szybkiej diagnostyki chorób wewnętrznych z wykorzystaniem bazy szpitali.
5. Wprowadzanie nowoczesnych technologii diagnostyczno-terapeutycznych.
6. Systematyczne odnawianie bazy sprzętowej i aparaturowej oddziałów.
7. Utrzymanie równomiernego i systematycznego naboru na specjalizacje lekarskie w zakresie chorób wewnętrznych.

2. Cel i zadanie strategiczne w ochronie zdrowia województwa zachodniopomorskiego

Niniejszy dokument stanowi uzupełnienie „Strategii sektorowej w zakresie ochrony zdrowia województwa zachodniopomorskiego” z 2001 roku.

Cel strategiczny i zadanie strategiczne dla rozwoju ochrony zdrowia województwa pozostają w niezmienionym sformułowaniu, tj.:

CEL STRATEGICZNY:

Stworzenie spójnego systemu realizacji zadań z zakresu ochrony zdrowia i bezpieczeństwa zdrowotnego

ZADANIE STRATEGICZNE:

Zapewnienie wysokiej jakości opieki medycznej w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, specjalistycznej opieki ambulatoryjnej i opieki stacjonarnej

3. Cel operacyjny rozwoju opieki zdrowotnej w zakresie chorób wewnętrznych

Podniesienie jakości i efektywności opieki zdrowotnej w zakresie chorób wewnętrznych

Kierunki rozwoju opieki zdrowotnej w zakresie chorób wewnętrznych:

1. Równomierne rozmieszczenie poradni chorób wewnętrznych ujętych w systemie statystyki publicznej.
2. Utrzymanie bazy łóżkowej na poziomie wskaźnika 7,6 łóżek na 10 tys. ludności województwa.
3. Racjonalne wykorzystanie oddziałów chorób wewnętrznych na poziomie 75-80%.
4. Optymalizacja alokacji środków finansowych zapewniających równomierny dostęp do świadczeń zdrowotnych.
5. Zapewnienie odpowiedniego funkcjonowania oddziałów wysokospecjalistycznych poprzez koncentrację wykonawstwa specjalistycznych dziedzin internistycznych.
6. Zapewnienie dostępności do nowych, skutecznych i bezpiecznych technologii medycznych.
7. Skrócenie czasu diagnozowania pacjenta poprzez poprawę organizacji przepływu wyników i opisów badań z zastosowaniem sieci teleinformatycznych (IT), w tym telemedycyny.
8. Kształtowanie odpowiedniej liczby i struktury kadry medycznej w stopniu zapewniającym prawidłową realizację zadań.
9. Sprawowanie systematycznego nadzoru merytorycznego nad działalnością poradni i oddziałów.
10. Dostosowanie wyposażenia poradni i oddziałów do potrzeb oraz wymogów sanitarno-technicznych zgodnie z obowiązującymi aktami prawnymi.

4. Zadania, kryteria i wymagania

Przyjęcie usystematyzowanych działań na przyszłe lata wymaga sformułowania, jasnych zadań możliwych i koniecznych do realizacji dla osiągnięcia postawionych celów przy uwzględnieniu ustalonych kryteriów i wymagań dotyczących stopnia dostępności, liczby i kwalifikacji personelu, warunków organizacyjnych, lokalowych oraz wyposażenia w sprzęt diagnostyczno-terapeutyczny.

Zadania, kryteria i wymagania należy określić dla wszystkich poziomów i rodzajów opieki zdrowotnej w zakresie chorób wewnętrznych, tj. dla:

- Podstawowej opieki zdrowotnej;
- Ambulatoryjnej opieki specjalistycznej;
- Stacjonarnej opieki zdrowotnej;

4.1. Podstawowa opieka zdrowotna

Zakres świadczeń medycznych realizowanych przez podstawową opiekę zdrowotną uregulowany jest normami prawnymi i zasadami kontraktowania świadczeń z Narodowym Funduszem Zdrowia. W leczeniu chorób wewnętrznych podstawowa opieka zdrowotna powinna pełnić rolę pośredniczącą i wspomagającą. Zadaniem lekarza podstawowej opieki zdrowotnej jest przeprowadzenie badań profilaktycznych i wstępnych badań diagnostycznych, umożliwienie wykonania podstawowych badań laboratoryjnych i obrazowych, ustalenie wstępnej diagnozy, poczym podjęcie decyzji o dalszym leczeniu z wykorzystaniem konsultacji przeprowadzanych przez specjalistyczne poradnie chorób wewnętrznych lub skierowanie do stałego leczenia w poradni specjalistycznej albo leczenia szpitalnego.

Zadaniem podstawowej opieki zdrowotnej jest również objęcie opieką pacjentów, którzy otrzymali ukierunkowane leczenie w poradniach specjalistycznych lub zostali wypisani ze szpitala. Po uzyskaniu specjalistycznego leczenia internistycznego, opieka powinna być wspomagana i kontynuowana we współpracy z lekarzami specjalistami z poszczególnych dziedzin medycyny, zgodnie z zaleceniami wskazanymi przez lekarza leczącego pacjenta w poradni specjalistycznej lub oddziale chorób wewnętrznych.

Ważnym zadaniem jest wypracowanie optymalnej współpracy lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej z lekarzami specjalistami w dziedzinie wszystkich specjalności internistycznych udzielających świadczeń w specjalistycznej opiece ambulatoryjnej i opiece szpitalnej.

Zgodnie z potrzebami zdrowotnymi pacjentów objętych opieką POZ, lekarz i pielęgniarka podstawowej opieki zdrowotnej winni pomagać w zorganizowaniu opieki wspomagającej w miejscu zamieszkania lub kierować do opieki długoterminowej prowadzonej w domu chorego, w zakładzie opiekuńczo-leczniczym albo zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym.

4.2. Ambulatoryjna opieka specjalistyczna

Świadczenia zdrowotne w zakresie chorób wewnętrznych mogą być realizowane przez publiczne i niepubliczne poradnie w poszczególnych specjalnościach internistycznych w formie:

- zakładów opieki zdrowotnej,
- poradni przyszpitalnych,
- indywidualnych praktyk lekarskich,
- grupowych praktyk lekarskich.

Zapewnienie dostępności do specjalistycznej internistycznej opieki ambulatoryjnej powinno być na bieżąco dostosowywane do aktualnych potrzeb zdrowotnych mieszkańców. Sytuacja zdrowotna mieszkańców województwa i najczęściej stwierdzane problemy zdrowotne winny wyznaczać kierunki rozwoju i poziom zapotrzebowania na opiekę zdrowotną w zakresie określonych specjalności chorób wewnętrznych. Obecna sytuacja epidemiologiczna daje możliwości prognozowania zapotrzebowania na lata przyszłe. Najczęstsze przyczyny zgonów i hospitalizacji wskazują na potrzebę zabezpieczenia opieki zdrowotnej, w szczególności w: chorobach układu krążenia, zaburzeniach metabolicznych, chorobach układu trawiennego i oddechowego oraz schorzeniach układu mięśniowo-kostnego i tkanki łącznej.

Zadania:

- 1) Równomierne rozmieszczenie w na terenie województwa wszystkich rodzajów poradni chorób wewnętrznych, wymienionych w statystyce publicznej.
- 2) Lepsze wykorzystanie poradni przyszpitalnych w celu należytego wykorzystania bazy diagnostycznej szpitala.
- 3) Dążenie do reaktywowania poradni konsultacyjnych chorób wewnętrznych przy oddziałach chorób wewnętrznych.
- 4) Dostosowywanie bazy lokalowej i wyposażenia do potrzeb i obowiązujących wymogów.

Kryteria i wymagania dotyczące liczby i kwalifikacji personelu medycznego, wyposażenia i dostępu do diagnostyki, warunkujące właściwe funkcjonowanie poradni chorób wewnętrznych winny być zgodne z aktualnymi uregulowaniami prawnymi, wymogami Narodowego Funduszu Zdrowia, nadzoru specjalistycznego oraz obowiązującymi standardami.

4.3. Stacjonarna opieka zdrowotna

Stacjonarna opieka w zakresie chorób wewnętrznych winna funkcjonować głównie w oparciu o publiczne szpitale oraz niepubliczne, pod warunkiem spełnienia zasadniczych wymogów gwarantujących bezpieczeństwo pacjentowi.

Diagnostyka i leczenie w oddziałach chorób wewnętrznych może być realizowane w oddziałach szpitalnych w formie kilkudniowej hospitalizacji. W związku specyfiką schorzeń internistycznych, w oddziałach nie może mieć zastosowania hospitalizacja zbyt krótka lub jednodniowa.

W planowaniu zabezpieczenia stacjonarnej opieki zdrowotnej w zakresie chorób wewnętrznych należy zapewnić właściwą jakość i dostępność do leczenia w oddziałach **na dwóch poziomach**:

- **Poziom pełnoprofilowy**
- **Poziom wyskospecjalistyczny**

Kwalifikacja oddziałów do poziomów referencyjnych powinna być uzależniona od możliwości lokalowych, diagnostyczno-terapeutycznych, kwalifikacji personelu medycznego oraz możliwości i zakresu udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej.

4.3.1. Oddziały chorób wewnętrznych - pełnoprofilowe

Oddziały chorób wewnętrznych na poziomie pełnoprofilowym powinny być zlokalizowane jak najbliżej miejsca zamieszkania pacjentów. Dotychczasowe rozmieszczenie oddziałów powinno być zachowane. Należy zwrócić szczególną uwagę na właściwe wykorzystanie istniejącej bazy i utrzymanie wysokiej jakości usług medycznych. Przyjęcia do oddziałów chorób wewnętrznych w większości mają charakter ostry, w związku z czym hospitalizacja planowa krótkoterminowa, 72-godzinna, przeprowadzana, w celu postępowania leczniczego lub diagnostycznego występuje w mniejszą częstotliwością.

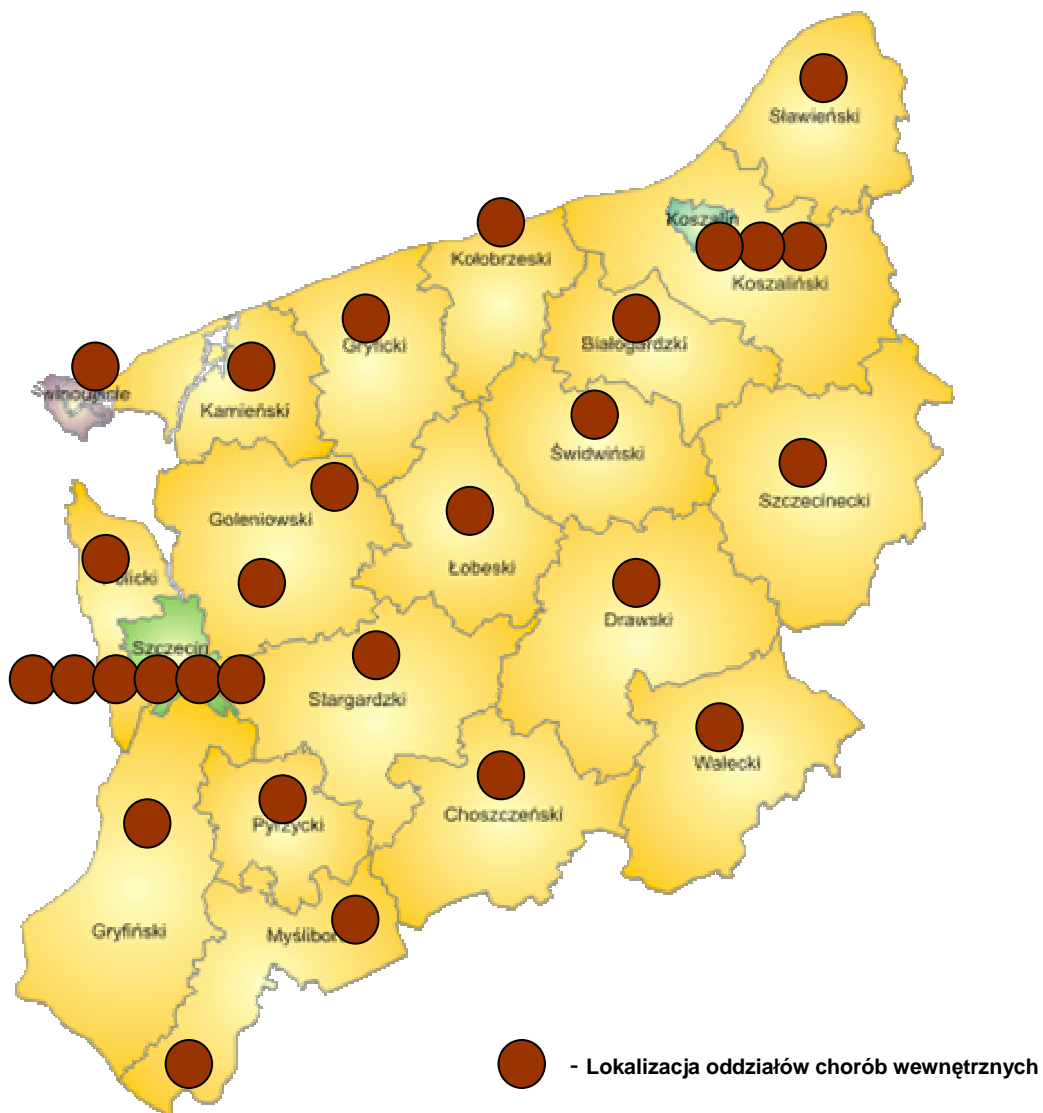
Zadania:

- 1) Zapewnienie równomiernego rozmieszczenia w obszarze działania oddziału obejmującym 50 -100 tys. mieszkańców.
- 2) Utrzymywanie średniego czasu pobytu od 7 - 9 dni w oddziale, jako czasu optymalnego dla zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego i sanitarnego.
- 3) Zapewnienie średniego wykorzystania łóżek na poziomie, co najmniej 75-80%, czyli 292 dni w czasie roku.
- 4) Zapewnienie właściwego zatrudnienia lekarzy specjalistów i pielęgniarek. Zapobieganie niedoborom lekarzy i pielęgniarek w oddziałach.
- 5) Systematyczne dostosowywanie bazy lokalowej i wyposażenia do potrzeb i obowiązujących wymogów.

Kryteria i wymagania:

- 1) Wymagania dotyczące personelu:
 - Zgodnie z aktualnymi uregulowaniami prawnymi, wymogami Narodowego Funduszu Zdrowia, nadzoru specjalistycznego oraz obowiązującymi standardami.
 - Wyodrębniony dyżur lekarski w miejscu udzielania świadczeń we wszystkie dni tygodnia z możliwością łączenia z innym oddziałami o tym samym lub podobnym profilu.
- 2) Wyposażenie i dostęp do diagnostyki:
 - Zapewnienie realizacji badań laboratoryjnych w tym mikrobiologicznych, TK, NMR,
 - Dążyć do zapewnienia badań endoskopowych całodobowo, najlepiej w lokalizacji szpitala.
 - Całodobowy dostęp do aparatu RTG, USG zapewniające wykonanie badań zgodnych z profilem udzielanych świadczeń.
 - W miejscu świadczenia opieki zdrowotnej: Kardiomonitor, holter RR i EKG oraz aparat EKG 12-kanalowy.
 - Dodatkowo gastrofiberoskop, kolonoskop, rektoskop,
 - Sala wzmożonego nadzoru ze stałym wydzielonym dyżurem pielęgniarskim w lokalizacji szpitala.

Mapa 3. Planowane rozmieszczenie oddziałów chorób wewnętrznych



Opracowanie: Wydział Zdrowia i Polityki Społecznej,
Urząd Marszałkowski Województwa Zachodniopomorskiego

4.3.2. Oddziały chorób wewnętrznych - poziom wysokospecjalistyczny

Do oddziałów chorób wewnętrznych wysokospecjalistycznych wyodrębnionych w statystyce medycznej zaliczane są: diabetologia, endokrynologia, gastroenterologia, geriatria, hematologia, kardiologia i nefrologia. W województwie zachodniopomorskim są one w większości zlokalizowane w Szczecinie, oddziały kardiologiczne są ponadto w Koszalinie, Choszcznie i Kołobrzegu.

Oddziały wysokospecjalistyczne powinny funkcjonować w dużych ośrodkach szpitalnych z dobrym zapleczem diagnostyczno-terapeutycznym i wysokokwalifikowaną kadrą medyczną.

Formułowanie kierunków rozwoju wysokospecjalistycznych oddziałów chorób wewnętrznych wykracza poza zakres niniejszego dokumentu. Ustalenia w tym zakresie podejmowane będą na bieżąco w kręgu ekspertów, specjalistów i konsultantów medycznych wojewódzkich i krajowych.

Zapewnienie optymalnej liczby łóżek i poprawienie infrastruktury ośrodków wysokospecjalistycznej interny winno być zadaniem podmiotów odpowiedzialnych za organizację i funkcjonowanie właściwej opieki zdrowotnej, zarówno na poziomie wojewódzkim jak i krajowym.

Załączniki:

1. WYKAZ OSÓB I INSTYTUCJI, WŚRÓD KTÓRYCH PRZEPROWADZONO KONSULTACJE SPOŁECZNE PROJEKTU „KIERUNKI ROZWOJU OPIEKI ZDROWOTNEJ W ZAKRESIE CHOROÓB WEWNĘTRZNYCH W WOJEWÓDZTWIE ZACHODNIOPOMORSKIM NA LATA 2008-2013”

- 1) Rektor Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie
- 2) Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny
- 3) Okręgowa Izba Lekarska w Koszalinie
- 4) Okręgowa Izba Lekarska w Szczecinie
- 5) Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Koszalinie
- 6) Szczecińska Izba Pielęgniarek i Położnych w Szczecinie
- 7) Konsultant Wojewódzki w dziedzinie Kardiologii
- 8) Konsultant Wojewódzki w dziedzinie Diabetologii
- 9) Konsultant Wojewódzki w dziedzinie Endokrynologii
- 10) Konsultant Wojewódzki w dziedzinie Gastroenterologii
- 11) Konsultant Wojewódzki w dziedzinie Nefrologii
- 12) Prezydent Miasta Szczecina
- 13) Prezydent Miasta Koszalina
- 14) Prezydent Miasta Świnoujście
- 15) Starosta Powiatu Białogardzkiego
- 16) Starosta Powiatu Choszczeńskiego
- 17) Starosta Powiatu Drawskiego
- 18) Starosta Powiatu Goleniowskiego
- 19) Burmistrz Miasta i Gminy Nowogard
- 20) Starosta Powiatu Gryfickiego
- 21) Starosta Powiatu Gryfińskiego
- 22) Starosta Powiatu Kamieńskiego
- 23) Starosta Powiatu Kołobrzeskiego
- 24) Starosta Powiatu Koszalińskiego
- 25) Starosta Powiatu Łobeskiego
- 26) Starosta Powiatu Myśliborskiego
- 27) Starosta Powiatu Polickiego
- 28) Starosta Powiatu Pyrzyckiego
- 29) Starosta Powiatu Sławieńskiego
- 30) Starosta Powiatu Stargard Szczeciński
- 31) Starosta Powiatu Szczecineckiego
- 32) Starosta Powiatu Świdwińskiego
- 33) Starosta Powiatu Wałeckiego
- 34) Dyrektor 107 Szpitala Wojskowego z Przychodnią w Wałczu
- 35) Komendant 109 Szpitala Wojskowego z Przychodnią w Szczecinie
- 36) Dyrektor Zakładu Opieki Zdrowotnej MSWiA w Koszalinie

2. UWAGI I PROPOZYCJE DO PROJEKTU „KIERUNKI ROZWOJU OPIEKI ZDROWOTNEJ W ZAKRESIE CHOROÓB WEWNĘTRZNYCH W WOJEWÓDZTWIE ZACHODNIOPOMORSKIM NA LATA 2008-2013” ZGŁOSZONE PODCZAS KONSULTACJI SPOŁECZNYCH

Projekt „Kierunków rozwoju opieki zdrowotnej w zakresie chorób wewnętrznych w województwie zachodniopomorskim na lata 2008-2013” przekazano do konsultacji społecznych do podmiotów odpowiedzialnych bezpośrednio lub pośrednio za jakość, organizację i zabezpieczenie opieki internistycznej na terenie województwa zachodniopomorskiego.

Oto niektóre opinie i konkluzje mające istotne znaczenie dla doskonalenia systemu opieki zdrowotnej nad chorującymi na schorzenia internistyczne w województwie, wynikające z otrzymanych odpowiedzi w drodze konsultowania projektu.

1. Opinia Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie Kardiologii, Dr n. med. Michała Kurowskiego:

„Obowiązujące obecnie zasady funkcjonowania opieki zdrowotnej pozwalają na stosowanie trójpoziomowego systemu opieki również w zakresie chorób wewnętrznych. Poziom podstawowy opiera się na opiece sprawowanej przez lekarzy rodzinnych. Poziom drugi to poradnictwo specjalistyczne. Poziom trzeci to opieka szpitalna (poziom pełnoprofilowy) w tym opieka wysokospecjalistyczna w oddziałach referencyjnych. Drożność i sprawność całego systemu powinna być oparta na prawidłowym funkcjonowaniu i prawidłowych relacjach tych trzech ogniw.

W obecnie funkcjonującym systemie zostały zachwiane relacje POZ – leczenie szpitalne. Zupełnie brak nadzoru merytorycznego, który należał kiedyś do ordynatorów oddziałów i konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie chorób wewnętrznych, powoduje niejednokrotnie przesunięcie zadań POZ na poziom lecznictwa zamkniętego. Szpitalna izba przyjęć często spełnia rolę ambulatorium, a rozpoznania na skierowaniu nie są udokumentowane wcześniejszą diagnostyką i badaniami z zakresu badań zarezerwowanych dla POZ. Taki sposób funkcjonowania POZ jest coraz częściej praktykowany, ponieważ obniża koszty praktyk lekarskich. Pacjenci z chorobami przewlekłymi zdiagnozowani, wymagający częstych wizyt domowych krótko pobycie szpitalnym, zamiast objęcia opieką przez POZ, są ponownie kierowani do leczenia szpitalnego.

Wnioski:

- Potrzeba nadzoru merytorycznego nad działalnością POZ, egzekwowanie zapisanych zadań w umowach NFZ, w tym analiza zleconych badań, konsultacji specjalistycznych, skierowań do szpitala oraz formy opieki nad przewlekle chorymi poprzez zaplanowane, odpowiednio częste wizyty domowe.
- Na poziomie poradnictwa specjalistycznego w wielu dziedzinach interny pogarsza się dostęp do specjalistów. Wielkim błędem było zlikwidowanie poradni internistycznych, które pozwalały na selekcjonowanie pacjentów, którymi powinni zająć się specjaliści wąskich dziedzin. Należy postulować powrót do kontraktowania porad w poradniach wysokospecjalistycznych blisko miejsca zamieszkania pacjenta, opartych o szpitale i doświadczenia lekarzy pracujących w oddziałach chorób wewnętrznych.

- Na poziomie leczenia w pełnoprofilowych oddziałach zlokalizowanych w każdym powiecie, należy poprawić warunki lokalowe, sprzętowe i kadrowe, rozszerzając w tym zakresie wpływ i odpowiedzialność samorządów. Zadania te powinny być realizowane poprzez dofinansowanie koniecznych remontów, pomoc w zakupie niezbędnego lub wymiana wyeksploatowanego sprzętu oraz pomoc przy rozwiązaniu problemów kadrowych, bowiem kontrakty z NFZ nie są w stanie finansować potrzeb związanych ze specjalizowaniem się i podnoszeniem kwalifikacji. Można to zrealizować np. poprzez opłacanie dodatkowych stanowisk pracy dających możliwość szkolenia na stażach, kursach, itp.

Prawidłowe funkcjonowanie wszystkich poziomów systemu pozwoli na właściwe wykorzystanie oddziałów referencyjnych, które nie będą obciążone pacjentami, którzy powinni być na niższym szczeblu. Właściwie zaplanowane i wynikające z określonych potrzeb kontrakty z NFZ w znacznym stopniu powinny wspierać zatwierdzony i monitorowany plan rozwoju opieki zdrowotnej w zakresie chorób wewnętrznych na lata 2008-2013.”

2. Opinia Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie Gastroenterologii, prof. dr hab. n. med. Krzysztofa Marlicza:

„Uwagi moje dotyczą jedynie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Do pozostałych części raportu zarówno w części diagnostycznej jak i planowanej nie mam krytycznych uwag.

A zatem ad rem!:

Ambulatoryjna opieka specjalistyczna najbardziej chyba bulwersuje społeczeństwo i to oczywiście nie tylko w naszym regionie ale w całym Kraju. Wynika to m.in. z długiego okresu oczekiwania na tego rodzaju usługi.

Można by ten problem poprawić bardzo szybko. Na przykładzie gastroenterologii: W Szczecinie pracuje kilkunastu specjalistów gastroenterologów, ale usługi poradniane świadczy jedynie kilku. Reszta robi to także, ale wyłącznie w gabinetach prywatnych.

Należałoby zintensyfikować pracę gabinetów specjalistycznych zwłaszcza przy dużych szpitalach poprzez wydłużenie godzin pracy i jednoczesne zatrudnienie nie np. jednego a dwóch, trzech lekarzy.

Aktualnie b. niska wycena punktowa tego rodzaju usług (4pkt, 7 pkt) nie motywuje ani dyrekcje szpitali czy poradni ani lekarzy tam pracujących. Trzykrotne zwiększenie ilości punktów zmieniłoby tę sytuację a generalne koszty w dłuższym wymiarze czasu pozostałyby te same lub nawet uległyby zmniejszeniu.

Jako lekarz stale jeszcze częściowo pracujący w poradni specjalistycznej wiem doskonale, że wiele konsultacji zaczyna się i kończy na wyczerpującej rozmowie z pacjentami, ocenie wykonanych dawniej badań a więc mało kosztuje. Konieczność zlecenia pogłębionej diagnostyki występuje znacznie rzadziej.”

3. Opinia Starosty Powiatu Stargardzkiego:

„Z dużym zadowoleniem należy przyjąć pojawienie się analizy kierunków rozwoju w zakresie chorób wewnętrznych w województwie zachodniopomorskim. Oznacza to, że po latach pojawia się szansa odbudowy znaczenia interny jako podstawowej gałęzi medycyny. Wspomniany raport wypełnia istniejącą

lukę, a jednocześnie pozostawia pewien niedosyt w przedstawieniu braku trendów rocznych. Świat zmienia się bardzo dynamicznie i obraz np. oddziału wewnętrznego w Stargardzie w roku 2007 daleko obiegał, szczególnie w zakresie zabezpieczenia usług przez kadrę lekarską.

Ogromny niepokój budzi gwałtowne zmniejszanie się ilości internistów i młodych lekarzy chętnych do podjęcia tej specjalizacji. W mojej ocenie jest to wynikiem wyraźnej deprecjacji finansowej w stosunku do lekarzy POZ, w sytuacji jednocześnie znacznie większego obciążenia odpowiedzialnością. Sytuacja, w której lekarz konsultujący pacjenta zarabia jednocześnie znacznie mniej niż lekarz, który konsultację zleca, trudno traktować inaczej niż odwrócenie właściwego porządku rzeczy.

Z uwagą przeanalizowałem zamieszczone wskaźniki określające działalność oddziałów wewnętrznych. Rysujące się trendy pokazują, że w stargardzkim szpitalu, w stosunku do przedstawionej średniej wojewódzkiej, posiadamy zbyt mało łóżek w przeliczeniu na liczbę mieszkańców, plasując się jednocześnie powyżej średniej ilości osób leczonych na jedno łóżko. Jednocześnie oddział cechuje jedna z najniższych średnich wykorzystania łóżek i jedna z najwyższych średnich obciążenia pracą lekarza Oddziału Wewnętrznego. Fenomen tkwi w bardzo krótkim czasie pobytu pacjenta, lansowanym w ówczesnym czasie. Przyjęcie czasu pobytu proponowanego w analizie jako czas optymalny dla zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego i sanitarnego spowoduje radykalny wzrost wskaźnika wykorzystania łóżek, który zbliży się niebezpiecznie do 100%. Wynika stąd konieczność utrzymania dotychczasowej bazy łóżkowej i podjęcie starań o zwiększenie liczebności kadry lekarskiej, czego wymaga jakakolwiek myśl o rozwoju oddziału i podjęciu szkoleń w ramach specjalizacji z wysokospecjalistycznych dziedzin.

Z pewnym rozczarowaniem dostrzegłem w analizie poważny brak – autorzy całkowicie pominęli pacjentów załatwianych w izbach przyjęć oddziałów wewnętrznych. W Stargardzie (statystyka prowadzona jest od początku bieżącego roku) liczba pacjentów odpisywanych z Izby Przyjęć jest większa niż liczba pacjentów przyjmowanych do Oddziału. Uważam, że ta informacja znacznie zmienia spojrzenie na zabezpieczenie usług zdrowotnych w zakresie chorób wewnętrznych w województwie zachodniopomorskim. Oznacza to, że tak naprawdę idea, iż lekarz POZ jest kompetentny w zakresie chorób wewnętrznych, niestety zbankrutowała. Izba przyjęć oddziału wewnętrznego pełni miejsce nieistniejącej poradni chorób wewnętrznych i stała się miejscem konsultacji internistycznych dla POZ. Remedium na tą sytuację byłoby stworzenie od nowa struktury poradni internistycznej lub znaczne zwiększenie limitów przyjęć w poradniach wysokospecjalistycznych, ale trzeba mieć świadomość, że większość lekarzy POZ kierując pacjenta do szpitala oczekuje przyjęcia i rozwiązania problemu, a nie odesłania z choćby najmądrzejszymi zaleceniami.

Podsumowując – lektura analizy przynosi wiele danych, które powinny być uwzględnione zarówno na poziomie ogólnowojeńdzkim jak i na poziomie zarządzania powiatowym szpitalem. Pewien niedosyt pozostawia brak odniesienia do planów rozwoju oddziałów wysokospecjalistycznych, które mieszczą się przecież w szeroko pojętej dziedzinie chorób wewnętrznych. Wydaje się, że takie potraktowanie problemu lepiej zabezpieczałoby potrzeby zdrowotne pacjenta, który oczekuje usługi specjalistycznej i na coraz wyższym poziomie. Z dużą nadzieją oczekuję na kolejną analizę dotyczącą roku 2007 r.”

4. Dyrektor Zakładu Opieki Zdrowotnej MSWiA w Koszalinie:

„Proponuję bliżej przyjrzeć się współpracy między lekarzami POZ a pracującymi w oddziałach wewnętrznych. Chodzi tu głównie o kierowanie pacjentów do szpitala - nie z uwagi na stan ogólny czy nagłość objawów - a tylko w celu diagnostycznym. Wcześniej było tak, że badania w POZ miały znacznie bardziej odległe terminy, obecnie nie ma większej różnicy w czasie oczekiwania pomiędzy badaniem ambulatoryjnym a wykonanym w oddziale. Poza tym lekarz POZ może kierować na badania w znacznie większym zakresie niż poprzednio, dlatego część hospitalizacji w oddziałach wewnętrznych w ogóle nie jest konieczna.

Uważam też, że bardzo istotną, wręcz nagłą potrzebą jest stworzenie większej ilości łóżek dla przewlekle chorych (być może kosztem łóżek likwidowanych z powodu zbyt małego ich wykorzystania). Potrzeba łóżek dla ludzi chorych, starszych i samotnych jest tym większa, że opieka środowiskowa jest niewystarczająca. Myślę, że należałoby właśnie zacząć od poprawy sytuacji środowiskowej, co ograniczyłoby potrzebę tworzenia nowych łóżek.”

LITERATURA:

1. Zdrowie 21 - Zdrowie dla wszystkich w XXI wieku; Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, Warszawa; Uniwersyteckie Wydawnictwo „Vesalius”, Kraków; 2001 r.
2. Strategia rozwoju ochrony zdrowia w Polsce 2007-2013; Ministerstwo Zdrowia, Warszawa, czerwiec 2005 r.
3. Narodowy Program Zdrowia na lata 2007-2015; Uchwała Nr 90/2007 Rady Ministrów z dnia 15 maja 2007 r.
4. Narodowy Plan Zdrowotny na lata 2004-2013; Minister Zdrowia, Warszawa, 2003 r.
5. Informator statystyczny w ochronie zdrowia województwa zachodniopomorskiego za 2006 r. Zachodniopomorskie Centrum Organizacji i Promocji Zdrowia. Szczecin, 2007 r.
6. Informator statystyczny Ministerstwa Zdrowia, Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia. Warszawa, 2006 r.
7. Polityka zdrowotna a zdrowie publiczne; Jerzy Leowski, CeDeWu, Warszawa, 2004 r.
8. Podstawowe tendencje w rozwoju demograficznym województwa zachodniopomorskiego wraz z nową prognozą ludności na lata 2003-2030. Urząd Statystyczny w Szczecinie, 2004 r.
9. Stan zdrowia ludności Polski w przekroju terytorialnym w 2004 r. GUS, Warszawa, 2007 r.
10. Wskaźniki do projektu tworzenia sieci szpitali z elementami analizy sytuacji demograficznej i stanu zdrowia ludności; Ministerstwo Zdrowia, Państwowy Zakład Higieny; Warszawa, 2006 r.