

**KIERUNKI ROZWOJU LECZNICTWA
W ZAKRESIE ONKOLOGII
I ONKOHEMATOLOGII
W WOJEWÓDZTWIE LUBUSKIM
NA LATA 2012 - 2020**



Urząd Marszałkowski Województwa Lubuskiego



Zielona Góra - 2012 rok

Spis treści

1	WPROWADZENIE	3
1.1	Podstawy przygotowania dokumentu	3
1.2	Materiały źródłowe	4
2	CZEŚĆ DIAGNOSTYCZNA	10
2.1	Sytuacja demograficzna	10
2.2	Sytuacja epidemiologiczna	19
2.2.1	Zachorowania na nowotwory złośliwe w 2009 r. wśród mężczyzn	28
2.2.2	Zachorowania na nowotwory złośliwe w 2009 r. wśród kobiet	31
2.2.3	Onkohematologia - zachorowania na nowotwory złośliwe	34
2.2.4	Wskaźniki 5-letnich przeżyć pacjentów w wieku 15-99 lat, u których zdiagnozowano nowotwór złośliwy	35
2.2.5	Zgony z powodu nowotworów w 2009 r.	38
2.2.6	Prognoza zachorowalności na nowotwory do 2025 roku	41
2.3	Organizacja świadczeń, baza diagnostyczno-terapeutyczna	52
2.3.1	Lecznictwo ambulatoryjne	52
2.3.2	Lecznictwo szpitalne	56
2.3.3	Kadra	69
2.3.4	Aparatura medyczna	71
2.3.5	Finansowanie i dostępność świadczeń onkologicznych w województwie	80
2.3.6	Migracje pacjentów na leczenie onkologiczne	89
3	CZEŚĆ PLANISTYCZNA	95
3.1	Potrzeby zdrowotne	95
3.1.1	Wnioski wynikające z części diagnostycznej – demograficznej	95
3.1.2	Wnioski wynikające z części diagnostycznej - epidemiologicznej	96
3.2	Cel strategiczny i cele operacyjne w zakresie onkologii i onkohematologii	97
3.3	Kierunki rozwoju opieki zdrowotnej w zakresie onkologii i onkohematologii	98
3.4	Zadania do realizacji	100
3.4.1	Zadania w zakresie profilaktyki i wczesnego wykrywania nowotworów	101
3.4.2	Zadania w zakresie diagnostyki	102
3.4.3	Zadania w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej	103
3.4.4	Zadania w zakresie lecznictwa szpitalnego	104
3.4.5	Zadania w zakresie hematologii	106
3.4.6	Zadania w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej	108
3.4.7	Zadania w zakresie specjalistycznej kadry medycznej	110
4	DOKUMENTY I PUBLIKACJE WYKORZYSTANE PRZY OPRACOWANIU	113

1 WPROWADZENIE

1.1 Podstawy przygotowania dokumentu

Przedmiotem niniejszego opracowania jest wyznaczenie najważniejszych celów i kierunków onkologii i onkohematologii w województwie lubuskim z uwzględnieniem aktualnych potrzeb zdrowotnych jego mieszkańców.

Podstawę opracowania niniejszego dokumentu stanowią postanowienia ustawy z dnia 5 czerwca 1998 roku *o samorządzie województwa*. Określono w nich, między innymi, że samorząd województwa wykonuje zadania o charakterze wojewódzkim określone ustawami, m.in. w zakresie promocji i ochrony zdrowia (art. 14 ust. 1 pkt 2), a także określa strategię rozwoju województwa, która jest realizowana przez programy wojewódzkie (art. 11 ust. 3). Dokument ten jest szczegółowym programem wskazującym kierunki rozwoju lecznictwa w zakresie onkologii, wynikającym z Lubuskiej Strategii Ochrony Zdrowia na lata 2010 – 2013 przyjętej przez Sejmik Województwa Lubuskiego. Jednocześnie przedstawiony dokument jest wyrazem dążenia samorządu województwa do zapewnienia wszystkim jego mieszkańcom równego dostępu do opieki medycznej o możliwie najwyższym standardzie.

Zaplanowanie działań, które poprawią sytuację w zakresie zapobiegania oraz rozpoznawania i leczenia nowotworów w województwie lubuskim, wymagało oceny posiadanych zasobów oraz zidentyfikowania problemów i niedoborów w tej części opieki zdrowotnej. Niezbędne było przeprowadzenie analizy wskaźników epidemiologicznych i działalności jednostek opieki zdrowotnej oraz oceny rozmieszczenia świadczeniodawców na terenie województwa, liczby zatrudnionego personelu medycznego, a także ilości świadczeń zdrowotnych kontraktowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Starzenie się społeczeństwa oraz zmiany w stylu życia powodują stały wzrost zachorowalności na nowotwory w większości krajów. W Polsce co roku stwierdza się prawie 140 000 nowych zachorowań na nowotwory i ponad 90 000 zgonów z tego powodu. Równocześnie onkologia jest jedną z najszybciej rozwijających się dziedzin medycyny. Choroby nowotworowe są poważnym problemem społecznym, medycznym, a także ekonomicznym. Nowotwory są drugą przyczyną zgonów i jedną z podstawowych przyczyn niepełnosprawności i długotrwałej niezdolności do pracy. Stanowią ogromne obciążenie finansowe dla systemu opieki zdrowotnej. Dlatego konieczne jest dążenie do prawidłowego zaspokojenia potrzeb zdrowotnych społeczeństwa oraz do poprawienia i ustabilizowania

dostępności do profilaktyki, diagnostyki i efektywnych terapii medycznych na możliwie najwyższym poziomie.

Dostęp do świadczeń oraz wprowadzanie nowych metod leczenia i technologii medycznych utrudnia stale istniejący problem niewystarczających środków finansowych.

1.2 Materiały źródłowe

Do opracowywania kierunków rozwoju lecznictwa w zakresie onkologii w województwie lubuskim wykorzystano dostępne dane statystyczne i epidemiologiczne oraz opracowania i informacje wielu instytucji, m.in.:

- Głównego Urzędu Statystycznego w Zielonej Górze,
- Lubuskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia,
- Wydziału Polityki Społecznej, Oddział Lubuskie Centrum Zdrowia Publicznego, Lubuski Urząd Wojewódzki w Gorzowie Wielkopolskim,
- Ministerstwa Zdrowia,
- Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego,
- Lubuskiego Rejestru Nowotworów Złośliwych w Gorzowie Wielkopolskim,
- Centrum Onkologii – Instytutu im. M. Skłodowskiej-Curie w Warszawie,
- Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych,
- Centrum Monitorowania Chorób Nowotworowych w Zielonej Górze.

Opracowując niniejszy dokument kierowano się wytycznymi zawartymi w: „Strategii Rozwoju Ochrony Zdrowia w Polsce na lata 2007–2013” oraz „Narodowym Programie Zdrowia na lata 2007–2015”.

Dokument pod nazwą „Strategia Rozwoju Ochrony Zdrowia w Polsce na lata 2007–2013” został przyjęty przez Radę Ministrów w dniu 21 czerwca 2005 roku jako część programu kompleksowej modernizacji i rozwoju Polski, zgodnego z priorytetami Strategii Lizbońskiej, oraz wykorzystania publicznych środków wspólnotowych. Za cel nadrzędny w wyżej wymienionym dokumencie uznano poprawę zdrowia społeczeństwa polskiego jako czynnika rozwoju społeczno – gospodarczego kraju. Założono, iż osiągnięcie tego celu wymagać będzie kompleksowej i zintegrowanej realizacji czterech celów strategicznych:

1. poprawy efektywności funkcjonowania systemu ochrony zdrowia;
2. zwiększenia bezpieczeństwa zdrowotnego społeczeństwa;

3. dostosowania opieki zdrowotnej do dynamiki długookresowych trendów demograficznych;
4. poprawy stanu zdrowia społeczeństwa polskiego w stopniu zmniejszającym dystans istniejący pomiędzy Polską i średnim poziomem stanu zdrowia w Unii Europejskiej.

„Narodowy Program Zdrowia na lata 2007–2015” został przyjęty przez Radę Ministrów w dniu 15 maja 2007 roku. Autorzy podali, iż opracowany dokument powstał w celu *„zjednoczenia wysiłków społeczeństwa i administracji publicznej prowadzącego do zmniejszenia nierówności i poprawy stanu zdrowia, a tym samym jakości życia Polaków”*. Jako główny cel Narodowego Programu Zdrowia określono poprawę zdrowia i związanej z nim jakości życia ludności oraz zmniejszanie nierówności w zdrowiu poprzez:

1. kształtowanie prozdrowotnego stylu życia społeczeństwa;
2. tworzenie środowiska życia, pracy i nauki sprzyjającego zdrowiu;
3. aktywizowanie jednostek samorządu terytorialnego i organizacji pozarządowych do działań na rzecz zdrowia.

Osiągnięcie celu głównego NPZ na lata 2007 - 2015 wymagać będzie kompleksowej i zintegrowanej realizacji celów strategicznych, do których należą:

- zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu chorób naczyniowo – sercowych, w tym udarów mózgu,
- **zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu nowotworów złośliwych,**
- zmniejszenie częstości urazów powstałych w wyniku wypadków i ograniczenie ich skutków; zapobiegania zaburzeniom psychicznym przez działania prewencyjno – promocyjne,
- zmniejszenie przedwczesnej zachorowalności i ograniczenie negatywnych skutków przewlekłych schorzeń układu kostno – stawowego,
- zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu przewlekłych chorób układu oddechowego,
- zwiększenie skuteczności zapobiegania chorobom zakaźnym i zakażeniom,
- zmniejszenie różnic społecznych i terytorialnych w stanie zdrowia populacji.

Opracowanie niniejszego dokumentu wynika także z założeń Lubuskiej Strategii Ochrony Zdrowia na lata 2010 – 2013, które wskazują na konieczność racjonalizacji rozmieszczenia i specjalizacji zakładów opieki zdrowotnej w województwie lubuskim oraz rozszerzenia

dostępności do wczesnej diagnostyki i czynnej opieki nad osobami dorosłymi zagrożonymi chorobami specyficznymi dla województwa lubuskiego, w szczególności nowotworami złośliwymi.

Formułując cele dokumentu uwzględniono utrwalony w literaturze przedmiotu podział czynników wpływających na stan zdrowia oraz oszacowanie procentowego wpływu tych czynników na zdrowie ludności. Wskazuje się, że stan zdrowia człowieka zależy przede wszystkim od stylu życia (w około 50%), a także od czynników genetycznych i biologicznych (w około 20%), czynników środowiskowych (w około 20%) i wreszcie, w najmniejszym stopniu, od czynników związanych z działaniem systemu ochrony zdrowia (w około 10%). Zwrócono także uwagę, iż szczególnie wysoki udział w strukturze demograficznej osób w wieku emerytalnym oraz bezwzględny wzrost liczebności w tej grupie wiekowej wskazuje na konieczność dostosowania ochrony zdrowia do potrzeb tej grupy mieszkańców regionu.

W części pierwszej niniejszego dokumentu opisano priorytetowe cele i zadania w polityce promocji i ochrony zdrowia województwa lubuskiego na lata 2010 - 2013. Jako cel nadrzędny wskazano *Poprawę zdrowia i jakości życia mieszkańców województwa lubuskiego jako czynnika rozwoju społeczno-ekonomicznego*.

Założono, iż osiągnięcie tego celu wymagać będzie kompleksowej i zintegrowanej realizacji czterech celów strategicznych:

- poprawy efektywności funkcjonowania systemu ochrony zdrowia;
- zwiększenia bezpieczeństwa zdrowotnego społeczeństwa;
- dostosowania opieki zdrowotnej do dynamiki długookresowych trendów demograficznych;
- promocji zdrowia i kształtowania prozdrowotnych postaw mieszkańców województwa lubuskiego.

„Lubuska Strategia Ochrony Zdrowia na lata 2010-2013” jest zgodna z założeniami następujących dokumentów strategicznych i programowych województwa lubuskiego:

- „Strategia Rozwoju Województwa Lubuskiego – Aktualizacja z horyzontem czasowym do 2020 roku”,
- „Lubuskiego Regionalnego Programu Operacyjnego na lata 2007–2013”.

„Strategia Rozwoju Województwa Lubuskiego. Aktualizacja z horyzontem czasowym do 2020 roku”, przyjęta uchwałą Sejmiku Województwa Lubuskiego z dnia 19 grudnia 2005 roku, zakłada osiągnięcie poprawy stanu zdrowotności społeczeństwa dzięki rozbudowie

i zwiększeniu jakości funkcjonowania placówek ochrony zdrowia. Zagadnienia związane z promocją i ochroną zdrowia ujęte zostały w ramach celu strategicznego dokumentu pn. „Zapewnienie przestrzennej, gospodarczej i społecznej spójności regionu”. Następnie w ramach tego celu zdefiniowano cel operacyjny – „Udoskonalenie i rozbudowa infrastruktury społecznej – w szczególności w sferach edukacji, ochrony zdrowia, kultury i opieki społecznej”. Zgodnie z przedstawionym opisem: *„podstawowym celem jest udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie lecznictwa stacjonarnego, ambulatoryjnego, lecznictwa specjalistycznego, pomocy doraźnej oraz promocja zdrowia. Realizacja powyższego celu polega na podejmowaniu działań służących zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia ludzi. Podejmowane działania mają zapewnić pacjentom dostęp do wysokospecjalistycznych badań diagnostycznych w chorobach układu krążenia, chorobach nowotworowych i spowodowanych przyczynami zewnętrznymi, a przez to osłabić negatywne trendy zachorowalności, zapadalności, chorobowości. Realizuje się w ten sposób poprawę jakości usług medycznych świadczonych przez wysokospecjalistyczne zakłady opieki zdrowotnej. Cel ten jest spójny z celem szczegółowym - poprawa jakości lecznictwa specjalistycznego i wysokospecjalistycznego zarówno stacjonarnego jak i ambulatoryjnego”*.

W dokumencie wymieniono również najważniejsze działania/przedsięwzięcia w zakresie ochrony zdrowia, w tym:

„a) racjonalne wykorzystanie zasobów materialnych podmiotów tworzących regionalny system opieki zdrowotnej (obiektów, wyposażenia) - z uwzględnieniem zmieniających się potrzeb oraz optymalizacji efektów i kosztów w zakresie profilaktyki, leczenia i rekonwalescencji;

b) modernizacja infrastruktury szpitalnej zapewniającej poprawę standardów hospitalizacji, funkcjonalności obiektów, restrukturyzację potencjału oraz dostosowanie zakładów do innych szczególnych potrzeb;

c) dostosowanie i wyposażenie podmiotów opieki zdrowotnej tworzących regionalny system w sprzęt i środki transportu medycznego pozwalające na świadczenie usług medycznych na poziomie standardów obowiązujących w UE”.

„Lubuski Regionalny Program Operacyjny na lata 2007–2013” przyjęty uchwałą Zarządu Województwa Lubuskiego z dnia 16 października 2007 roku problematykę ochrony zdrowia definiuje w Priorytecie IV - „Rozwój i modernizacja infrastruktury społecznej”. Jako cel główny tego priorytetu określono *„stworzenie atrakcyjnych i bezpiecznych warunków życia*

w województwie lubuskim oraz znoszenie dysproporcji między dynamicznymi centrami wzrostu a terenami marginalizowanymi”. W celu tym zawiera się również poprawę jakości i dostępności usług zdrowotnych przez rozwój i modernizację infrastruktury społecznej w regionie. Wśród celów szczegółowych wymieniono m.in., poprawę jakości i dostępności usług ochrony zdrowia na szczeblu regionalnym, i lokalnym oraz ułatwienie dostępu do podstawowej infrastruktury na terenach strukturalnie słabych. Wśród przykładowych typów kwalifikujących się projektów wskazano m.in. rozbudowę i modernizację regionalnej i lokalnej infrastruktury ochrony zdrowia oraz wyposażenie publicznych placówek ochrony zdrowia.

Realizując zadania z zakresu promocji i ochrony zdrowia przypisane samorządowi województwa oraz wdrażając założenia Lubuskiej Strategii Ochrony Zdrowia na lata 2010 – 2013, uchwałą z dnia 20 marca 2012 roku, zarząd województwa powołał *zespół ds. opracowania kierunków rozwoju lecznictwa w zakresie onkologii w województwie lubuskim* w składzie:

1. dr Elżbieta Kasprzak – Dyrektor Departamentu Ochrony Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Lubuskiego w Zielonej Górze, przewodnicząca zespołu
2. dr n. med. Andrzej Rozmiarek – Konsultant Wojewódzki w dziedzinie onkologii klinicznej, zastępca przewodniczącego zespołu
3. prof. dr hab. med. Jerzy R. Kowalczyk – Konsultant Krajowy w dziedzinie onkologii i hematologii dziecięcej
4. prof. dr hab. Alicja Chybicka – Kierownik Katedry i Kliniki Transplantacji Szpiku, Onkologii i Hematologii Dziecięcej, Akademia Medyczna we Wrocławiu
5. dr n. med. Tomasz Tereszczuk – Konsultant Wojewódzki w dziedzinie radiologii, specjalista radiodiagnostyki, Kierownik Zakładu Diagnostyki Obrazowej i Radiologii Interwencyjnej Samodzielnego Publicznego Szpitala Wojewódzkiego w Gorzowie Wlkp.
6. dr n. med. Jolanta Świdorska – Kopacz – Konsultant Wojewódzki w dziedzinie zdrowia publicznego, Lubuski Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny
7. Stanisław Łobacz – Dyrektor Lubuskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ w Zielonej Górze
8. Bożena Osińska – Dyrektor Wielospecjalistycznego Szpitala SP ZOZ w Nowej Soli
9. Beata Kucuń – Dyrektor SP ZOZ w Sulechowie

10. Waldemar Taborski – Dyrektor Szpitala Wojewódzkiego SP ZOZ w Zielonej Górze
11. lek. med. Urszula Kawalec – Hurny – Dyrektor ds. Lecznictwa Lubuskiego Szpitala Specjalistycznego Pulmonologiczno – Kardiologicznego Sp. z o.o. w Torzymiu
12. lek. med. Krzysztof Marzewski – Ordynator Oddziału Onkologii Klinicznej z Pododdziałem Diennej Chemioterapii Samodzielnego Publicznego Szpitala Wojewódzkiego w Gorzowie Wlkp.
13. lek. med. Adam Ostrowski – Kierownik Wojewódzkiej Poradni Onkologicznej Samodzielnego Publicznego Szpitala Wojewódzkiego w Gorzowie Wlkp.
14. lek. med. Maciej Górecki – specjalista chirurgii onkologicznej, Oddział Chirurgii Ogólnej i Chirurgii Onkologicznej Samodzielnego Publicznego Szpitala Wojewódzkiego w Gorzowie Wlkp.
15. lek. med. Tomasz Grzechnik – starszy asystent, Oddział Chirurgii i Traumatologii Dziecięcej z Pododdziałem Urologii Dziecięcej Samodzielnego Publicznego Szpitala Wojewódzkiego w Gorzowie Wlkp.
16. Bogumiła Ewa Jaske – kierownik Wydziału Promocji Zdrowia w Departamencie Ochrony Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Lubuskiego w Zielonej Górze
17. Katarzyna Przytuła – główny specjalista w Wydziale Promocji Zdrowia w Departamencie Ochrony Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Lubuskiego w Zielonej Górze
18. Monika Świst – podinspektor, Wydział Promocji Zdrowia w Departamencie Ochrony Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Lubuskiego w Zielonej Górze

Do zadań powołanego zespołu należało:

- określenie przyczyny niskiego wskaźnika pięcioletnich przeżyć pacjentów w Województwie Lubuskim oraz zbadanie, przy jakim zaawansowaniu choroby nowotworowej pacjenci rozpoczynają leczenie onkologiczne,
- przeanalizowanie programów mających na celu wczesną diagnostykę choroby nowotworowej w województwie lubuskim i ocena ich skuteczności,
- zdiagnozowanie przyczyn zwiększonej zachorowalności na raka w regionie lubuskim,
- podejmowanie działań mających na celu rozszerzenie wczesnej diagnostyki i czynnej opieki nad osobami dorosłymi zagrożonymi chorobami specyficznymi dla województwa lubuskiego w szczególności nowotworami złośliwymi.

2 CZĘŚĆ DIAGNOSTYCZNA

2.1 Sytuacja demograficzna

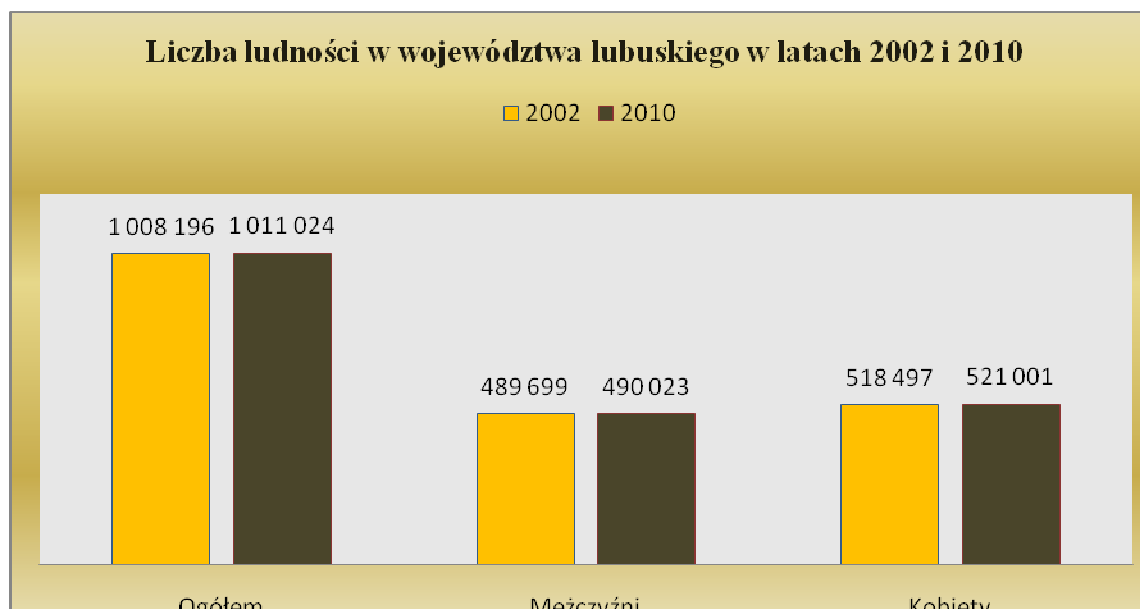
Województwo lubuskie zalicza się do grupy mniejszych województw i zajmuje powierzchnię 13 989 km². Liczba ludności województwa na koniec 2010 roku wynosiła 1 011 024 osoby, co stanowiło 2,6% mieszkańców Polski. Lubuskie jest regionem o najmniejszej liczbie mieszkańców kraju. W ciągu ostatnich ośmiu lat zanotowano nieznaczny wzrost liczby ludności. Jeszcze pod koniec 2002 roku województwo lubuskie zamieszkiwało 1 008 196 osób.

Tabela 1: Liczba ludności województwa lubuskiego w latach 2002 i 2010

Rok	Ogółem	w tym			
		Mężczyźni	Kobiety	Miasta	Wieś
2002	1 008 196	489 699	518 497	650 165	358 031
2010	1 011 024	490 023	521 001	641 695	369 329

Źródło: opracowanie własne na podstawie GUS Zielona Góra

Wykres 1: Ludność województwa lubuskiego w latach 2002 i 2010



Źródło: opracowanie własne na podstawie GUS Zielona Góra

W 2010 roku w miastach mieszkało 641,7 tys. osób, a na wsi 369,3 tys. osób. W porównaniu do roku 2002 liczba ludności zamieszkującej w miastach zmniejszyła się o 8 470 osób, na wsi natomiast, liczba ludności wzrosła o 11 298 osób. Tendencja spadkowa

liczby mieszkańców miast na korzyść terenów wiejskich utrzymuje się od końca lat 90. Znajduje to swoje odzwierciedlenie w umiarkowanym spadku wskaźnika urbanizacji: w 2000 roku w miastach mieszkało 64,7% populacji a w 2010 roku 63,5%.

Struktura ludności według płci nie wykazuje większych dysproporcji. W 2010 roku w województwie lubuskim mieszkało 490 tys. mężczyzn i 521 tys. kobiet. Kobiety stanowiły 51,5% ludności ogółem. Wskaźnik ten jest zbliżony w odniesieniu do średniej krajowej i unijnej – 51,5% stanowią kobiety, 48,5% mężczyźni. Według powyższych danych w 2010 roku na 106 kobiet przypadało 100 mężczyzn.

Tabela 2: Ludność województwa lubuskiego na tle kraju w 2010 roku

Województwa	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety
POLSKA	38200037	18444373	19755664
Dolnośląskie	2877840	1378522	1499318
Kujawsko-pomorskie	2069543	998045	1071498
Lubelskie	2151895	1042109	1109786
Lubuskie	1011024	490023	521001
Łódzkie	2534357	1204940	1329417
Małopolskie	3310094	1603967	1706127
Mazowieckie	5242911	2507685	2735226
Opolskie	1028585	497521	531064
Podkarpackie	2103505	1028577	1074928
Podlaskie	1188329	578687	609642
Pomorskie	2240319	1088139	1152180
Śląskie	4635882	2234174	2401708
Świętokrzyskie	1266014	616462	649552
Warmińsko-mazurskie	1427241	695631	731610
Wielkopolskie	3419426	1658759	1760667
Zachodniopomorskie	1693072	821132	871940

Źródło: Główny Urząd Statystyczny Zielona Góra

Liczba mieszkańców województwa lubuskiego w rozmieszczeniu terytorialnym wykazuje duże zróżnicowanie. Ludność koncentruje się wokół dużych ośrodków miejskich: Zielonej Góry, Nowej Soli, Żar i Gorzowa Wielkopolskiego. W 2010 roku 66,3% ludności ogółem zamieszkiwało w powiatach: żarskim (98,3 tys. osób), zielonogórskim (92,2 tys. osób), żagańskim (81,4 tys. osób), gorzowskim 68,1 tys. osób) oraz w miastach na prawach powiatu: Gorzowie Wlkp. (125,4 tys. osób) i Zielonej Górze (117,7 tys.).

Tabela 3: Ludność województwa lubuskiego w 2010 roku wg powiatów (z podziałem na subregiony)

Lp.	Powiaty	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety	Ludność w miastach w % ogółu ludności
	Województwo	1 011 024	490 023	521 001	63%
Podregion Gorzowski - powiaty					
1	Gorzowski	68 065	33 528	34 537	36%
2	Międzyrzecki	58 153	28 616	29 537	53%
3	Słubicki	46 516	22 822	23 649	63%
4	Strzelecko - drezdenecko	49 757	24 417	25 340	47%
5	Sulęciński	35 409	17 616	17 793	41%
6	m. Gorzów Wlkp.	125 394	59 544	65 850	100%
Podregion Zielonogórski - powiaty					
7	Krośnieński	56 041	27 404	28 637	50,9%
8	Nowosolski	86 996	42 097	44 899	65%
9	Świebodziński	55 988	27 220	28 768	48%
10	Wschowski	39 168	19 298	19 870	50%
9	Zielonogórski	92 160	45 284	46 876	38%
10	Żagański	81 412	39 583	41 829	61%
11	Żarski	98 266	47 517	50 749	61%
14	m. Zielona Góra	117 699	55 077	62 622	100%

Źródło: opracowanie własne na podstawie GUS Zielona Góra

Wykres 2: Ludność województwa lubuskiego w 2010 roku wg powiatów



Źródło: opracowanie własne na podstawie GUS

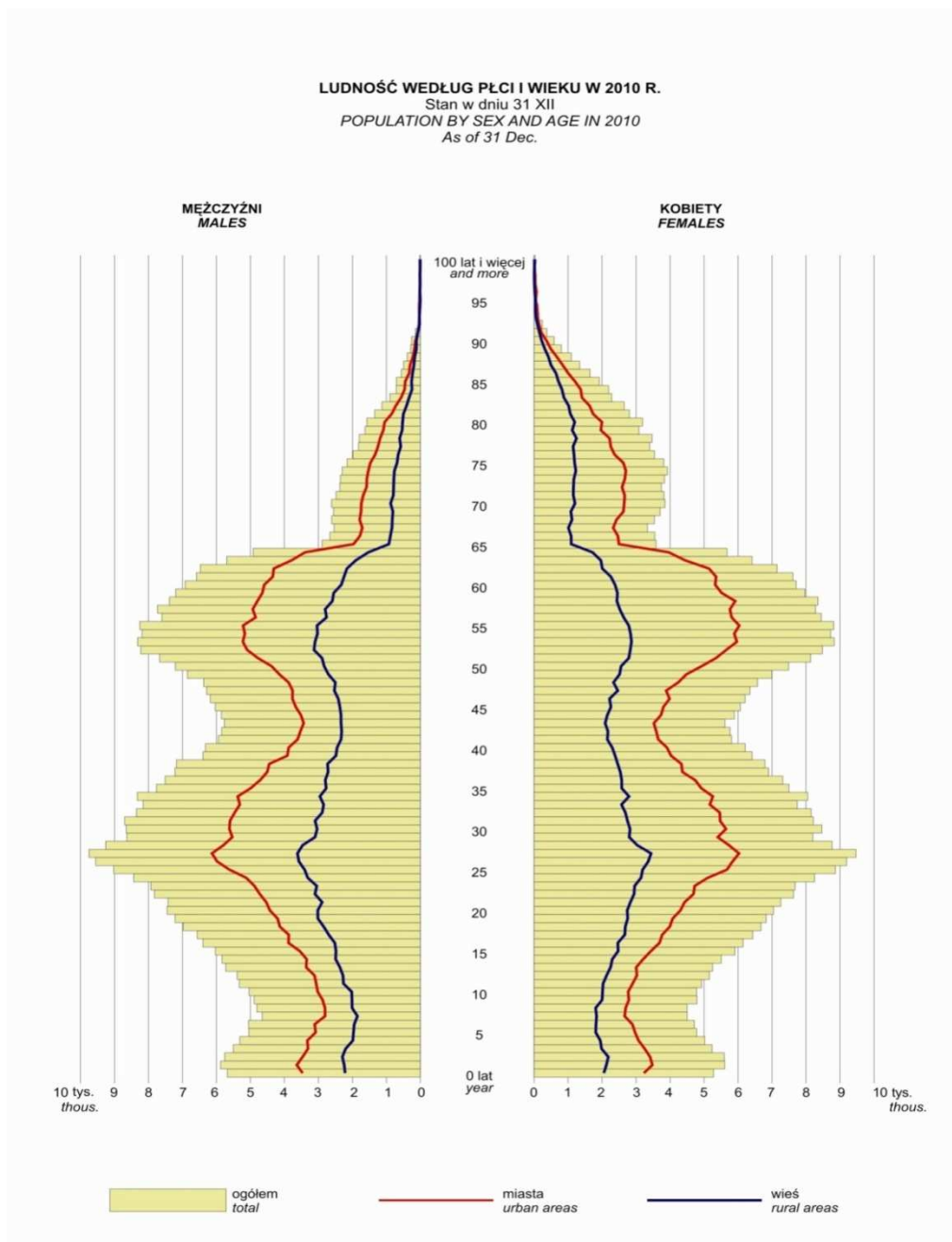
Średnia gęstość zaludnienia w województwie wynosi 72 osoby na km² powierzchni województwa (w Polsce - 122 osoby). Wskaźnik ten wykazuje znaczne zróżnicowanie przestrzenne w województwie. W miastach na prawach powiatu jest on zdecydowanie wyższy: 2 017 osób na km² w Zielonej Górze oraz 1 463 osoby na km² w Gorzowie Wlkp. Niższą gęstość zaludnienia odnotowano w powiatach sulęcińskim (30 osób na km²) oraz krośnieńskim i strzelecko-drezdeneckim (po 40 osób). W miastach gęstość zaludnienia wyniosła 1005 osób na km² a na wsi - 28.

Tabela 4: Struktura ludności województwa lubuskiego w 2010 r. wg płci i grup wiekowych

Grupy wiekowe	Mężczyźni		Kobiety	
	Liczba	%	Liczba	%
0 - 4	28129	5,7%	26738	5,1%
5 - 9	24461	5%	23285	4,5%
10 - 14	27321	5,6%	25623	4,9%
15 - 19	33189	6,8%	32003	6,1%
20 - 24	39060	8%	37867	7,3%
25 - 29	46213	9,4%	44496	8,5%
30 - 34	42194	8,6%	40627	7,8%
35 - 39	36070	7,4%	34920	6,7%
40 - 44	29731	6,1%	29282	5,6%
45 - 49	31730	6,5%	32183	6,2%
50 - 54	39614	8,1%	41658	8%
55 - 59	38178	7,8%	41874	8%
60 - 64	30597	6,2%	34561	6,6%
65 - 69	13260	2,7%	17725	3,4%
70+	30276	6,2%	58159	11,2%
Razem	490023		521001	

Źródło: opracowanie własne na podstawie GUS w Zielonej Górze

Wykres 3: Ludność województwa lubuskiego wg płci i wieku w 2010 roku



Źródło: GUS Zielona Góra

Powoli zmienia się potencjał ekonomiczny województwa, którego miarą jest m. in. liczba ludności w wieku zdolności produkcyjnej. W Lubuskim odsetek osób w wieku przedprodukcyjnym (17 lat i mniej) wynosi 19,1%, produkcyjnym (18-59/64 lat) 65,7%, a poprodukcyjnym (powyżej 60/65 lat) 15,2%. Dane te są zbliżone do wyników notowanych w pozostałych regionach, a także do średniej krajowej i średniej w 27 krajach UE. Wskaźnik

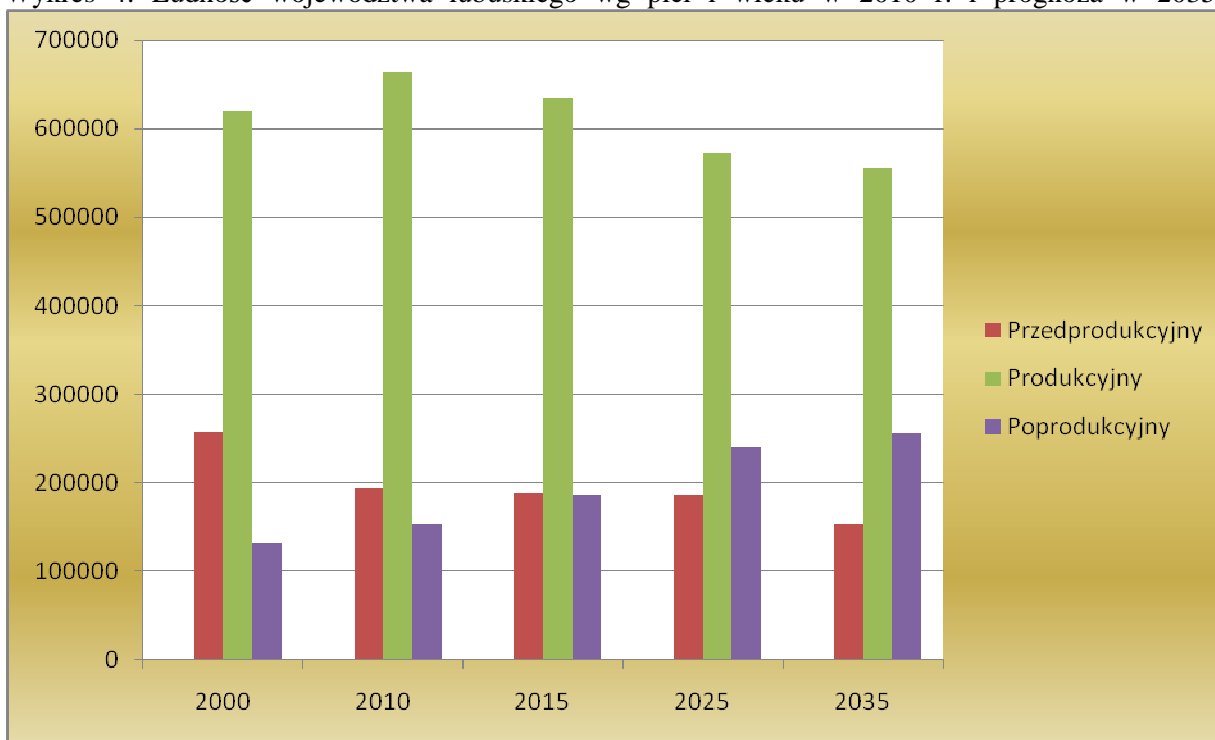
obciążenia demograficznego¹ w regionie wyniósł 52 osoby, wobec średniej dla kraju wynoszącej 55 osób. Pod względem udziału ludności w wieku produkcyjnym Lubuskie zajmuje wysoką pozycję, wraz z pozostałymi województwami Polski Zachodniej. Związany z tym wskaźnik obciążenia demograficznego jest stosunkowo niski. W ogólnej ocenie pozytywnie należy zatem oceniać istniejące zasoby siły roboczej województwa lubuskiego. Tabela poniżej ukazuje, że zgodnie z prognozą w 2035 roku liczba osób w wieku produkcyjnym znacznie się zmniejszy.

Tabela 5: Zmiany w strukturze ludności woj. lubuskiego 2000-2010 oraz prognozowane w 2015, 2025 i 2035 r.

Wiek	2000	2010	2015	2025	2035
Przedprodukcyjny	256 819	193 100	188 600	186 200	152 800
Produkcyjny	619 906	664 000	635 200	573 300	555 300
Poprodukcyjny	131 747	154 000	186 400	239 700	255 400

Źródło: opracowanie własne na podstawie z GUS w Zielonej Górze

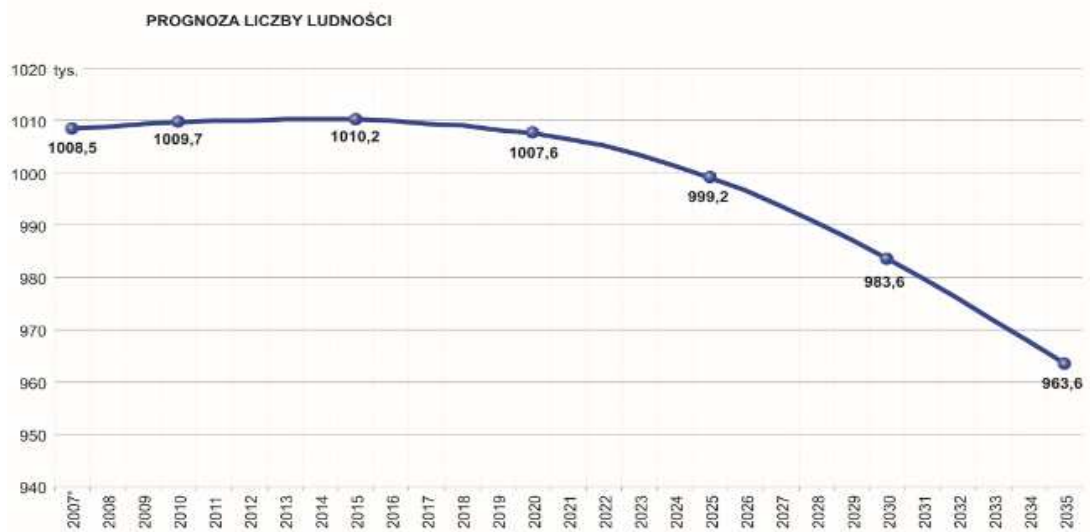
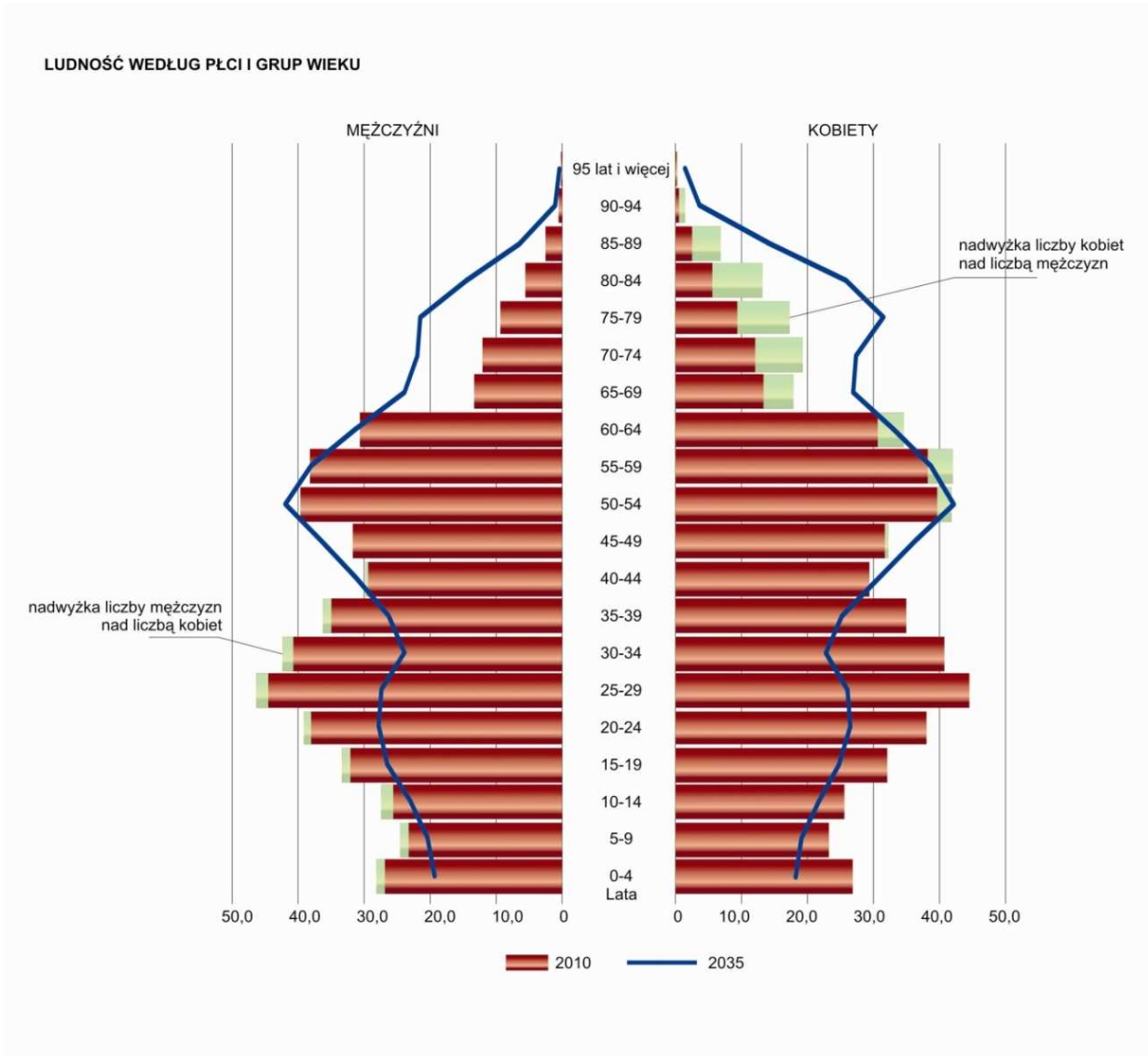
Wykres 4: Ludność województwa lubuskiego wg płci i wieku w 2010 r. i prognoza w 2035r.



Źródło: opracowanie własne na podstawie GUS

¹Wskaźnik obciążenia demograficznego jest relacją liczby ludności w wieku nieprodukcyjnym na 100 osób w wieku produkcyjnym.

Wykres nr 5, 6: Prognoza liczby ludności województwa lubuskiego do 2035 r.



Źródło: GUS Zielona Góra

Tabela 6: Wybrane elementy ruchu naturalnego ludności województwa lubuskiego w 2000 i 2010 roku na tle kraju

	Lubuskie 2000		Lubuskie 2010		Polska 2010	
	Liczba	Na 1000 ludności	Liczba	Na 1000 ludności	Liczba	Na 1000 ludności
Urodzenia żywe	10 012	9,9	10 939	10,8	413 300	10,8
Zgony	8 894	8,8	9 488	9,4	378 478	10,0
Przyrost naturalny	1 118	1,1	1 451	1,4	34 822	0,9
Zgony niemowląt na 1000 urodzeń żywych	86	8,6	59	5,4	2 057	5,0

Źródło: opracowanie własne na podstawie GUS w Zielonej Górze

W 2010 roku w województwie lubuskim zarejestrowano 10 939 urodzeń żywych a w roku 2009 liczba ta wyniosła 11 499. Nastąpił więc spadek liczby urodzeń o 560, (4,9%) w porównaniu do poprzedniego roku, a wzrost o 1 660 (17,9%) w porównaniu do roku 2003 (roku niżu demograficznego). Od 2004 roku obserwuje się sukcesywny wzrost liczby urodzeń. Progresja ta jest skutkiem realizacji „urodzeń odłożonych”, a także zmiany struktury wieku kobiet. Współczynnik natężenia urodzeń (liczba urodzeń żywych na 1000 ludności) był na poziomie średniej krajowej i wyniósł 10,8‰.

Po pięciu latach wzrostu liczby zgonów, w 2010 roku w skali roku odnotowano w województwie spadek umieralności. Liczba zgonów zmniejszyła się o 292, (3,0%) (z 9 780 do 9 488). Nie jest to jednak trwałe odwrócenie trendu wzrostowego, gdyż w najbliższych latach przewiduje się, że będziemy obserwować zwiększenie liczby zgonów związane z powiększaniem grup ludności w wieku, w którym umieralność jest wyższa.

Rok 2010 był kolejnym rokiem w którym odnotowano wzrost przeciętnej długości trwania życia Lubuszan. Przeciętne przeżycia mężczyzn i kobiet wyniosły odpowiednio - 71,5 i 80,1 lat. Różnica pomiędzy trwaniem życia mężczyzn i kobiet wyniosła 8,5 lat (w 2009 roku - 8,8 lat), co wskazuje na wysoką nadumieralność mężczyzn.

Wykres nr 7: Przeciętna długość trwania życia



Źródło: Urząd Statystyczny w Zielonej Górze

Skutek przewidywanych przemian to znaczne zwiększenie obciążenia demograficznego społeczeństwa, który wyrażony jest wzrostem liczby osób w wieku nieprodukcyjnym, przypadających na osoby w wieku produkcyjnym. Współczynnik obciążenia demograficznego, czyli liczba osób w wieku nieprodukcyjnym do roku 2015 według prognozy wzrośnie do 59 osób na 100 osób w wieku produkcyjnym. W następnych latach nadal będzie regularnie wzrastać, osiągając w 2020 roku poziom 68, a w 2035 r. - 74 osoby.

Przewiduje się, iż liczba ludności w wieku pracy mocno się zmniejszy, natomiast w wieku emerytalnym wzrośnie (w 2035 r. co czwarty Lubuszanin będzie w wieku emerytalnym). Skutkiem tego w nadchodzących latach pogorszy się znacznie relacja osób w wieku produkcyjnym do osób w wieku poprodukcyjnym. W chwili obecnej więcej niż 4 osoby (4,3) w wieku aktywności zawodowej przypadają na 1 osobę w wieku 60/65 lat, w 2035 r. już tylko 2 osoby (2,2) w wieku zdolności produkcyjnej będą przypadać na 1 emeryta.

2.2 Sytuacja epidemiologiczna

Stan zdrowia społeczeństwa jest jednym z kluczowych wskaźników, na podstawie którego należy planować organizację opieki zdrowotnej, w tym rodzaje, wielkość i rozmieszczenie podmiotów udzielających świadczeń medycznych.

Wg raportu GUS za 2010 r.² samoocena stanu zdrowia Polaków poprawiła się. W 2004 roku 39% mieszkańców Polski oceniało swoje zdrowie poniżej poziomu dobrego, natomiast pod koniec 2009 r. z taką opinią identyfikowało się już tylko 34% Polaków, czyli o 5 punktów procentowych mniej. Subiektywna poprawa stanu zdrowia w równym stopniu dotyczyła mężczyzn jak i kobiet, jednakże to kobiety znacznie częściej oceniały swoje zdrowie poniżej dobrego (37% kobiet, wobec 31% mężczyzn).

Mimo poprawy subiektywnej oceny stanu zdrowia, pod koniec 2009 r., u prawie co drugiego mieszkańca Polski (43%) wystąpiły długotrwałe problemy zdrowotne lub choroby przewlekłe, trwające co najmniej 6 miesięcy. Częstość występowania takich problemów rośnie wraz z wiekiem.

GUS w swoim raporcie zauważa, że o ile wśród ludzi młodych (do 30 roku życia) długotrwałe problemy zdrowotne występują niezbyt często (co 5-6 osób), o tyle wśród ludzi starszych (zwłaszcza po ukończeniu 60 roku życia) – bardzo często. Wystąpienie takich problemów sygnalizowało ponad 60% pięćdziesięciolatków, wśród sześćdziesięciolatków już prawie 79% oraz ponad 90% ludzi najstarszych. Kobiety relatywnie częściej niż mężczyźni zgłaszały występowanie długotrwałych problemów zdrowotnych czy chorób przewlekłych (odpowiednio 39% mężczyzn i 47% kobiet).

Analiza sytuacji zdrowotnej mieszkańców województwa lubuskiego w ostatnich latach, potwierdza ogólnopolski problem w walce z chorobami układu krążenia oraz nowotworami.

Dane zamieszczone w tabeli „Przyczyny zgonów w województwie lubuskim w latach 2007-2009” wskazują, że najwięcej osób umiera na choroby układu krążenia, nowotwory oraz w wyniku „objawów i stanów niedokładnie określonych”.

² „Zdrowie i ochrona zdrowia w 2010 r.”, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2012

Tabela 7: Przyczyny zgonów wg jednostek chorobowych w latach 2007 – 2009

Przyczyny zgonów w woj. Lubuskim w latach 2007-2009	2007			2008			2009		
	M	K	Razem	M	K	Razem	M	K	Razem
Choroby zakaźne i pasożytnicze	44	20	64	79	58	137	70	41	111
Nowotwory	1369	1067	2436	1368	1111	2479	1386	1030	2416
Choroby krwi i narządów krwiotwórczych	8	1	9	7	11	18	5	5	10
Zaburzenia wydzielania wewnętrznego, stanu odżywiania i przemiany metabolicznej	60	96	156		93	161	61	77	138
Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania	74	28	102	56	17	73	8	0	8
Choroby układu nerwowego i narządów zmysłów	45	94	139	67	78	145	49	68	117
Choroby układu krążenia	1959	2088	4047	2010	2042	4052	2172	2351	4523
Choroby układu oddechowego	254	158	412	223	156	379	271	177	448
Choroby układu trawienego	216	175	391	250	178	428	275	182	457
Choroby układu kostno- stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej	9	10	19	2	13	15	5	8	13
Choroby układu moczowo- płciowego	48	48	96	61	42	103	55	71	126
Stany rozpoczynające się w okresie okołoporodowym	18	17	35	16	11	27	18	18	36
Wady rozwojowe wrodzone	11	16	27	15	9	24	17	13	30
Objawy i stany niedokładnie określone	449	380	829	482	411	893	431	329	760
Urazy i zatrucia według zewnętrznej przyczyny	548	140	688	519	118	637	471	116	587
Inne	0	1	2	0	1	1	0	0	0

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Krajowego Rejestru Nowotworów

Od 2003 roku w Polsce stwierdza się ponad 120 tys. rocznie nowych zachorowań na nowotwory złośliwe, przy czym w ciągu 2009 r. stwierdzono ich ponad 140 tys., tj. ponad 2 tys. więcej niż w roku 2007. Stosunkowo najczęściej nowotwory złośliwe lokalizują się w układzie pokarmowym i oddechowym oraz w narządach płciowych – stanowią one prawie 55% wszystkich nowotworów wykrytych w 2008 roku. Rosnąca liczba zachorowań na nowotwory złośliwe powoduje, że również wskaźnik zachorowalności stale wzrasta. W 2008 r. stwierdzono blisko 340 nowych zachorowań na 100 tys. ludności, podczas gdy na początku dekady (w 2000 r.) – 299, czyli o 40 przypadków mniej.

W województwie lubuskim, podobnie jak w kraju, występuje coraz wyraźniejsze i przybierające na sile starzenie się społeczeństwa. Ryzyko zachorowania na nowotwory wzrasta również wraz z rozwojem cywilizacji, a co za tym idzie narażeniem na wciąż nowe czynniki rakotwórcze.

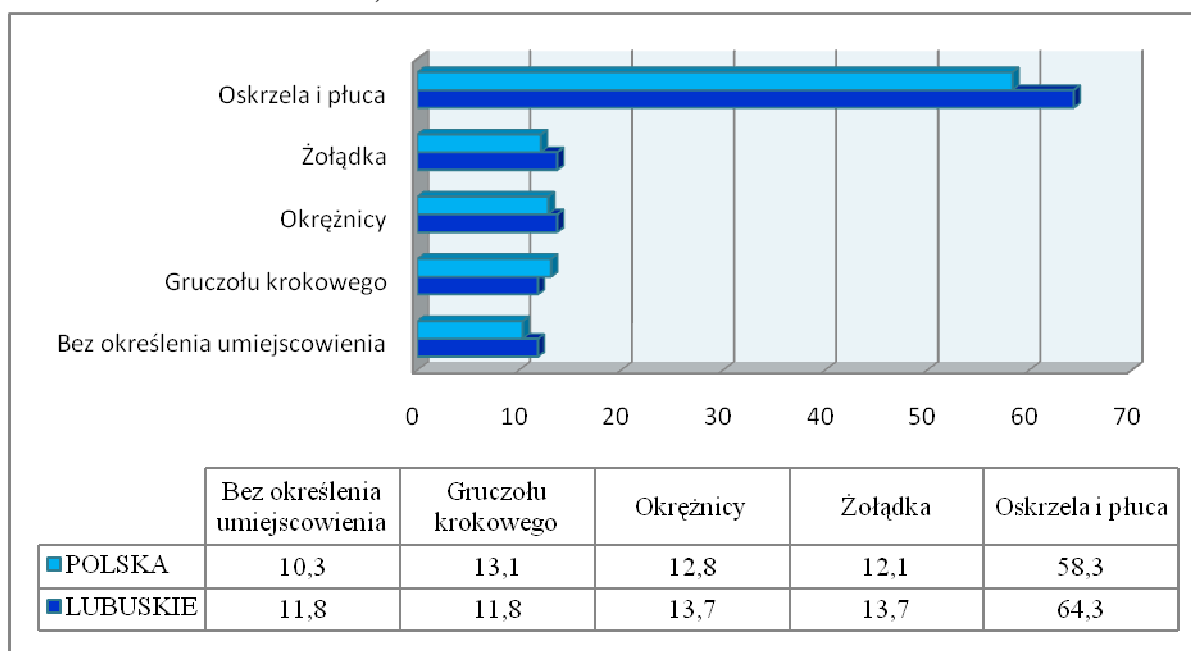
Największe zagrożenie dla zdrowia i życia mieszkańców województwa lubuskiego wśród nowotworów złośliwych stanowi rak oskrzela i płuca oraz rak piersi. W 2009 roku rak płuca stanowił 33,6% zgonów na nowotwory złośliwe wśród mężczyzn. W dalszej kolejności zgony wśród mężczyzn następowały z powodu nowotworów: jelita grubego, żołądka, prostaty i trzustki.

Wśród kobiet w 2009 roku struktura zgonów przedstawiała się następująco: największy odsetek zgonów nastąpił z powodu raka płuca i stanowił 15,2 %, następnie zgony następowały z powodu raka piersi – 11,5%, raka jelita grubego – 11,5% i raka jajnika 7,3%.

Jeżeli chodzi o zachorowania, to najczęściej rozpoznawanym nowotworem złośliwym u kobiet w 2009 roku był rak piersi i stanowił on 23,2%. Natomiast u mężczyzn najczęściej rozpoznawano nowotwory: płuca 23,4%, okrężnicy, żołądka i gruczołu krokowego. (szczegółowa struktura zgonów i zachorowań na nowotwory złośliwe znajduje się w dalszych rozdziałach).

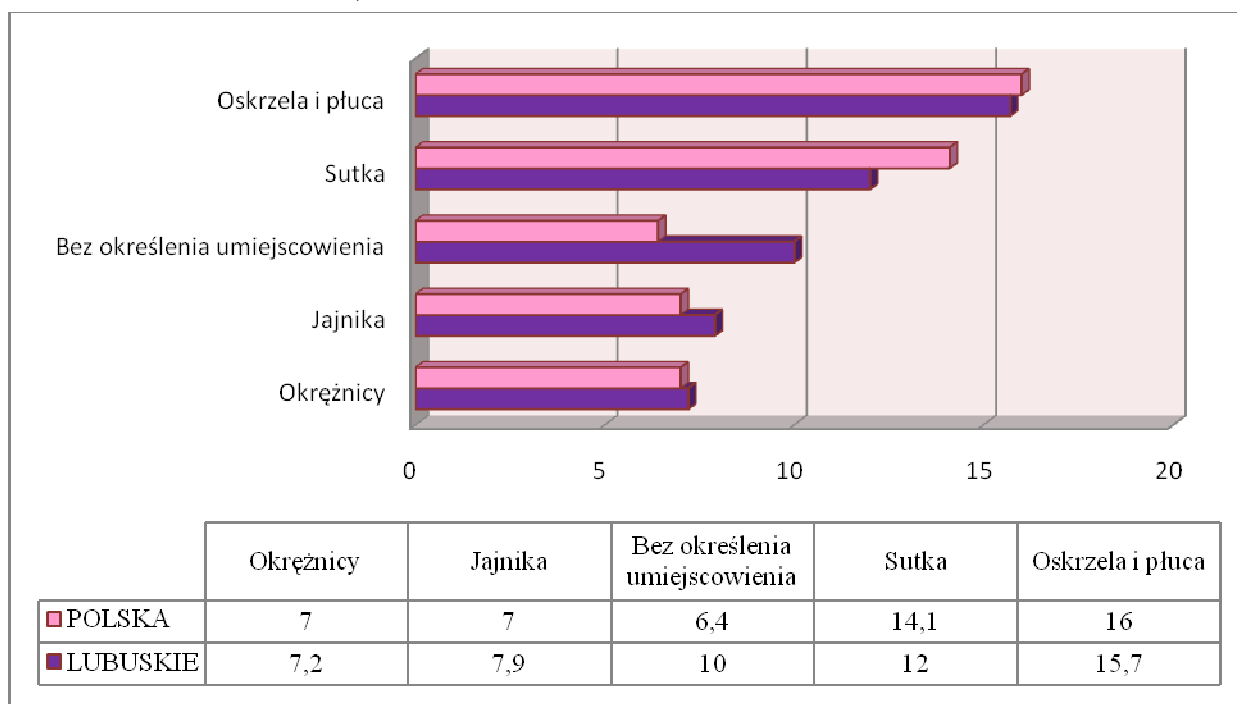
Wykresy poniżej przedstawiają główne przyczyny zgonów mężczyzn i kobiet z powodu nowotworów złośliwych i województwie lubuskim w 2009 roku wg współczynnika standaryzowanego na 100 tys. mieszkańców w porównaniu z krajem.

Wykres nr 8: Główne przyczyny zgonów mężczyzn z powodu nowotworów złośliwych w Polsce i województwie lubuskim w 2009 r. (współczynnik standaryzowany na 100 tys. mieszkańców).



Źródło: opracowanie własne na podstawie Krajowego Rejestru Nowotworów

Wykres nr 9: Główne przyczyny zgonów kobiet z powodu nowotworów złośliwych w Polsce i województwie lubuskim w 2009 r. (współczynnik standaryzowany na 100 tys. mieszkańców).



Źródło: opracowanie własne na podstawie Krajowego Rejestru Nowotworów

Ocenę epidemiologiczną w zakresie chorób nowotworowych przeprowadzono w oparciu o dane gromadzone i analizowane przez Lubuski Rejestr Nowotworów, Krajowy Rejestr Nowotworów prowadzony przez Centrum Onkologii - Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie w Warszawie oraz Główny Urząd Statystyczny w Warszawie.

a. Choroby nowotworowe - zachorowania i zgony w latach 2007-2009

W województwie lubuskim wskaźniki zachorowań do zgonów na nowotwory złośliwe wynosiły: w 2007 r. – 1,22, w 2008 r. – 1,39 i w 2009 r. – 1,45, widać zatem tendencję wzrostową. Wskaźniki wykazują duże zróżnicowanie w poszczególnych powiatach. Najwyższe wskaźniki były powiatach: m. Gorzów Wlkp., m. Zielona Góra, zielonogórskim i gorzowskim, a najniższe w powiatach: wschowskim, świebodzińskim i sulęcińskim.

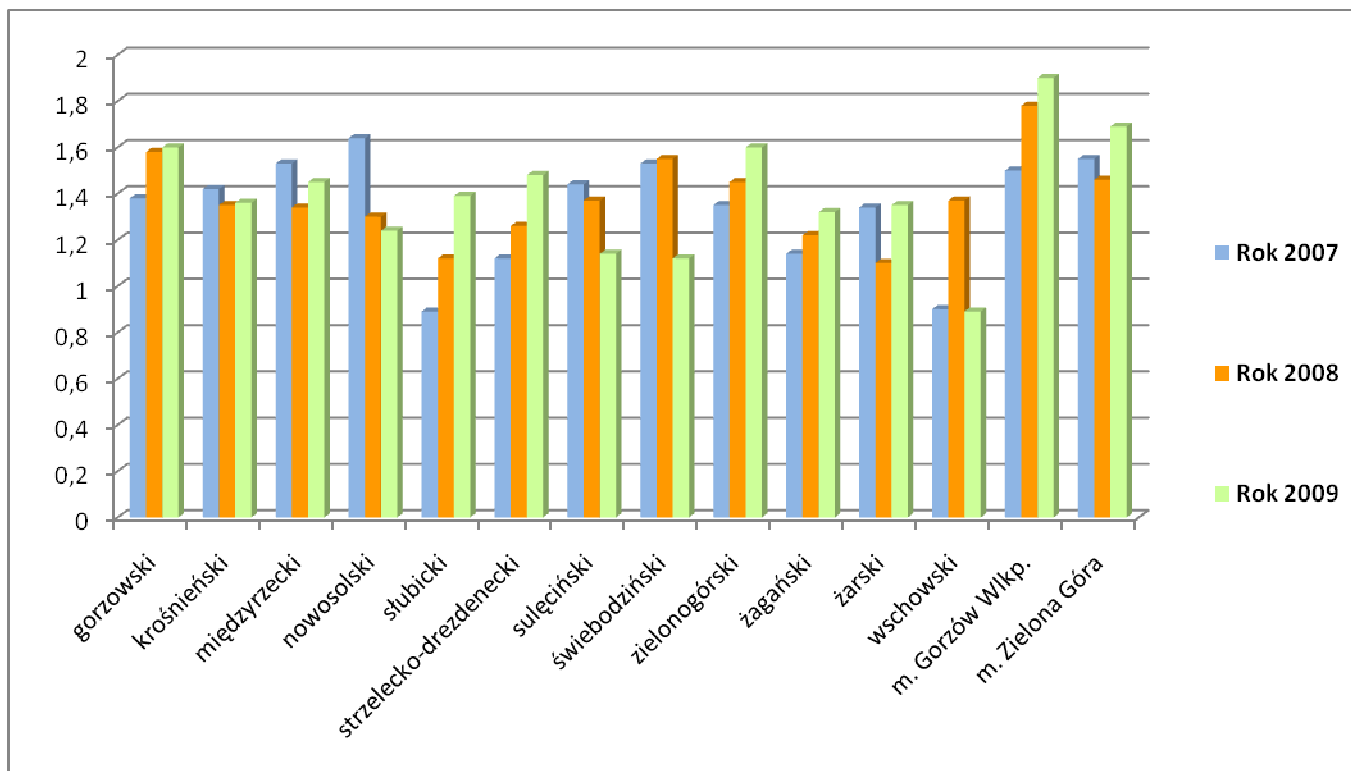
Tabela przedstawia dane dotyczące liczby zachorowań i zgonów na nowotwory w podziale na powiaty w latach 2007-2009.

Tabela 8: Kompletność rejestracji nowotworów złośliwych w województwie lubuskim w latach 2007-2009 wg powiatów

Powiat	2007			2008			2009		
	Liczba zachorowań	Liczba zgonów	Wskaźnik zachorowania/zgonów	Liczba zachorowań	Liczba zgonów	Wskaźnik zachorowania/zgonów	Liczba zachorowań	Liczba zgonów	Wskaźnik zachorowania/zgonów
gorzowski	219	159	1,38	231	146	1,58	230	144	1,60
krośnieński	143	101	1,42	184	136	1,35	186	137	1,36
międzyrzecki	194	127	1,53	191	143	1,34	178	123	1,45
nowosolski	333	203	1,64	300	231	1,30	305	246	1,24
słubicki	101	113	0,89	124	111	1,12	143	103	1,39
strzelecko-drezdenecki	174	155	1,12	165	131	1,26	184	124	1,48
sulęciński	105	73	1,44	104	76	1,37	98	86	1,14
świebodziński	170	111	1,53	197	127	1,55	161	144	1,12
zielonogórski	256	189	1,35	276	190	1,45	265	166	1,60
żagański	259	227	1,14	234	192	1,22	240	182	1,32
żarski	277	206	1,34	280	254	1,10	295	218	1,35
wschowski	88	98	0,90	103	75	1,37	82	92	0,89
m. Gorzów Wlkp.	452	301	1,50	528	296	1,78	565	298	1,90
m. Zielona Góra	413	267	1,55	440	302	1,46	479	283	1,69
Razem	3184	2330	1,37	3357	2410	1,39	3411	2346	1,45

Źródło: opracowanie własne na podstawie Krajowego Rejestru Nowotworów

Wykres nr 10: Wskaźnik zachorowania/zgony zarejestrowanych nowotworów złośliwych w województwie lubuskim wg powiatów w latach 2007-2009.



Źródło: opracowanie własne na podstawie Krajowego Rejestru Nowotworów

Powiaty, w których odnotowuje się wciąż największą liczbę zgłoszeń to miasta Gorzów Wlkp., miasto Zielona Góra, nowosolski i żarski. Najniższą ilość nowych zachorowań zgłoszono w powiatach: wschowski, sulęciński i słubickim. Kilkuletnie zestawienie danych pokazuje także, że w niektórych powiatach zaobserwować można znaczny spadek wskaźnika zachorowań do zgonów. Należą do nich: nowosolski, świebodziński i sulęciński. Jednakże w powiatach słubickim i strzelecko - drezdeneckim sytuacja jest odwrotna i widać gwałtowny wzrost.

b. Zachorowania na nowotwory złośliwe w 2009 roku – ogółem.

W 2009 roku wśród 3 411 zgłoszeń zachorowań na nowotwory złośliwe, było 1 658 mężczyzn i 1 753 kobiet.

Współczynnik surowy zachorowalności wyniósł 337,3 (zachorowań na 100 tys.).

Tabela 9: Zachorowania na nowotwory złośliwe w woj. lubuskim i kraju w 2009 roku (współczynniki standaryzowane na 100 tys. ludności)

Zachorowania	Mężczyźni	Kobiety
Lubuskie	246,9	206,1
Polska	254,2	205,3
Miejsce w kraju	11	7

Źródło: Krajowa Baza Danych Nowotworowych, Centrum Onkologii w Warszawie

Tabela 10: Współczynnik surowy zachorowań na nowotwory złośliwe w Polsce i woj. lub. (współczynnik surowy zachorowalności/umieralności określa liczbę zachorowań /zgonów na 100 tys. badanej populacji).

Współczynnik surowy	1999	2009
POLSKA		
Mężczyźni	309,5	373,7
Kobiety	269,9	350,6
RAZEM	289,7	362,2
LUBUSKIE		
Mężczyźni	118,2	338,2
Kobiety	106,5	336,2
RAZEM	112,4	337,3

Źródło: Krajowa Baza Danych Nowotworowych, Centrum Onkologii w Warszawie

Wg współczynnika standaryzowanego (na 100 tys. mieszkańców) dało to mężczyznom 11 miejsce (246,9), natomiast kobietom na 7 (206,1) w skali kraju.

Od 1999 do 2009 roku współczynnik surowy zachorowań na nowotwory w województwie lubuskim wzrósł ok trzykrotnie - u mężczyzn z 118,2 do 338,2, a u kobiet z 106,5 do 336,2. W porównaniu do współczynników krajowych były one niższe zarówno wśród mężczyzn jak i kobiet. Dane z lubuskiego potwierdzają także ogólnopolską tendencję większego wzrostu zachorowań na nowotwory wśród kobiet. Jeśli chodzi o zachorowalność wśród kobiet to utrzymuje się ona na podobnym poziomie około 1786 (z niewielkim spadkiem w 2009 r.). Wśród mężczyzn widać znaczący wzrost o blisko 300 osób z porównaniu do roku 2007.

Tabela 11: Liczba zachorowań na nowotwory złośliwe w podziale na powiaty w latach 2007-2009

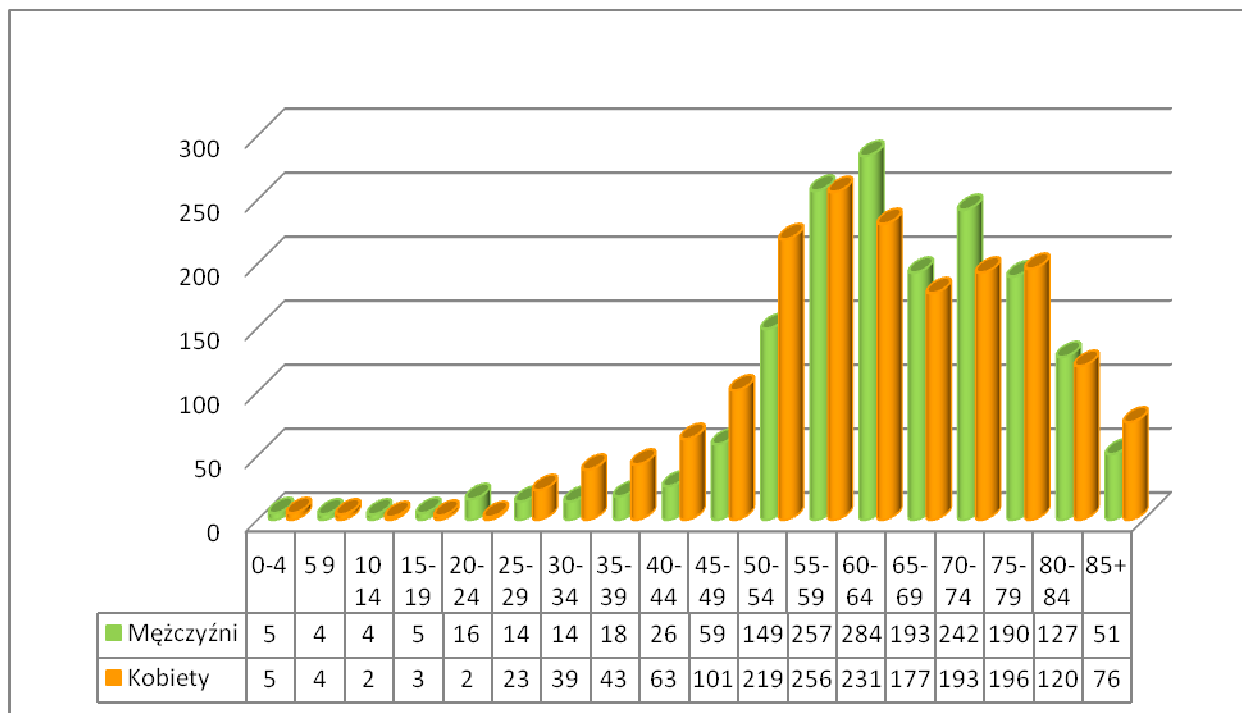
POWIAT	2007		2008		2009	
	mężczyźni	kobiety	mężczyźni	kobiety	mężczyźni	kobiety
gorzowski	93	126	104	127	125	105
krośnieński	57	86	94	90	101	85
międzyrzecki	96	98	89	102	73	105
nowosolski	144	189	139	161	151	154
słubicki	46	55	55	69	61	82
strzelecko-drezdenecki	86	88	88	77	86	98
sulęciński	49	56	47	57	52	46
świebodziński	65	105	93	104	74	87
zielonogórski	103	153	129	147	126	139
żagański	110	149	99	135	128	112
żarski	109	168	121	159	153	142
wschowski	41	47	47	56	40	42
m. Gorzów Wlkp.	199	253	234	294	270	295
m. Zielona Góra	186	227	211	229	218	261
RAZEM	1384	1800	1550	1807	1658	1753

Źródło: Krajowa Baza Danych Nowotworowych, Centrum Onkologii w Warszawie

W 2009 r. w województwie lubuskim najczęściej zachorowań na nowotwory złośliwe występowało w m. Gorzów Wlkp. i m. Zielona Góra oraz w powiatach nowosolskim i żarskim. Najmniej zachorowań zarejestrowano w powiatach: wschowskim i sulęcińskim.

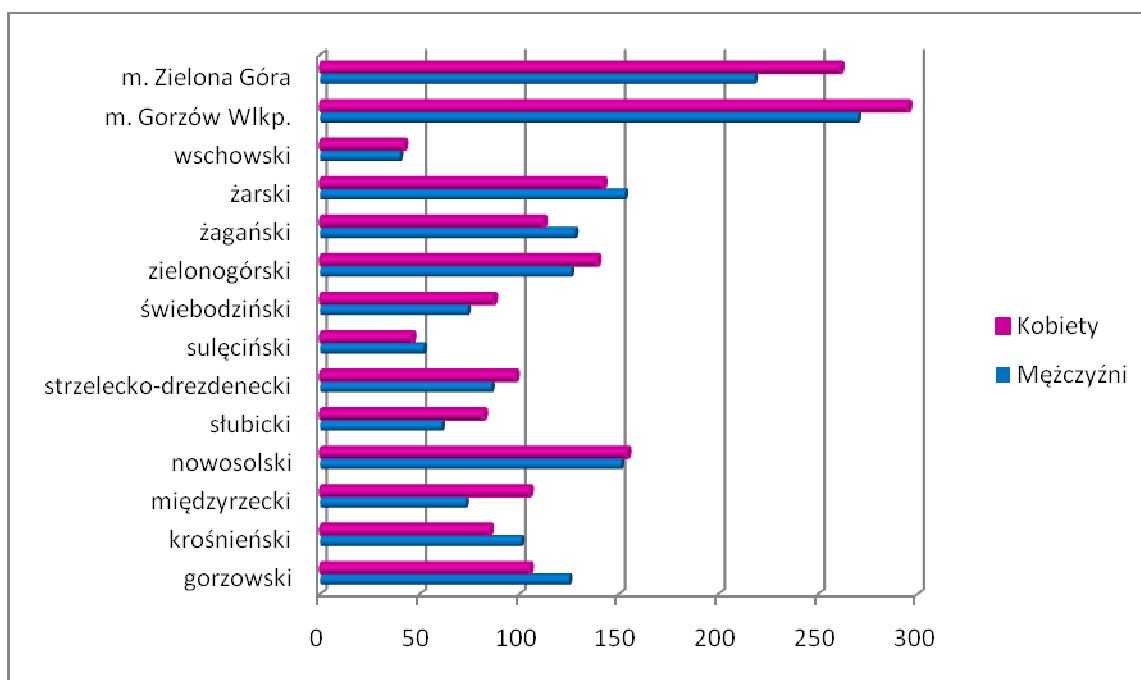
Jeśli chodzi o grupy wiekowe to najczęściej zachorowań łącznie (kobiet i mężczyzn) było w grupie wiekowej 60-64 lat – 515. W tej też grupie zachorowało najczęściej mężczyzn – 284. Wśród kobiet dominowały zachorowania w grupach wiekowych 60-64 lat – 515 oraz 55-59 lat - 513. Łącznie w województwie lubuskim w 2007 roku zachorowało 3 184 Lubuszan, w 2008 roku – 3 357, natomiast w 2009 – 3 411 osób.

Wykres 11: Liczba zachorowań na nowotwory złośliwe w województwie lubuskim w 2009 r. według wieku i płci



Źródło: opracowanie własne na podstawie Krajowego Rejestru Nowotworów

Wykres 12: Liczba zachorowań na nowotwory złośliwe w województwie lubuskim w 2009 r. według płci i powiatów



Źródło: opracowanie własne na podstawie Krajowego Rejestru Nowotworów

2.2.1 Zachorowania na nowotwory złośliwe w 2009 r. wśród mężczyzn

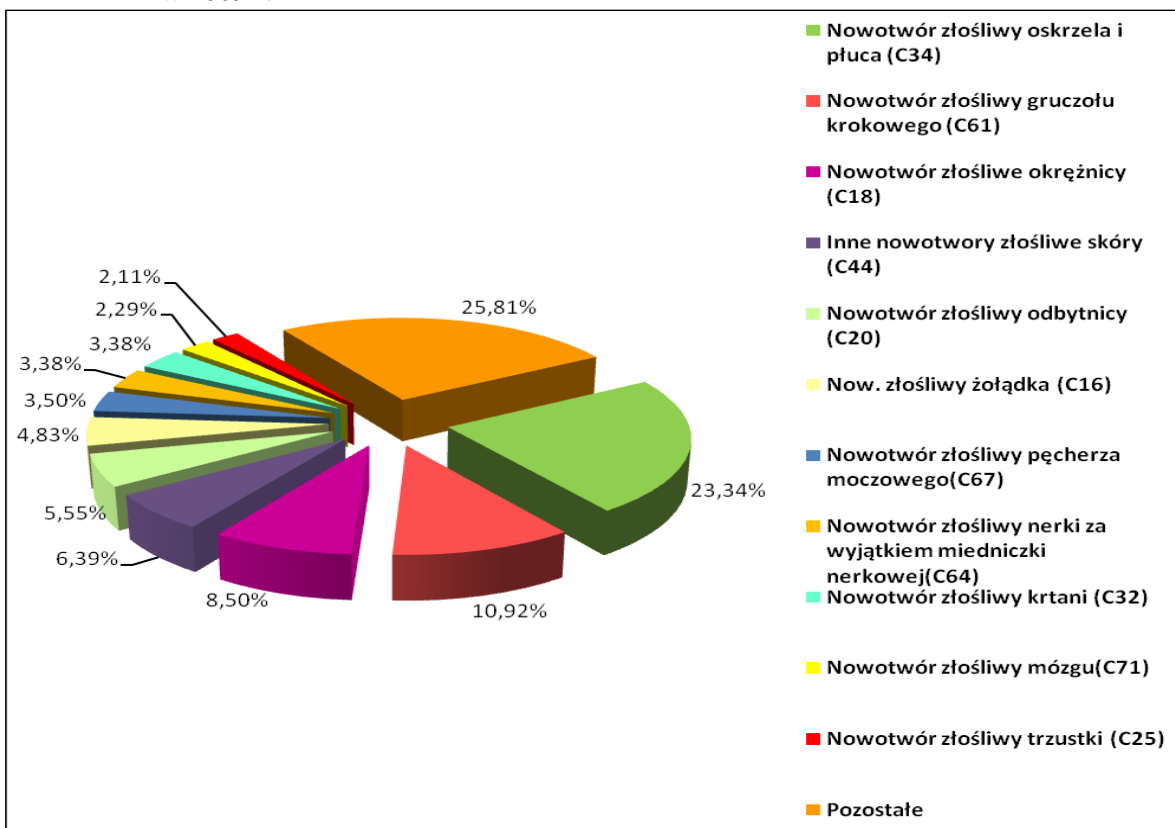
W 2009 roku zarejestrowano łącznie u osób mieszkających na terenie województwa lubuskiego 3 411 zachorowań na nowotwory złośliwe, z tego 1 658 zachorowań u mężczyzn (48,61% wszystkich zachorowań). Współczynnik surowy zachorowalności wyniósł 338,2 (zachorowań na 100 tys.) zaś standaryzowany 254,2.

W 2009 roku najczęstszymi nowotworami złośliwymi u mężczyzn były nowotwory oskrzela i płuc (C 34). Zachorowalność na ten typ nowotworu stanowi 23,34% w strukturze nowych zachorowań, surowy współczynnik zachorowalności wynosi 338,2 a standaryzowany współczynnik zachorowalności wynosi 64,3 (zachorowań na 100 tys.).

Kolejne co do częstości zachorowań stanowiły złośliwe nowotwory:

- gruczołu krokowego (C61) – 10,92%,
- okrężnicy (C18) – 8,5%,
- skóry inne niż czerniak (C44) – 6,39%,
- odbytnicy (C20) – 5,55%,
- żołądka (C16) – 4,83%.

Wykres 13: Struktura zachorowań na nowotwory złośliwe u mężczyzn w województwie lubuskim w 2009 r.

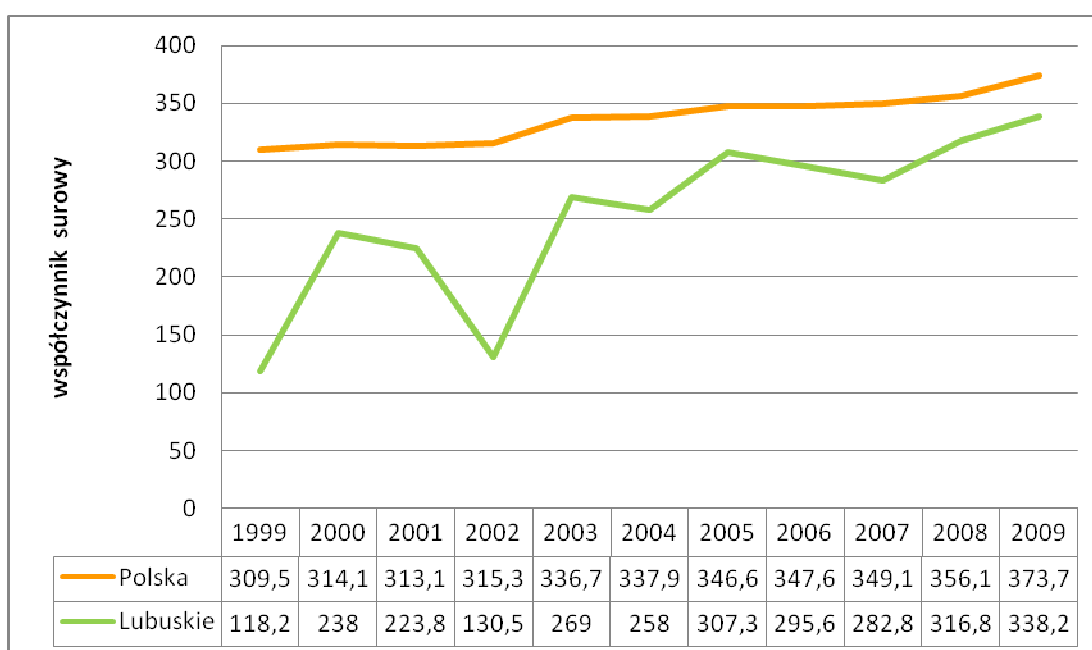


Źródło: opracowanie własne na podstawie Krajowego Rejestru Nowotworów

Różnice w zachorowalności u mężczyzn stwierdza się pomiędzy poszczególnymi powiatami województwa lubuskiego, na co wpływa rozkład geograficzny gęstości zaludnienia na terenie województwa w poszczególnych powiatach (wykres 5).

Ogólna liczba zachorowań na choroby nowotworowe wśród mężczyzn w 2009 roku była wyższa niż w roku 2008 (odpowiednio – 1658 zachorowań w 2009 wobec 1550 w 2008 r.) i była to najwyższa do tej pory zanotowana roczna liczba zachorowań wśród mężczyzn.

Wykres 14: Współczynnik surowy zachorowań wśród mężczyzn w Polsce i województwie lubuskim w latach 1999-2009



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z Krajowego Rejestru Nowotworów

Tabela 12: Liczba zachorowań na nowotwory złośliwe wśród mężczyzn w podziale na powiaty
w latach 2007 - 2009

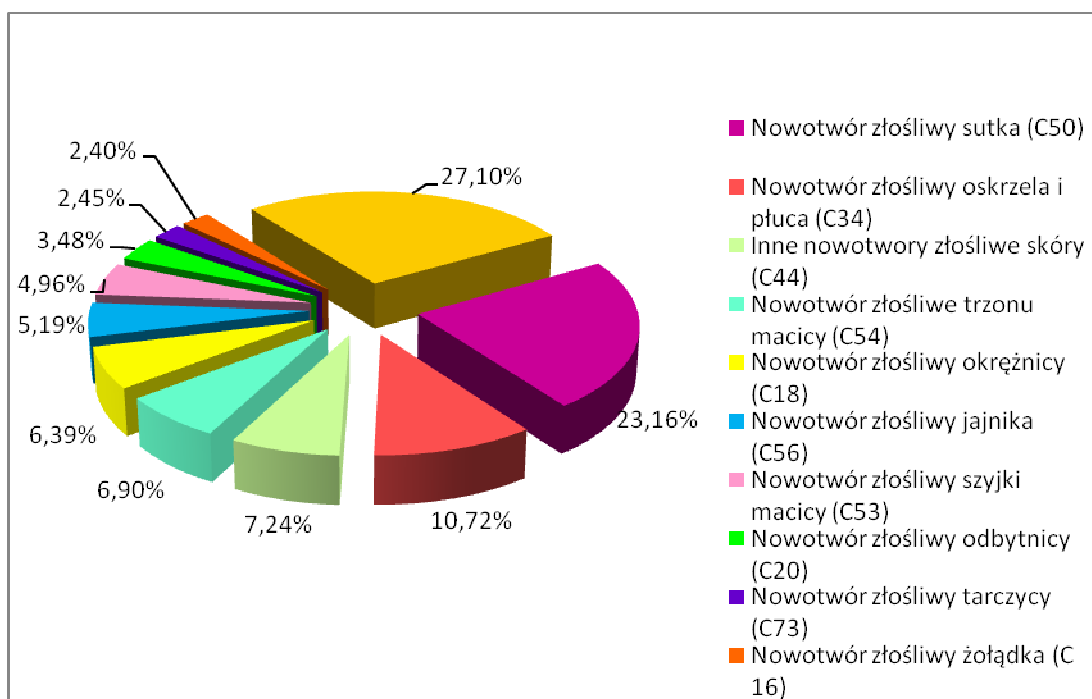
Powiat	Rok	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
gorzowski		58	121	83	54	104	96	99	98	93	104	125
krośnieński		19	47	55	30	81	67	71	75	57	94	101
międzyrzecki		39	69	54	25	51	59	87	94	96	89	73
nowosolski		60	124	139	78	184	185	165	146	144	139	151
ślubicki		65	85	53	32	60	48	63	55	46	55	61
strzelecko-drezdenecki		37	121	80	65	92	57	94	91	86	88	86
sulęciński		37	54	49	35	69	50	54	55	49	47	52
świebodziński		24	46	53	15	65	75	76	77	65	93	74
zielonogórski		28	52	61	44	97	97	106	105	103	129	126
żagański		40	75	103	51	127	111	142	115	110	99	128
żarski		39	91	104	52	88	120	131	141	109	121	153
wschowski		0	0	0	0	0	0	37	37	41	47	40
m. Gorzów Wlkp.		105	216	176	125	183	193	208	177	199	234	270
m. Zielona Góra		40	89	110	34	117	106	172	181	186	211	218
Razem		591	1190	1120	640	1318	1264	1501	1447	1384	1550	1658

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z Krajowego Rejestru Nowotworów Centrum Onkologii w Warszawie

2.2.2 Zachorowania na nowotwory złośliwe w 2009 r. wśród kobiet

W 2009 roku zarejestrowano łącznie u osób mieszkających na terenie województwa lubuskiego 3 411 zachorowania na nowotwory złośliwe z tego 1 753 zachorowań u kobiet (51,39 % wszystkich zachorowań). Współczynnik surowy zachorowalności wyniósł 336,2 (zachorowań na 100 tys.) zaś standaryzowany 206,1.

Wykres 15: Struktura zachorowań na nowotwory złośliwe u kobiet w województwie lubuskim w 2009 r.



Źródło: opracowanie własne na podstawie Krajowego Rejestru Nowotworów

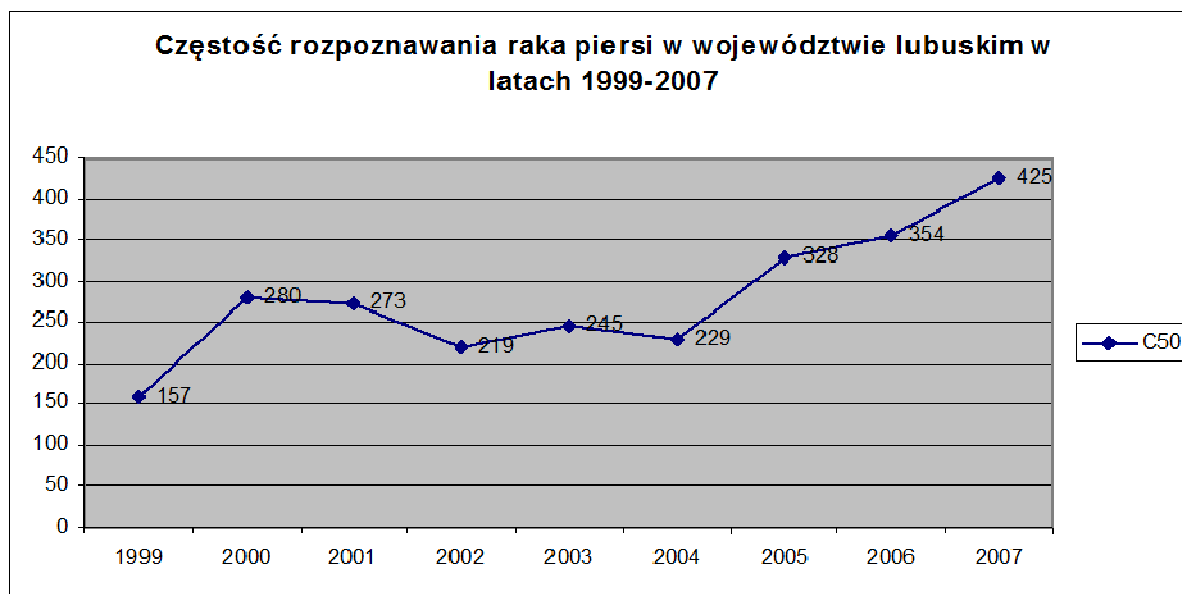
Najczęstszymi nowotworami złośliwymi u kobiet nadal pozostają nowotwory piersi. Zachorowalność na ten typ nowotworu stanowi 23,16 % w strukturze nowych zachorowań, surowy współczynnik zachorowalności wynosi 336,2 a standaryzowany współczynnik zachorowalności wynosi 51,14 (zachorowań na 100 tys.).

Województwo lubuskie należy do grupy obszarów o wyższym odsetku zachorowań na raka piersi. W roku 2007 w województwie lubuskim postawiono takie rozpoznanie u 425 kobiet. Rak piersi w województwie lubuskim rozpoznawany jest z roku na rok coraz częściej. Współczynnik standardowy zachorowalności w roku 2007 wynosił 54,9/100 000 – (średnia dla Polski w roku 2007 to 44,2/100 000).

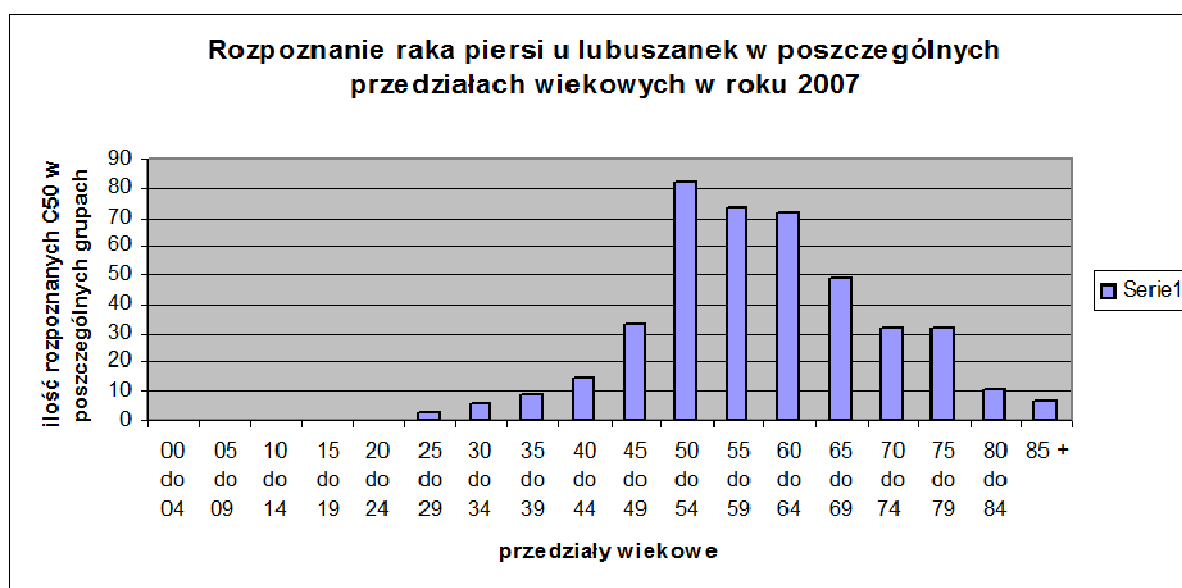
Kolejnymi - pod względem częstości zachorowań - były nowotwory:

- płuc – 10,72%,
- skóry – 7,24%
- trzonu macicy – 6,90%,
- okrężnicy – 6,39% ,
- jajnika – 5,19% oraz
- szyjki macicy – 4,96%.

Wykres 16, 17: Częstość rozpoznawania raka piersi w woj. lubuskim w latach 1999 - 2007

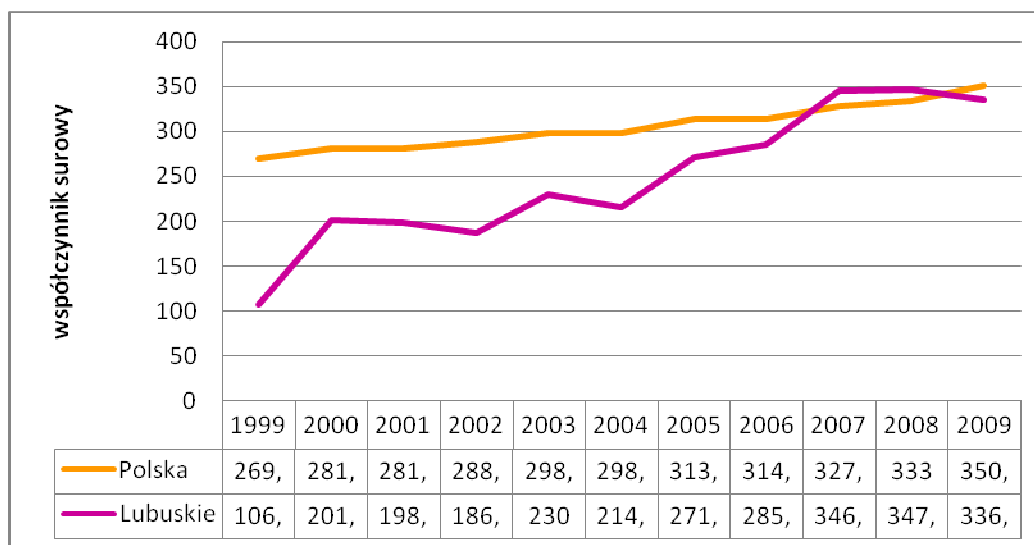


Źródło: Krajowy Rejestr Nowotworów



Źródło: Krajowy Rejestr Nowotworów

Wykres 18: Współczynnik surowy zachorowań wśród kobiet w Polsce i woj. lubuskim w latach 1999-2009



Źródło: opracowanie własne na podstawie Krajowego Rejestru Nowotworów

Podobnie jak u mężczyzn różnice w zachorowalności u kobiet stwierdza się pomiędzy poszczególnymi powiatami województwa lubuskiego, na co wpływa rozkład geograficzny gęstości zaludnienia na terenie województwa w poszczególnych powiatach.

Tabela 13: Liczba zachorowań na nowotwory złośliwe wśród kobiet w podziale na powiaty w latach 2007-2009

Powiat \ Rok	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
gorzowski	43	106	79	72	102	78	96	102	126	127	105
krośniński	17	29	36	49	53	54	69	73	86	90	85
międzyrzecki	36	58	43	45	54	50	70	93	98	102	105
nowosolski	59	106	138	118	167	157	129	149	189	161	154
słubicki	51	74	37	42	68	39	57	48	55	69	82
strzelecko-drezdenecki	62	89	62	56	66	72	72	86	88	77	98
sulciński	26	52	41	36	34	43	45	50	56	57	46
świebodziński	12	43	43	36	56	36	62	76	105	104	87
zielonogórski	26	43	67	59	67	72	109	109	153	147	139
żagański	33	60	74	90	115	94	109	119	149	135	112
żarski	32	76	94	87	107	101	123	149	168	159	142
wschowski	0	0	0	0	0	0	29	32	47	56	42
m. Gorzów Wlkp.	127	213	186	168	185	211	249	204	253	294	295
m. Zielona Góra	34	108	140	108	120	109	195	195	227	229	261
RAZEM	558	1057	1040	966	1194	1116	1416	1485	1800	1807	1753

Źródło: opracowanie własne na podstawie Krajowego Rejestru Nowotworów

Ogólna liczba zachorowań na choroby nowotworowe wśród kobiet w 2009 r. była niższa niż w roku 2008, a nawet roku 2007 (odpowiednio 1753 zachorowania w 2009 *versus* 1807 w 2008 roku i 1800 w 2007), lecz nadal utrzymuje się na wysokim poziomie.

2.2.3 Onkohematologia - zachorowania na nowotwory złośliwe

Od kilku lat obserwuje się tendencję wzrostową zachorowań na nowotwory układu krwiotwórczego. Sytuacja ta wymaga zwiększenia nakładów oraz usprawnienia organizacji i zarządzania w tej dziedzinie. Nowotwory układu krwiotwórczego, wymagające największej uwagi, zarówno ze względów epidemiologicznych, jak i terapeutycznych, to szpiczak mnogi i przewlekła białaczka limfocytowa. Poniższa tabela przedstawia liczbę zachorowań w latach 2007-2009 w województwie lubuskim.

Tabela 14: Liczba zachorowań w podziale na rozpoznania, płeć w latach 2007 - 2009 w województwie lubuskim

	Rozp.	2007		2008		2009	
		Kobiety	Mężczyźni	Kobiety	Mężczyźni	Kobiety	Mężczyźni
Szpiczak plazmocytowy	C90	12	7	15	12	16	19
Przewlekła białaczka limfocytowa	C91	14	7	27	35	27	33
Chłoniaki nieziarnicze rozlane	C83	4	16	10	10	19	18
Przewlekła i ostra białaczka szpikowa	C92	14	12	17	10	16	16
Choroba Hodgkina	C81	14	12	7	10	11	13
Chłoniak nieziarniczy guzkowy (grudkowy)	C82	1	5	1	4	3	3
Inne i nieokreślone postacie chłoniaków nieziarniczych	C85	11	6	3	5	7	7
Inne białaczki przewlekłe	C94	1	0	3	3	2	3
Obwodowy i skórny chłoniak z komórek T	C84	1	2	3	2	0	0
Złośliwe choroby immunoproliferacyjne	C88	0	0	0	3	1	0
Inny i nieokreślony nowotwór złośliwy tkanki limfatycznej, krwiotwórczej i tkanek pokrewnych	C96	0	1	1	1	2	1
SUMA		72	68	87	95	104	113

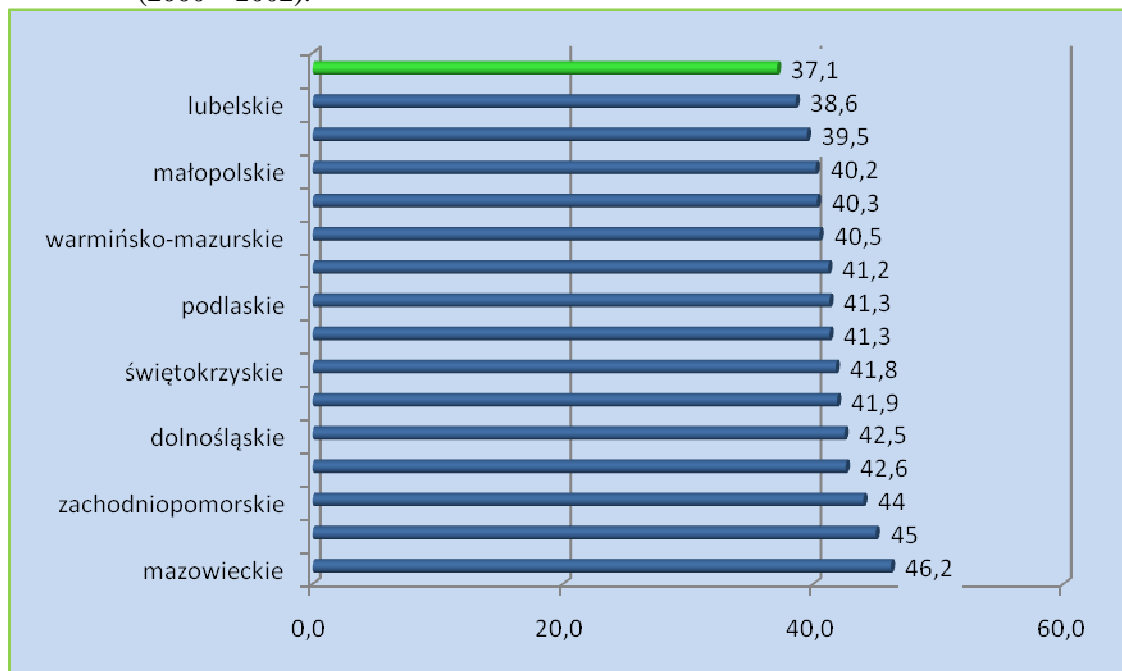
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z Krajowego Rejestru Nowotworów

Farmakoterapia nowotworów hematologicznych jest kosztowna, na co składają się wysokie ceny nowoczesnych cytostatyków oraz konieczność leczenia powikłań, szczególnie infekcji, do których usposabia obniżenie odporności, powszechne u chorych z tej grupy. Szczególnie szpiczak, powodujący wielonarządowe objawy, leczony przez lekarzy wielu specjalności (hematologów, neurochirurgów, ortopedów, nefrologów, radioterapeutów), wymaga wszechstronnej bazy leczniczej i dostosowania warunków lokalowych do potrzeb chorych o obniżonej odporności i niepełnosprawnych ruchowo.

2.2.4 Wskaźniki 5-letnich przeżyć pacjentów w wieku 15-99 lat, u których zdiagnozowano nowotwór złośliwy

Coraz lepsza diagnostyka umożliwia wykrywanie wczesnych postaci nowotworów, a nawet stanów przedrakowych. Pozwala na skuteczniejsze leczenie oraz zwiększa szanse na pełny powrót do zdrowia. Niestety, wciąż istnieją obszary, gdzie nowotwory wykrywane są zbyt późno. Efekty leczenia w znacznym stopniu zależą od miejsca zamieszkania. Daje się zauważyć geograficzny podział umieralności na nowotwory. Jak wynika z danych Krajowego Rejestru Nowotworów, średnio w całej Polsce udaje się wyleczyć z raka 42% chorych (przeżycia 5-letnie). To więcej niż przed laty, gdy skuteczność terapii nie przekraczała 30%. Najwyższy wskaźnik przeżycia dotyczy województwa mazowieckiego, gdzie średnio udaje się uratować 46% chorych. Na dalszych miejscach są takie regiony, jak Wielkopolska (45%) i Zachodniopomorskie (44%). Najwięcej chorych na raka umiera w województwie lubuskim (37%) odsetek 5-letnich przeżyć pacjentów w wieku 15-99 lat, u których zdiagnozowano nowotwór złośliwy i lubelskim (38%).

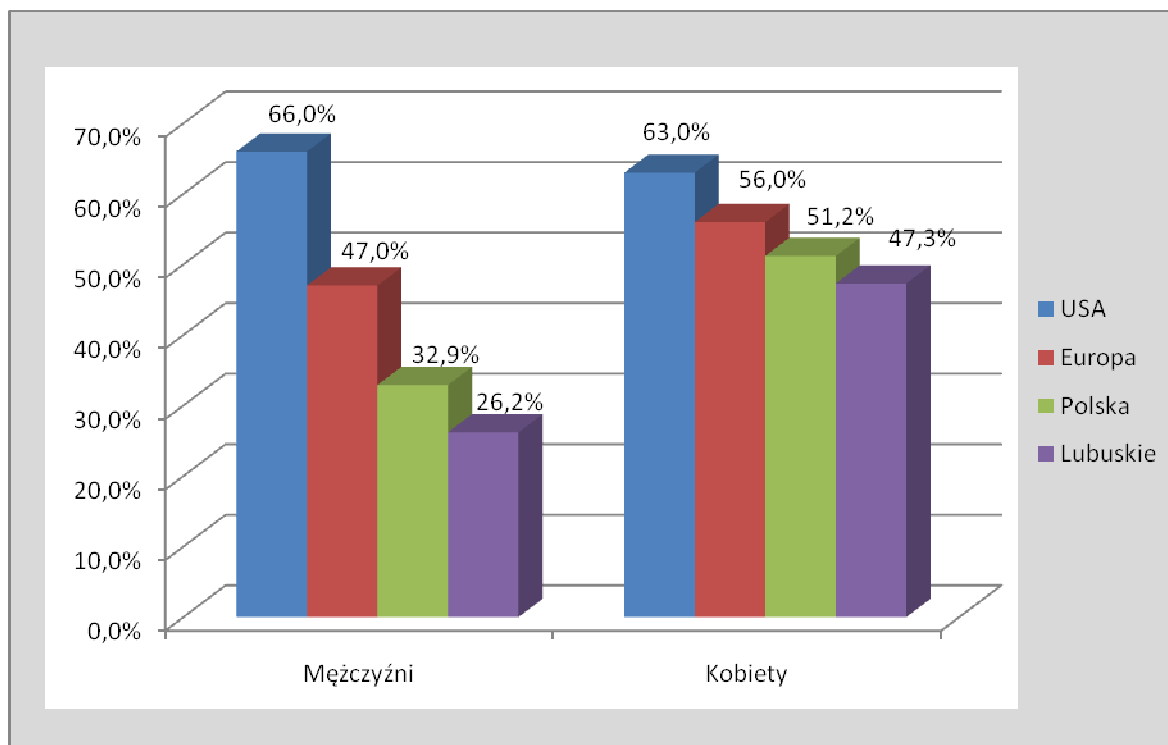
Wykres 19: Wskaźnik 5-letnich przeżyć nowotworów zdiagnozowanych u osób w wieku 15-99 lat (2000 – 2002).



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z Krajowego Rejestru Nowotworów

Średni wskaźnik 5-letnich przeżyć nowotworów w badanej grupie wiekowej dla kraju wynosi 42,2%, podczas gdy w województwie lubuskim 37,1. Jest to najniższy wskaźnik w kraju.

Wykres 20: Średnie pięcioletnie przeżycie w nowotworach złośliwych



Źródło: Lubuski Rejestr Nowotworów Złośliwych w Gorzowie Wlkp.

Skuteczność opieki onkologicznej w województwie lubuskim (dane za lata 2000-2002), która mierzona jest parametrem średnich przeżyć pięcioletnich, znacznie odbiega od standardów europejskich i amerykańskich, ale jest także najgorsza w Polsce.

Obrazują to następujące dane:

- Pięcioletnie przeżycia w USA (2007) dla kobiet to 63% a dla mężczyzn to 66% .
- Pięcioletnie przeżycia w Europie (2007) dla kobiet to 56% a dla mężczyzn to 47% .
- Średnie przeżycia pięcioletnie w nowotworach złośliwych w Polsce (2002) dla kobiet to 51,2% a dla mężczyzn to 32,9% .
- Średnie przeżycia pięcioletnie w nowotworach złośliwych w województwie lubuskim dla kobiet to 47,3% a dla mężczyzn to 26,2%. **Są to najslabsze wyniki w kraju.**

2.2.5 Zgony z powodu nowotworów w 2009 roku

W latach 2000-2009 zarówno w województwie lubuskim, jak i w Polsce liczba zgonów spowodowanych nowotworami wzrosła. W 2009 r. w województwie lubuskim współczynnik surowy (*liczba zgonów na 100 tys. populacji*) wyniósł – 233,4 i był wyższy o 27,9 od współczynnika z 2000 r., lecz niższy od krajowego (245,9).

Tabela 15: Liczba i współczynnik surowy zgonów z powodów nowotworów w Polsce i w woj. lubuskim

	2000		2009	
	Liczba	Współczynnik	Liczba	Współczynnik
Polska				
Mężczyźni	48021	255,7	52402	284,4
Kobiety	36538	183,9	40895	207,3
Razem	84559	219,8	93297	245,9
Lubuskie				
Mężczyźni	1200	240,0	1355	276,6
Kobiety	897	171,0	991	190,1
Razem	2097	205,5	2346	233,4

Źródło: Krajowa Baza Danych Nowotworowych, Centrum Onkologii w Warszawie

Tabela 16: Liczba zgonów na nowotwory w podziale na powiaty w latach 2007-2009

ROK POWIAT	2007		2008		2009	
	Mężczyźni	Kobiety	Mężczyźni	Kobiety	Mężczyźni	Kobiety
	Liczba	Liczba	Liczba	Liczba	Liczba	Liczba
gorzowski	93	66	76	70	79	65
krośnieński	57	44	86	50	79	58
międzyrzecki	80	47	87	56	66	57
nowosolski	113	90	126	105	140	106
słubicki	67	46	65	46	56	47
strzelecko-drezdenecki	93	62	87	44	65	59
sulęciński	43	30	43	33	54	32
świebodziński	66	45	67	60	85	59
zielonogórski	100	89	123	67	101	65
żagański	129	98	96	96	111	71
żarski	104	102	131	123	141	77
wschowski	66	32	34	41	59	33
m. Gorzów Wlkp.	157	144	155	141	168	130
m. Zielona Góra	142	125	160	142	151	132
RAZEM	1310	1020	1336	1074	1355	991

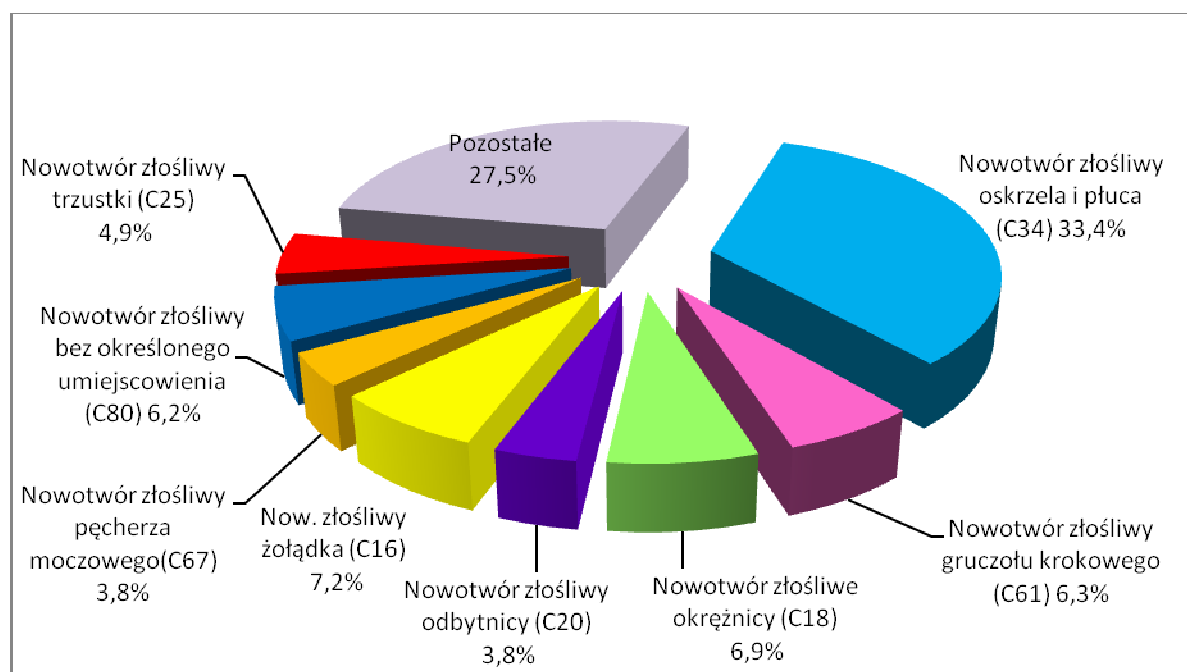
Źródło: Krajowa Baza Danych Nowotworowych, Centrum Onkologii w Warszawie

W 2009 roku w województwie lubuskim z powodu nowotworów złośliwych zmarło 2346 osób, w tym 1355 mężczyzn i 991 kobiet.

Współczynnik surowy zgonów mężczyzn w województwie lubuskim z powodu nowotworów złośliwych jest nieco niższy (276,6) od krajowego (284,4), podobnie jest ze zgonami kobiet - współczynnik surowy zgonów kobiet jest niższy od krajowego o 17,2.

Najwięcej zgonów z powodu nowotworów złośliwych było w Gorzowie Wlkp. i Zielonej Górze, w następnej kolejności w powiecie nowosolskim i żarskim. Najmniej odnotowano w powiecie sulęcińskim i wschowskim (poniżej 100 osób).

Wykres 21: Przyczyny zgonów na nowotwory złośliwe u mężczyzn w województwie lubuskim w 2009 r.



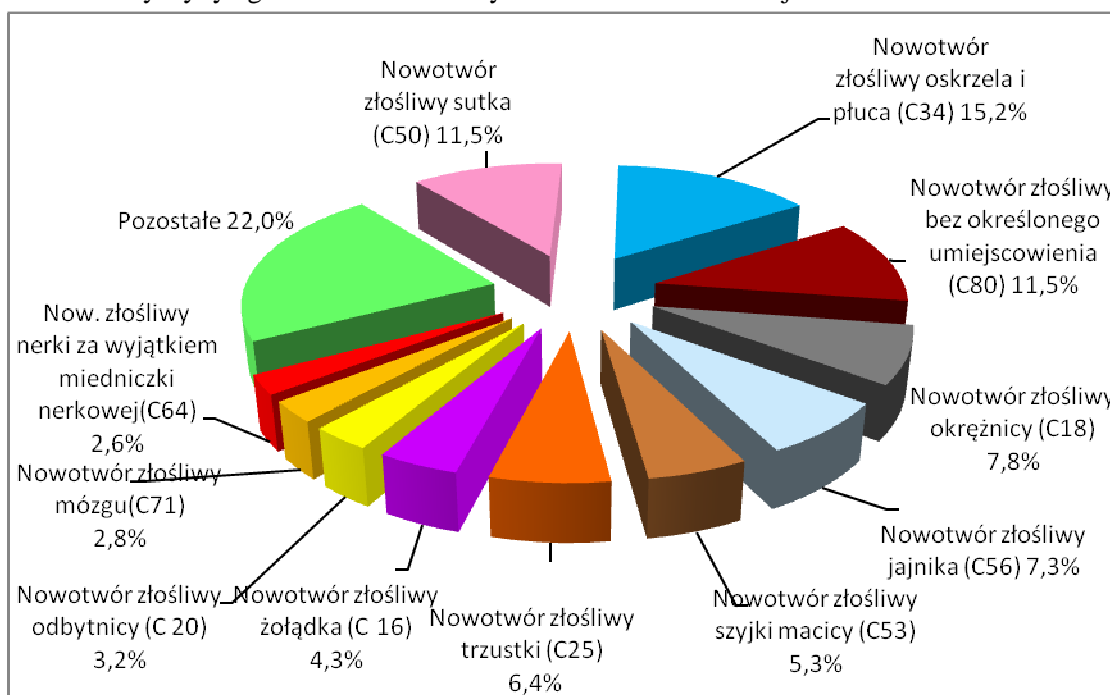
Źródło: opracowanie własne na podstawie Krajowego Rejestru Nowotworów

Do najczęstszych przyczyn zgonów na nowotwory złośliwe wśród mężczyzn należą nowotwory oskrzeli i płuc (C34) aż 33,4 %.

Kolejne to złośliwe nowotwory:

- żołądka (C16) – 7,2%.
- okrężnicy (C18) – 6,9%,
- gruczołu krokowego (C61) - 6,3%,
- o nieokreślonym umiejscowieniu pierwotnym (C80) – 6,2%
- odbytnicy (C20) – 3,8%,
- pęcherza moczowego (C67) – 3,8%

Wykres 22: Przyczyny zgonów na nowotwory złośliwe u kobiet w województwie lubuskim w 2009 r.



Źródło: opracowanie własne na podstawie Krajowego Rejestru Nowotworów

Do najczęstszych przyczyn zgonów na nowotwory złośliwe wśród kobiet (podobnie jak u mężczyzn) należą nowotwory oskrzeli i płuca (C34) aż 15,2 %. Kolejne to złośliwe nowotwory:

- sutka (C50) – 11,5%,
- o nieokreślonym umiejscowieniu pierwotnym (C80) – 11,5%
- okrężnicy (C18) – 7,8% ,
- jajnika (C56) – 7,3%
- trzustki (C25) – 6,4%
- szyjki macicy – 5,3%,
- żołądka (C16) – 4,3%.

Tabela 17: Współczynniki standaryzowane (na 100 tys. ludności) dla zgonów z powodu nowotworów w województwie lubuskim i kraju w 2009 roku

Odniesienie dla:	Współczynnik zgonów dla mężczyzn	Współczynnik zgonów dla kobiet
Województwa lubuskiego	197,3	97,9
Polski	185,6	101,8
Miejsce w kraju	3	10

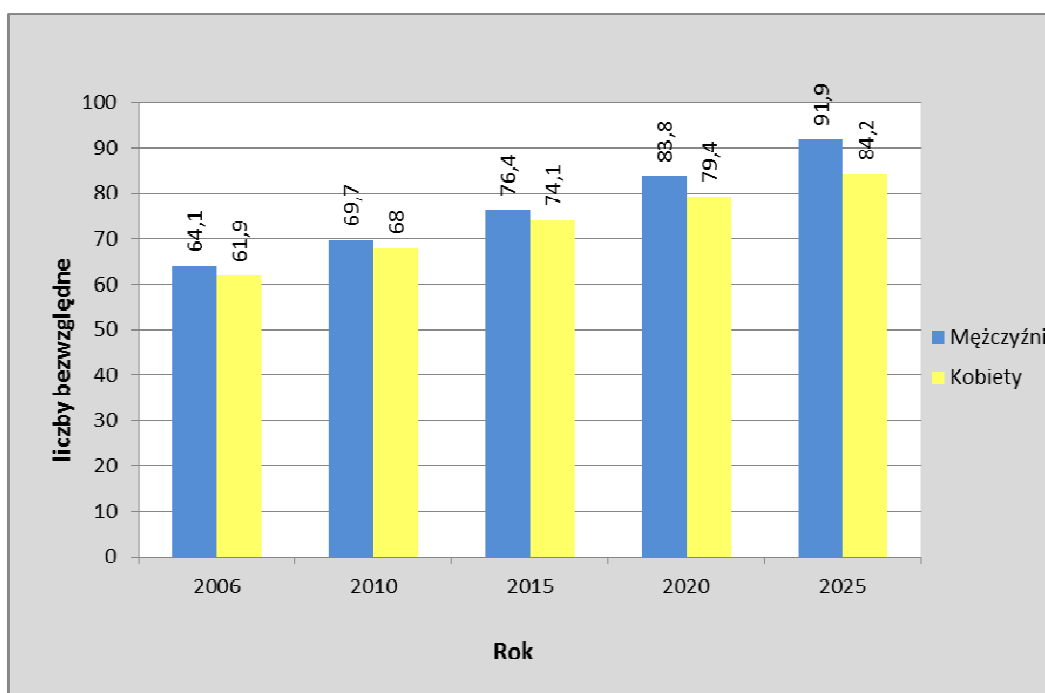
Źródło: opracowanie własne na podstawie Krajowego Rejestru Nowotworów

2.2.6 Prognoza zachorowalności na nowotwory do 2025 roku

Prognozowanie i oszacowanie częstości występowania w przyszłości nowotworów w populacji kraju ma znaczenie ze względu na właściwe rozdysponowanie zasobów na działania profilaktyczne, diagnostyczne, lecznicze, rehabilitacyjne i społeczne oraz na opiekę hospicyjną, a także ze względów naukowych, by dokonać właściwej oceny zmian w narażeniu na czynniki ryzyka i ocenę skuteczności interwencji. Krajowy Rejestr Nowotworów (KRN) opracował w oparciu o analizę krzywych zachorowalności i umieralności za lata minione prognozy na rok 2025 w zakresie przewidywanej liczby zachorowań i zgonów spowodowanych nowotworami złośliwymi w Polsce.

W 2025 roku w porównaniu z 2006 rokiem prognozuje się wzrost zachorowalności na nowotwory w Polsce o około 40 %.

Wykres 23: Prognoza zachorowalności na nowotwory do 2025 r.



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z Krajowego Rejestru Nowotworów

Jak wynika z wykresu, szacuje się w oparciu o analizę trendów, że liczba zachorowań w roku 2025 w Polsce może osiągnąć ponad 90 000 dla mężczyzn i ponad 80 000 dla kobiet.

Odrębne analizy dla poszczególnych województw (w tym dla lubuskiego) nie były przeprowadzane. Zakładając, że:

- rozmiar populacji mieszkańców województwa lubuskiego (ponad 1 mln mieszkańców) stanowi próbę reprezentatywną pozwalającą na wnioskowanie,
- populacja lubuskiego jest zróżnicowana i reprezentatywna dla kraju (zarówno aglomeracje miejskie jak i obszary wiejskie),

wyduje się zasadne podjęcie próby wnioskowania i ekstrapolacji prognoz na 2025 w skali kraju dla skali województwa lubuskiego.

Przyjmując zatem prognozowany 40% wzrost liczby zachorowań pomiędzy rokiem 2006 (2932 zachorowania) a 2025 w województwie lubuskim można oczekiwać około 4100 zachorowań na nowotwory złośliwe czyli o około 1170 zachorowań więcej w odniesieniu do roku 2006. Raz jeszcze należy podkreślić, że taka analiza jest tylko analizą szacunkową, obciążoną prawdopodobieństwem błędu i opartą tylko na prostej ekstrapolacji liczby zachorowań prognozowanej w kraju dla skali województw lubuskiego.

W poszczególnych typach najczęstszych nowotworów złośliwych można oczekiwać różnych trendów (wzrostu lub spadku zachorowań):

- Rak żołądka – zmniejszenie liczby zachorowań
- Rak jelita grubego – szybki wzrost liczby zachorowań u mężczyzn i powolny wzrost liczby zachorowań w grupie kobiet
- Rak krtani – spadek zachorowalności wśród mężczyzn i kobiet
- Rak płuca – niewielki spadek umieralności w grupie mężczyzn przy zachowanym wzroście zachorowań w populacji mężczyzn starszych; wzrost zachorowalności liczby zgonów wśród kobiet
- Czerniak skóry – wzrost zachorowalności
- Rak piersi – wzrost zachorowań
- Rak szyjki macicy – spadek liczby zachorowań
- Rak trzonu macicy – wzrost liczby zachorowań
- Rak jajnika – nieznaczne zmniejszenie zachorowalności przy wzroście zachorowalności kobiet starszych
- Rak prostaty – znaczny wzrost liczby zachorowań (nawet 2,5-raza więcej zachorowań w 2020 roku w porównaniu do roku 2006)
- Rak jądra – wzrost liczby zachorowań przy jednoczesnym spadku umieralności

- Rak nerki – spadek liczby zachorowań w grupie mężczyzn przy niewielkim wzroście w grupie kobiet
- Rak pęcherza moczowego – wzrost liczby zachorowań.

W grupie mężczyzn należy oczekiwać zmian głównie w zakresie wzrostu zachorowań na raka jelita grubego i raka prostaty. Najczęstszymi przyczynami zgonów spowodowanych nowotworami złośliwymi będą wśród mężczyzn nowotwory płuca, jelita grubego i prostaty. Powinno to w konsekwencji skłaniać do intensyfikowania wczesnej diagnostyki raka jelita grubego i prostaty (nowotwory te w niskim stopniu zachorowania są wyleczalne).

W grupie kobiet należy oczekiwać głównych zmian pod postacią wzrostu zachorowań na raka piersi, raka płuca, raka jelita grubego i trzonu macicy.

Poniższa tabela przedstawia szacunkowe liczby zachorowań na nowotwory w 2025 roku. Dane dla województwa lubuskiego obliczono na podstawie prognozy dla Polski przyjmując procentową skalę wzrostu dla całego kraju.

Tabela 18: Prognoza zachorowalności na nowotwory do 2025 roku w Polsce i województwie lubuskim.

Nazwa rozpoznania /ICD 10	Polska		Lubuskie		Trend %
	Zachorowania 2006	Prognozowane zachorowania 2025	Zachorowania 2006	Prognozowane zachorowania 2025	
Nowotwór złośliwy żołądka C16	5 317	Brak danych*	156	Brak danych*	
Nowotwór złośliwy okrężnicy, zagięcia esiczo- odbytniczego i odbytnicy (C18, C19, C 20)	7 848	24 558	224	701	+212,9
Nowotwór złośliwy krtani C32	2 368	1 857	55	43	-22,6
Nowotwór złośliwy oskrzeli i płuc C34	20 232	Brak danych*	535	Brak danych*	
Czerniak złośliwy skóry C43	2 101	4 021	37	71	+91 ,4
Nowotwór złośliwy sutka C50**	13 419	21 108	355	558	+57,3
Nowotwór złośliwy trzonu macicy	4 376	8 866	103	208,7	+202,6

Źródło: Opracowanie własne w zakresie prognoz na podstawie danych z Krajowego Rejestru Nowotworów

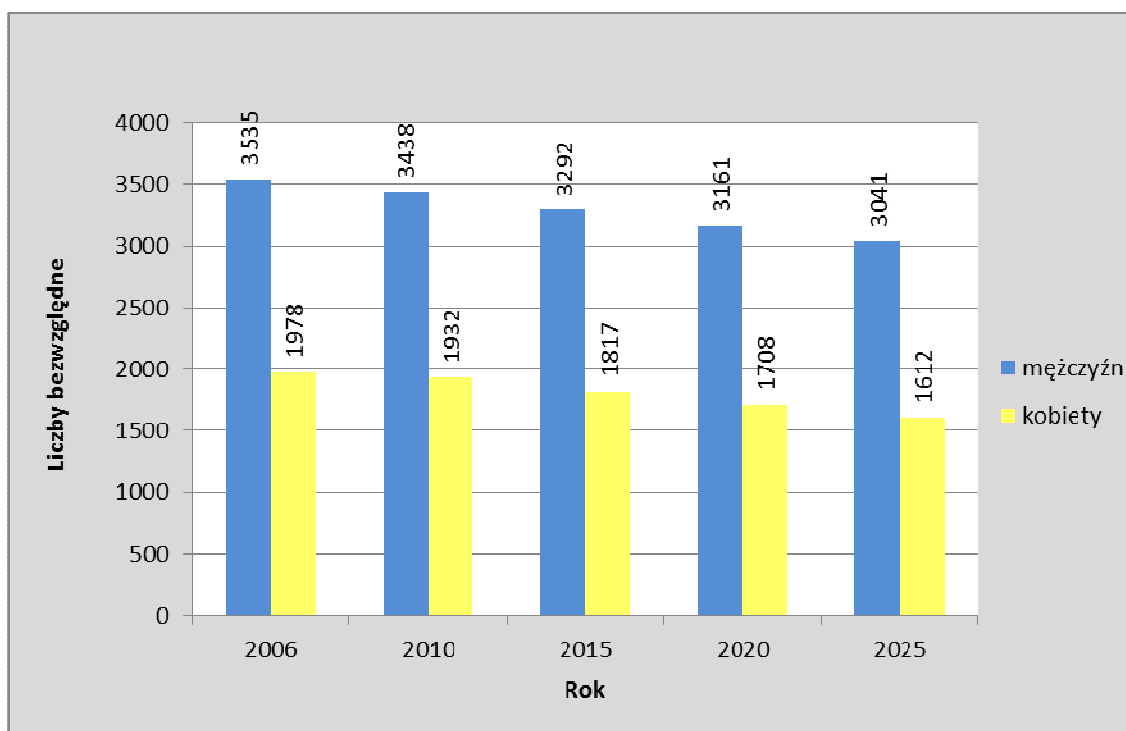
* w publikacji Prognozy zachorowań i zgonów na wybrane nowotwory złośliwe w Polsce do 2025 roku zawarte zostały jedynie prognozy dot. umieralności.

** dotyczy kobiet

Nowotwory złośliwe żołądka

Zgodnie z danymi z Centrum Onkologii Instytutu M. Skłodowskiej – Curie od kilku lat utrzymuje się niedorejestrowanie liczby nowych zachorowań na nowotwory żołądka. Z uwagi na ten fakt, a także z powodu złych rokowań dla chorych na nowotwory żołądka, w publikacji „Prognozy zachorowań i zgonów na wybrane nowotwory złośliwe w Polsce do 2025 roku” przedstawione zostały jedynie prognozy umieralności. W 2025 roku liczba zgonów została oszacowana na 3041 u mężczyzn i 1612 u kobiet, analogicznie w roku 2006 liczby te wynosiły 3535 i 1978.

Wykres 24: Liczba zgonów na nowotwory złośliwe żołądka w Polsce w latach 2006 i 2010 oraz prognoza do 2025 roku



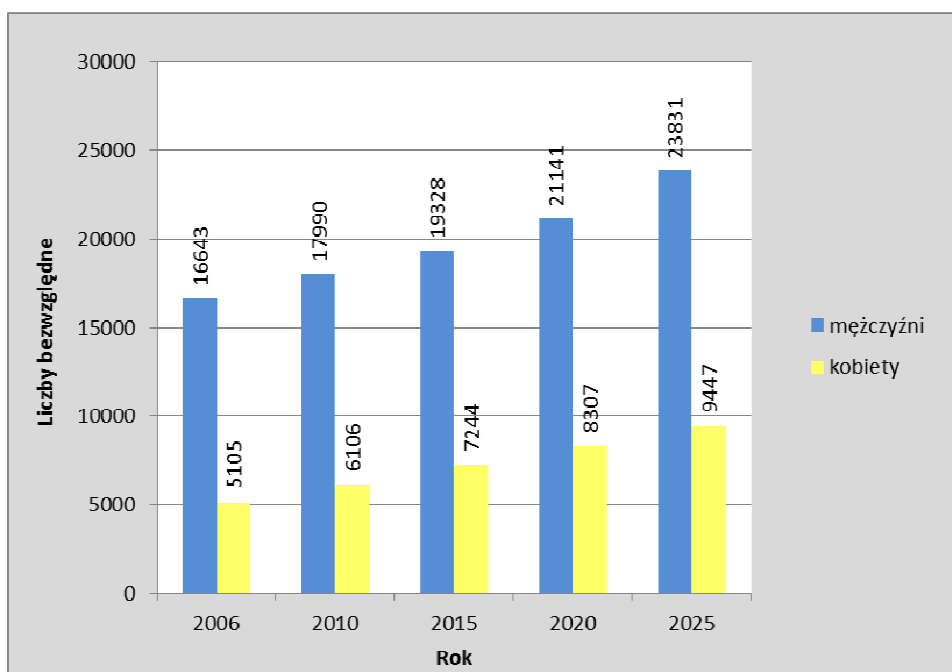
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z Krajowego Rejestru Nowotworów

Nowotwory złośliwe płuca

Odnosnie zachorowań na raka płuca, podobnie jak w przypadku nowotworów żołądka, odnotowuje się niedorejestrowanie zachorowań. **W Polsce wskaźnik 5-letnich przeżyć wynosi 10% dla mężczyzn i 15% dla kobiet.** Dlatego też zrezygnowano z określenia trendów i prognoz dla zachorowań. Przyjęto, że zagrożenie tym nowotworem, dobrze odzwierciedlają zgony i współczynniki umieralności. Nowotwory płuca są schorzeniem rzadko występującym u osób przed ukończeniem 35 rokiem życia. Prognoza umieralności

wśród osób powyżej 35 roku życia do 2025 roku przewiduje spadek współczynników umieralności u mężczyzn przy jednoczesnym wzroście liczby zgonów z tego powodu. Wśród mężczyzn w średnim wieku (35-69 lat) prognozy przywidują znaczny spadek umieralności jednak wzrost liczby zgonów będzie utrzymywał się do 2015 roku. W najstarszej grupie wieku powyżej (70 lat) prognozuje się wzrost umieralności i liczby zgonów. W populacji kobiet nastąpi wzrost współczynników i liczby zgonów. **Z powodu raka płuca w Polsce w 2006 roku zmarło 5 105 kobiet oraz 16 643 mężczyzn. Szacunek na rok 2025 wskazuje, że liczba zgonów może wzrosnąć nawet o ok. 80% (do ok. 9450 zgonów kobiet oraz 23 831 mężczyzn).** Wśród kobiet w średnim i starszym wieku (ponad 70 lat) utrzyma się wzrost umieralności, któremu towarzyszyć będzie około 60-70% wzrost liczby zgonów w 2025 roku w porównaniu do roku 2006.

Wykres 25: Liczba zgonów na nowotwory złośliwe płuca w Polsce w latach 2006 i 2010 oraz prognoza do 2025 roku



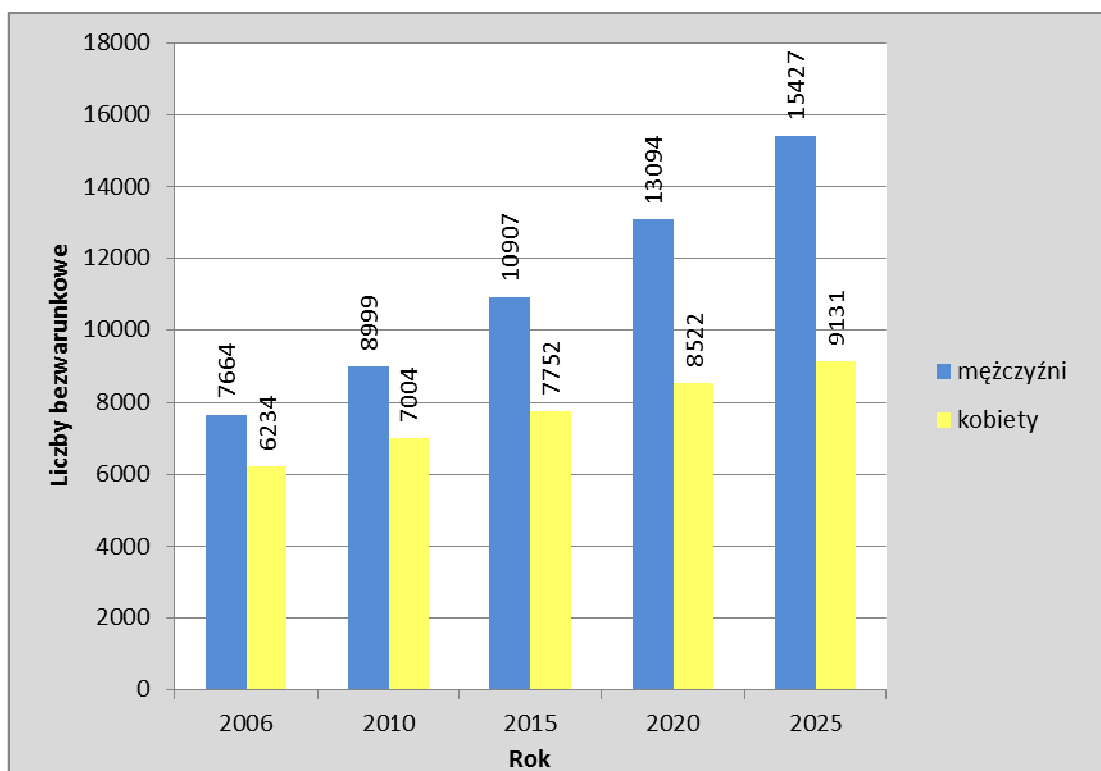
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z Krajowego Rejestru Nowotworów

Nowotwory złośliwe jelita grubego

Przewiduje się, że zachorowania i zgony z powodu nowotworów jelita grubego będą utrzymywały tendencję wzrostową. U mężczyzn szybki wzrost zachorowalności i umieralności dotyczy głównie osób w wieku średnim (45-64) i w starszym (powyżej 65 roku

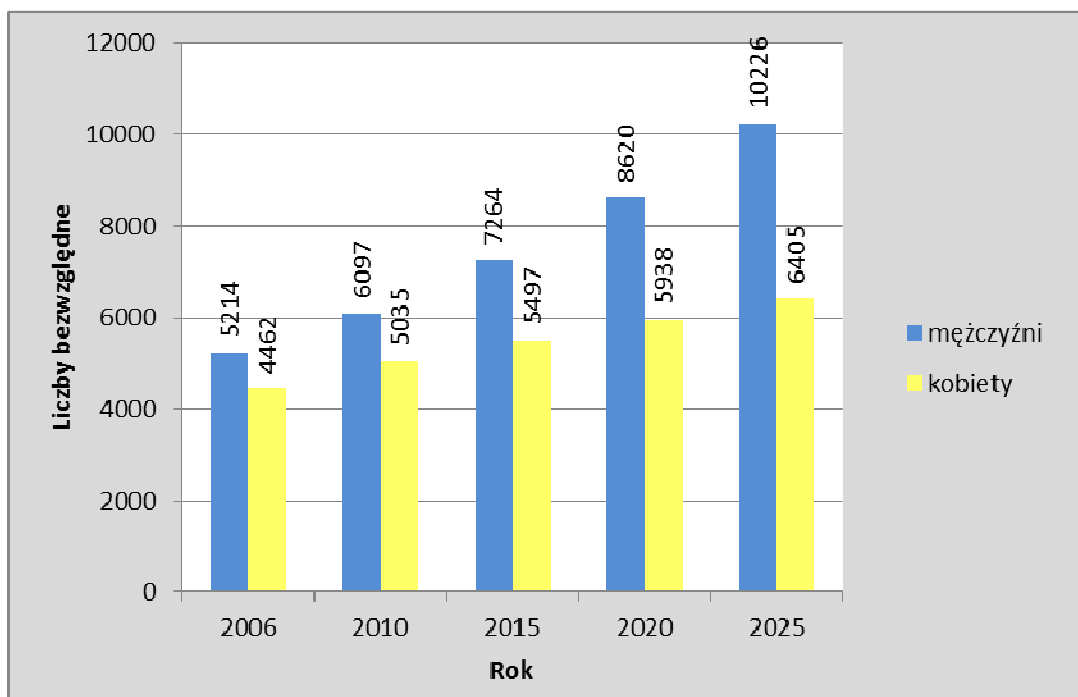
życia) oraz ogółem. Wśród młodych dorosłych (25-44) zachorowalność będzie utrzymywała się na stałym poziomie przy malejącym trendzie umieralności. Jeżeli chodzi o populację kobiet to będzie ją charakteryzował niewielki wzrost zachorowalności i dalsze ograniczenie umieralności. Prognozy zachorowalności wskazują na utrzymanie się w przyszłości prawie dwukrotnie wyższej wartości współczynników u mężczyzn niż u kobiet. **Liczba zachorowań na nowotwory jelita grubego w 2025 roku została oszacowana na około 15 500 u mężczyzn i 9 100 u kobiet. W 2006 roku analogicznie liczby te wynosiły 7 664 i 6 234.** Prognozy przewidują, że liczby zachorowań u obu płci w najmłodszej grupie wiekowej nie zmieni się zasadniczo do 2020 roku. **Największego przyrostu należy spodziewać się wśród najstarszych mężczyzn, do około 11 000 (w 2006 ponad 4700) jak również wśród najstarszych kobiet.** W ciągu najbliższych dwóch dekad liczba zgonów z powodu nowotworu jelita grubego prawdopodobnie zwiększy się w populacji mężczyzn prawie dwukrotnie i wzrośnie w populacji kobiet o około 1/3. Szacuje się, że ponad 80% u wszystkich zgonów z powodu nowotworu jelita grubego będzie przypadało na najstarszą grupę wiekową.

Wykres 26: Liczba zachorowań na nowotwory złośliwe jelita grubego w Polsce w latach 2006 i 2010 oraz prognoza do 2025 roku



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z Krajowego Rejestru Nowotworów

Wykres 27: Liczba zgonów na nowotwory złośliwe jelita grubego w Polsce w latach 2006 i 2010 oraz prognoza do 2025 roku

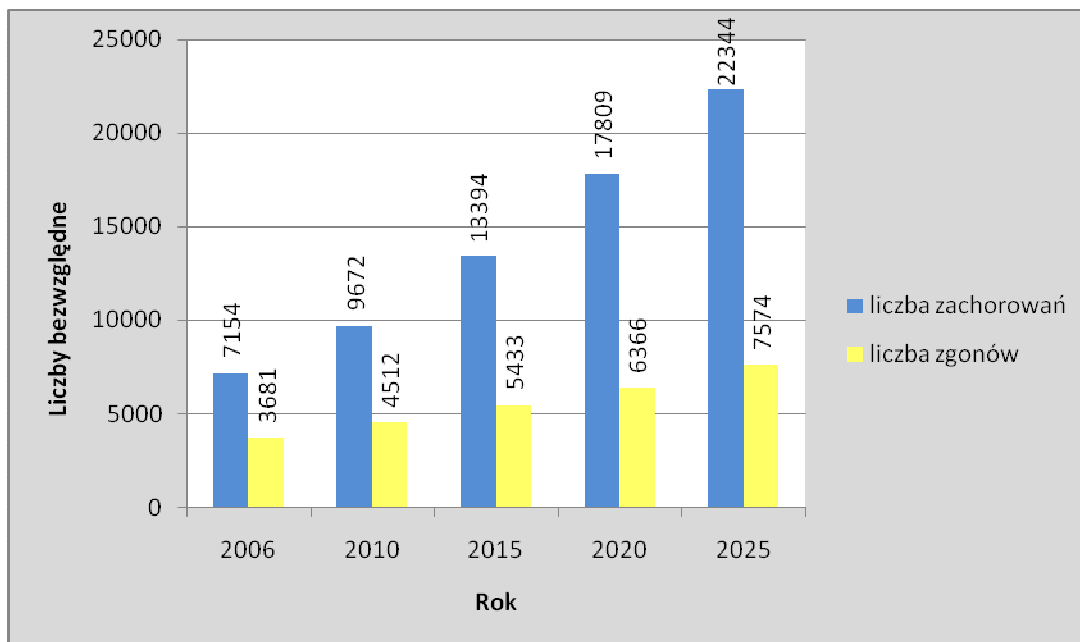


Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z Krajowego Rejestru Nowotworów

Nowotwory złośliwe gruczołu krokowego

Większość zachorowań i zgonów z powodu raka gruczołu krokowego w polskiej populacji występuje u mężczyzn starszych (w 2006 roku 75% zgonów i 89% zachorowań występowało u mężczyzn powyżej 65 roku życia). Zachorowalność na ten nowotwór od lat 90. ubiegłego wieku bardzo szybko wzrasta (ponad 5% rocznie w całej populacji, prawie 9% wśród mężczyzn w średnim wieku (45-64 lata). Kontynuacja tych trendów wraz ze starzeniem się polskiej populacji może przynieść **nawet 2,5-krotny wzrost liczby zachorowań w 2020 roku w stosunku do roku 2006**. Jeżeli chodzi o umieralność z powodu nowotworów gruczołu krokowego to w Polsce nastąpił znaczny wzrost również w połowie lat 90. Pomimo tego, że od kilku lat odnotowuje się zahamowanie wzrostu i stabilizację współczynników umieralności, nie wiadomo czy będzie to tendencja trwała. Średnie tempo wzrostu wynosiło 1,5% rocznie. Ze względu na starzenie się polskiej populacji i związany z wiekiem wzrost ryzyka zachorowania, w ciągu dwóch najbliższych dekad należy spodziewać się dwukrotnego wzrostu zgonów z powodu nowotworu gruczołu krokowego.

Wykres 28: Liczba zachorowań i zgonów na nowotwory złośliwe gruczołu krokowego w Polsce w latach 2006 i 2010 oraz prognoza do 2025 roku

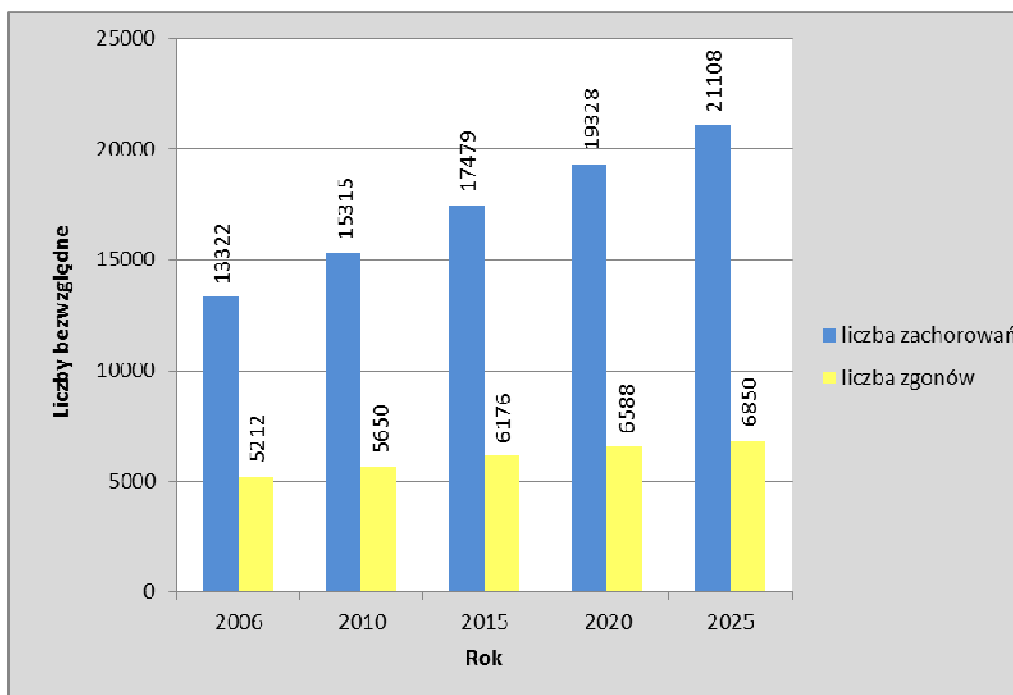


Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z Krajowego Rejestru Nowotworów

Nowotwory złośliwe trzonu macicy

Dotychczasowe trendy wskazują na wzrost zachorowalności dla całej populacji głównie u kobiet w średnim i starszym wieku. Jeżeli obserwowane trendy będą utrzymane w przyszłości, to można spodziewać się około dwukrotnego wzrostu zachorowań w ciągu najbliższych dwóch dekad, przy czym ponad 60% zachorowań przypadnie na najstarszą grupę wieku (powyżej 65 roku życia). Trendy umieralności wykazują przeciwną tendencję niż zachorowalność. Najszybszy spadek umieralności odnosi się do grupy kobiet młodych (35-44 lata), jednak rak trzonu macicy jest bardzo rzadką chorobą w tej grupie. Jeżeli trendy te utrzymają się w przyszłości, to można spodziewać się niewielkiego wzrostu liczby zgonów, przy czym zmieni się częstość występowania zgonów w poszczególnych grupach wiekowych – nastąpi zwiększenie liczby i udziału zgonów w najstarszej grupie wiekowej, gdzie w 2025 roku można spodziewać się ponad 80% zgonów z powodu nowotworów trzonu macicy.

Wykres 29: Liczba zachorowań i zgonów na nowotwory złośliwe trzonu macicy w Polsce w latach 2006 i 2010 oraz prognoza do 2025 roku

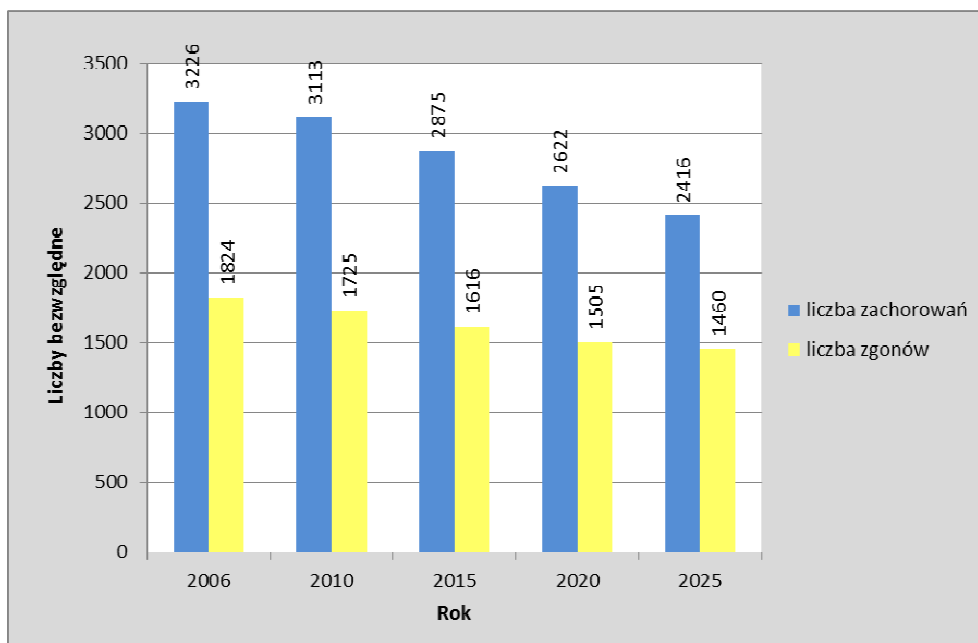


Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z Krajowego Rejestru Nowotworów

Nowotwory złośliwe szyjki macicy

Częstość występowania nowotworów raka szyjki macicy w Polsce zmniejsza się we wszystkich grupach wiekowych. Oczekiwany spadek zachorowalności będzie największy wśród najstarszych kobiet (po 65 roku życia). Najmniejszego spadku należy oczekiwać w grupie kobiet między 45 a 64 rokiem życia. Malejące trendy umieralności z powodu raka szyjki macicy są konsekwencją malejącej zachorowalności, zarówno w całej populacji jak i w grupach wiekowych.

Wykres 30: Liczba zachorowań i zgonów na nowotwory złośliwe raka szyjki macicy w Polsce w latach 2006 i 2010 oraz prognoza do 2025 roku

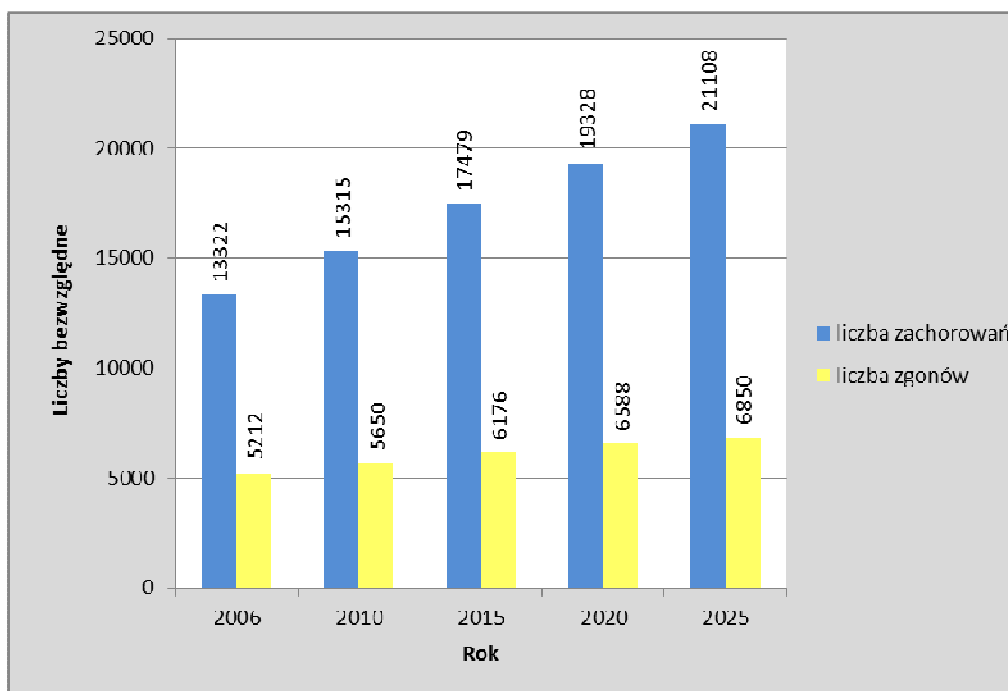


Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z Krajowego Rejestru Nowotworów

Nowotwory złośliwe piersi

Opublikowane przez Krajowy Rejestr Nowotworów prognozy epidemiologiczne na lata 2010 – 2025 wskazują na wzrost zachorowalności na nowotwory piersi we wszystkich grupach wiekowych. Wzrost zachorowalności u kobiet przed menopauzą będzie najmniejszy. Największego przyrostu zachorowalności należy spodziewać się w przedziale wiekowym 50-69 rok życia. W grupie chorych po 70. roku wzrost zachorowalności będzie wolniejszy niż w grupie wieku średniego. **Prognozowana na rok 2025 liczba zachorowań na nowotwory piersi jest o ponad 50% większa niż obserwowana w roku 2006.** W liczbach bezwzględnych oznacza to w skali kraju prognozowaną liczbę zachorowań 21 108 w roku 2025 (w roku 2006 stwierdzono 13 322 zachorowania).

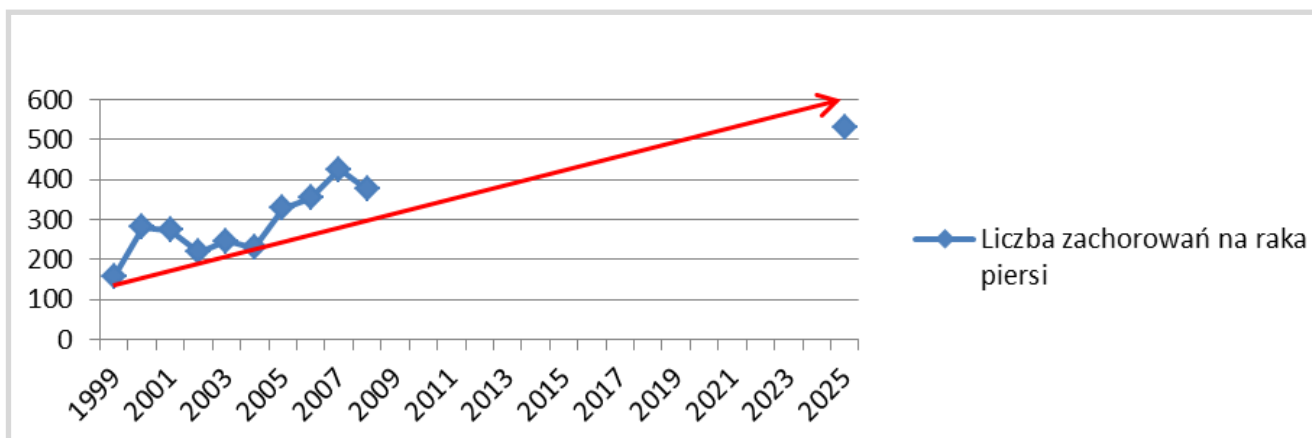
Wykres 31: Liczba zachorowań i zgonów na nowotwory złośliwe raka piersi wśród kobiet w Polsce w latach 2006 i 2010 oraz prognoza do 2025 roku



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z Krajowego Rejestru Nowotworów

Dla przykładu, na poniższym wykresie przedstawiono tendencję wzrostową w prognozowanej liczbie zachorowań na raka piersi w województwie lubuskim do 2025 r.

Wykres 32: Prognozowana liczba zachorowań na raka piersi w województwie lubuskim do 2025 r.



Źródło: Krajowy Rejestr Nowotworów

2.3 Organizacja świadczeń, baza diagnostyczno-terapeutyczna

2.3.1 Lecznictwo ambulatoryjne

W województwie lubuskim w 2012 roku świadczenia zdrowotne w zakresie diagnostyki i poradnictwa onkologicznego w **ambulatoryjnej opiece specjalistycznej** realizowano w następujących placówkach medycznych:

- w 12 poradniach onkologicznych,
- w 6 poradniach chirurgii onkologicznej,
- w 1 poradni onkologii i hematologii dla dzieci,
- w 4 poradniach hematologicznych dla dorosłych.

W naszym regionie nie funkcjonuje poradnia ginekologii onkologicznej. Świadczenia z zakresu ginekologii onkologicznej realizowane są dla pacjentek z podejrzeniem lub leczeniem nowotworu w poradniach ginekologiczno-położniczych.

Świadczeniom z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej poświęcono odrębny podrozdział.

Mapa 1 ukazuje rozmieszczenie poradni w zakresie lecznictwa onkologicznego na terenie województwa lubuskiego, realizujących świadczenia w ramach ubezpieczenia zdrowotnego – stan na dzień 31.12.2011 roku. Na mapie zaprezentowano rozmieszczenie:

- poradni chirurgii onkologicznej
- hematologicznych
- poradni hematoonkologicznej dla dzieci
- poradni onkologicznych
- poradni patologii sutka.

Mapa 1: Rozmieszczenie poradni onkologicznych

MIEJSCE NA MAPKĘ NR 1

Poniższa tabela przedstawia liczbę leczonych pacjentów oraz ilość udzielonych ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych – porad specjalistycznych w latach 2010 i 2011.

Tabela 19: Liczba pacjentów oraz ilość udzielonych świadczeń zdrowotnych ambulatoryjnych w latach 2010 – 2011 według Świadczeniodawców.

Nazwa zakresu świadczeń	Świadczeniodawca	2010 r.		2011 r.	
		Liczba leczonych pacjentów	Liczba udzielonych świadczeń	Liczba leczonych pacjentów	Liczba udzielonych świadczeń
ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE PORADNI HEMATOLOGII	Niepubliczny Hematologiczny Zespół Opieki Zdrowotnej " Poradnia Hematologiczna " Moskwa i Moskwa-Sroka w Gorzowie Wlkp.	0	0	969	1 758
	Niepubliczny ZOZ Poradnia Hematologiczna, Zaburzeń Krzepnięcia i Skaz Krwotocznych w Gorzowie Wielkopolskim	0	0	480	519
	Niepubliczny Specjalistyczny ZOZ "MEDIKO" w Zielonej Górze	652	2 005	703	1 991
	Prywatne Centrum Chirurgiczne ESKULAP Janusz Stankiewicz w Żarach	0	0	20	31
	Samodzielny Publiczny Szpital Wojewódzki w Gorzowie Wlkp.	1 139	2 321	0	0
	Szpital Wojewódzki SP ZOZ w Zielonej Górze	2 140	7 065	2 277	6 591
ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE ONKOLOGII I HEMATOLOGII DZIECIĘCEJ	Niepubliczny Specjalistyczny Pediatriczny ZOZ w Zielonej Górze	491	1 199	528	1 247
ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE PORADNI ONKOLOGICZNEJ	Lubuski Szpital Specjalistyczny Pulmonologiczno-Kardiologiczny Sp. z o.o. w Torzymiu (do 2010 roku SP ZOZ)	378	1 344	513	1 627
	Medyczne Centrum „ZDROVITA” w Nowym Tomysłu	0	0	42	42
	Niepubliczny Specjalistyczny Zakład Opieki Zdrowotnej "DIAGNOSTYK" Leszek Szyński, Wojciech Kwiecień w Zielonej Górze	4 239	10 902	4 608	11 134
	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Łużyckie Centrum Medyczne s. c. J. Bąk, M. Bąk, J. Kempiak, M. Paś w Żarach	0	0	222	419
	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Nowy Szpital w Kostrzynie nad Odrą	656	1 850	691	1 890

Kierunki rozwoju leczenia w zakresie onkologii i onkohematologii w województwie lubuskim
na lata 2012 -2020

	Niepubliczny ZOZ Szpital im. dr n. med. .Radzimira Śmigielskiego w Skwierzynie	0	0	49	63
	NZOZ ARTMA Ośrodek Wielospecjalistyczny w Gorzowie Wlkp.	0	0	218	321
	Prywatne Centrum Chirurgiczne ESKULAP Janusz Stankiewicz w Żarach	0	0	6	6
	Samodzielny Publiczny Szpital Wojewódzki w Gorzowie Wlkp.	2 642	9 557	3 168	8 591
	Samodzielny Publiczny ZOZ w Międzyrzeczu	537	882	505	948
	Samodzielny Publiczny ZOZ Ministerstwa Spraw Wewnętrznych w Zielonej Górze	288	513	469	924
	Samodzielny Publiczny ZOZ w Sulęcinnie	373	476	859	1 286
	Szpital Wojewódzki SPZOZ w Zielonej Górze	4 657	9 892	4 644	10 057
	Wielospecjalistyczny Szpital Samodzielny Publiczny ZOZ w Nowej Soli	192	405	265	792
ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE PORADNI CHIRURGII ONKOLOGICZNEJ	105 Szpital Wojskowy z Przychodnią SP ZOZ w Żarach	204	284	328	507
	Niepubliczny ZOZ Gorzowskie Centrum Zabiegowo Diagnostyczne w Gorzowie Wlkp.	489	909	548	971
	Samodzielny Publiczny Szpital Wojewódzki w Gorzowie Wlkp.	0	0	1 185	3 220
	Samodzielny Publiczny ZOZ Ministerstwa Spraw Wewnętrznych w Zielonej Górze	0	0	83	147
	Samodzielny Publiczny ZOZ w Sulęcinnie	714	1 230	342	465
	Samodzielny Publiczny ZOZ w Sulechowie	504	1 175	600	1 310
	Samodzielny Publiczny ZOZ w Żaganiu	113	120	0	0
	Szpital Wojewódzki SPZOZ w Zielonej Górze	932	1 792	1 005	1 852

Źródło: Lubuski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Zielonej Górze

2.3.2 Lecznictwo szpitalne

W roku 2011 w województwie lubuskim pacjenci onkologiczni byli leczeni na następujących oddziałach szpitalnych, wpisanych do Rejestru Podmiotów Leczniczych Wojewody Lubuskiego, wykazanych w poniższej tabeli:

Tabela 20: Działalność oddziałów szpitalnych na terenie województwa lubuskiego w 2011 roku według kodu oddziału

<i>Kod</i>	<i>Nazwa oddziału</i>	<i>Łóżka rzeczywiste wg stanu na 31.12.2011 roku</i>	<i>Średnia liczba łóżek rzeczywiście wistych</i>	<i>Ilość leczonych</i>	<i>Ilość osobodni</i>	<i>Średnie wykorzystanie łóżek w %</i>	<i>Średni pobyt pacjenta</i>	<i>Przelotowość</i>	<i>Wskaźnik na 10 tys. ludności</i>
Oddziały szpitali wpisanych do Rejestru Podmiotów Leczniczych Wojewody Lubuskiego									
4240	Onkologiczny	59	59	2 061	17 245	80,1%	8,4	34,9	0,58
4242	Onkologii klinicznej /chemioterapii	72	72	3 845	15 618	59,4%	4,1	53,4	0,71
4246	Ginekologii onkologicznej	24	24	522	6 677	76,2%	12,8	21,8	0,24
4540	Chirurgii onkologicznej	5	5	393	2 051	112,4%	5,2	78,6	0,05
5180	Hospicja stacjonarne	38	38	656	10 780	77,7%	16,4	17,3	0,38
4180	Medycyny paliatywnej	15	15	165	4 397	80,3%	26,6	11,0	0,15

Źródło: Opracowanie Wydział Polityki Społecznej Lubuski Urząd Wojewódzki na podstawie sprawozdania Mz-29, Mz-29A oraz Mz-30 za rok 2011

Z powyższej tabeli wynika, że największe średnie wykorzystanie łóżek powyżej 112% jest na oddziałach chirurgii onkologicznej, łóżka na oddziałach onkologicznych i na oddziałach medycyny paliatywnej wykorzystywane są w 80%.

Świadczenia zdrowotne w ramach zarejestrowanego oddziału ginekologii onkologicznej w 2011 zostały udzielone 522 pacjentkom. Poza tą jednostką świadczenia zdrowotne z zakresu ginekologii onkologicznej realizowane są w ramach oddziałów ginekologiczno-położniczych. W Szpitalu Wojewódzkim SP ZOZ w Zielonej funkcjonuje Pododdział Ginekologiczno-Onkologiczny, który w 2010 roku hospitalizował 456 pacjentek z rozpoznaniem raka narządu rodowego, w 2011 roku – 467 pacjentek. Oddział Ginekologiczno-Położniczy SP Szpitala Wojewódzkiego w Gorzowie Wielkopolskim w 2010 roku leczył 319 pacjentek onkologicznych, natomiast w 2011 roku - 231.

W zakresie patomorfologii i diagnostyki chorób nowotworowych w szpitalach w Gorzowie Wielkopolskim, Zielonej Górze, Sulęcynie i Nowej Soli świadczeń diagnostycznych w tym zakresie udzielają zakłady patomorfologii. Wykonują one badania cytologiczne, badania histopatologiczne wszystkich narządów i tkanek oraz histochemię, immunomorfologię i badania śródoperacyjne. W razie potrzeb diagnostycznych konsultacyjnych podmioty lecznicze korzystają z pracowni przyszpitalnych w Poznaniu i Szczecinie.

Na mapie numer 2 zaprezentowano rozmieszczenie na obszarze województwa lubuskiego oddziałów udzielających świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki onkologicznej. Ujęto oddziały chirurgii onkologicznej, onkologii klinicznej i oddziały hematologiczne. Na mapie dotyczącej leczenia stacjonarnego rozmieszczono również dostępność do świadczeń w zakresie brachyterapii, radioterapii, chemioterapii w ramach hospitalizacji, chemioterapii w trybie jednodniowym oraz chemioterapii w warunkach ambulatoryjnych.

Mapa 2. Rozmieszczenie oddziałów onkologicznych

MIEJSCE NA MAPKĘ NR 2

Tabela 21: Porównanie oddziałów chemioterapeutycznych w Zielonej Górze i Gorzowie Wlkp.

Kryteria	Dzienny Oddział Chemioterapii Szpital Wojewódzki SP ZOZ w Zielonej Górze Pododdział Chemioterapii	Oddział Onkologii Klinicznej z Pododdziałem Diennej Chemioterapii SP Szpital Wojewódzki w Gorzowie Wlkp.
Struktura oddziału	Dzienny Oddział Chemioterapii zielonogórskiego szpitala wchodzi w strukturę Lubuskiego Ośrodka Onkologii, jedynego w województwie lubuskim ośrodka leczącego pacjentów w sposób kompleksowy (wykonuje się zabieg operacyjny, leczenie promieniami i/lub chemioterapią), w strukturze LOO jest Pododdział Chemioterapii	Dzienna Chemioterapia prowadzona jest w ramach Oddziału Onkologii Klinicznej z Pododdziałem Diennej Chemioterapii
Liczba łóżek	- 30 łóżek stacjonarnych - 6 stanowisk do prowadzenia chemioterapii dziennej	- 22 łóżka stacjonarne - 8 stanowisk do prowadzenia chemioterapii dziennej
Personel medyczny	- 5 specjalistów z zakresu onkologii klinicznej - 5 lekarzy w trakcie specjalizacji	- 4 specjalistów z zakresu onkologii klinicznej - 5 lekarzy w trakcie specjalizacji
Zakres działania	- pacjentom w dobrym stanie ogólnym oferowane jest leczenie w systemie ambulatoryjnym bez konieczności hospitalizacji - na leczenie pacjent dojeżdża z domu, co znacznie poprawia psychiczną tolerancję leczenia. W systemie leczenia działa Zakład Radioterapii	- systemowe leczenie chorób nowotworowych, które polega głównie na leczeniu cytostatykami, przeciwciała monoklonalne oraz leczeniu hormonalnym - diagnostyka onkologiczna związana z oceną skuteczności leczenia onkologicznego - realizacja wysokospecjalistycznych programów lekowych oraz procedur chemioterapii niestandardowej - leczenie powikłań po chemioterapii - współpraca z Zakładem Radioterapii w Szczecinie i Zielonej Górze, zapewniająca pacjentom kompleksowe leczenie onkologiczne
Zakres diagnostyki	- panel badań diagnostycznych przed chemioterapią oraz niezbędne badania oceniające skuteczność leczenia (USG, KT, MR, markery nowotworowe)	- panel badań diagnostycznych przed chemioterapią oraz niezbędne badania oceniające skuteczność leczenia (USG, KT, MR, markery nowotworowe)

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z jednostek

Świadczenia w zakresie chemioterapii poza szpitalami w Zielonej Górze, Gorzowie Wielkopolskim udzielane są w Torzymiu, gdzie funkcjonuje oddział pulmonologii z pododdziałem chemioterapii, dysponujący 20 łózkami.

Zamieszczona na następnej tabeli przedstawia liczbę leczonych pacjentów oraz ilość udzielonych świadczeń zdrowotnych w ramach lecznictwa szpitalnego w latach 2010 i 2011 według poszczególnych świadczeniodawców.

Tabela 22: Liczba leczonych pacjentów oraz ilość udzielonych świadczeń zdrowotnych w ramach oddziału hematologicznego, w ramach teleradioterapii i brachyterapii w 2010 i 2011 według Świadczeniodawców

Nazwa zakresu świadczeń	Świadczeniodawca	2010 rok		2011 rok	
		Liczba leczonych pacjentów	Liczba udzielonych świadczeń	Liczba leczonych pacjentów	Liczba udzielonych świadczeń
HEMATOLOGIA - HOSPITALIZACJA	Samodzielny Publiczny Szpital Wojewódzki w Gorzowie Wlkp.	398	570	338	574
	Szpital Wojewódzki SPZOZ w Zielonej Górze	359	611	354	744
TELERADIOTERAPIA	Szpital Wojewódzki SPZOZ w Zielonej Górze	902	1 060	973	1 155
BRACHYTERAPIA	Szpital Wojewódzki SPZOZ w Zielonej Górze	108	110	101	101

Źródło: Lubuski Oddział Wojewódzki NFZ w Zielonej Górze

Tabela 23: Liczba leczonych pacjentów oraz liczba pobytów w ramach chemioterapii pacjentów unikatowych w 2010 i 2011 według Świadczeniodawców

Zakres chemioterapii	Świadczeniodawca	2010 r.		2011 r.	
		Liczba leczonych pacjentów	Liczba pobytów	Liczba leczonych pacjentów	Liczba pobytów
CHEMIOTERAPIA W WARUNKACH AMBULATORYJNYCH Z ZAKRESEM SKOJARZONYM					
Chemioterapia w warunkach ambulatoryjnych z zakresem skojarzonym	Szpital Wojewódzki SP ZOZ w Zielonej Górze	68	308	59	223
	Samodzielny Publiczny Szpital Wojewódzki w Gorzowie Wlkp.	57	211	16	51
CHEMIOTERAPIA W TRYBIE JEDNODNIOWYM Z ZAKRESEM SKOJARZONYM					
Chemioterapia w trybie jednodniowym z zakresem skojarzonym	Lubuski Szpital Specjalistyczny Pulmonologiczno - Kardiologiczny w Torzymiu	81	197	93	234
	Szpital Wojewódzki SP ZOZ w Zielonej Górze	463	3 592	386	2 842
	SP Szpital Wojewódzki w Gorzowie Wlkp.	320	2 053	332	1 884
CHEMIOTERAPIA - HOSPITALIZACJA Z ZAKRESEM SKOJARZONYM					
Chemioterapia - hospitalizacja z zakresem skojarzonym	Lubuski Szpital Specjalistyczny Pulmonologiczno - Kardiologiczny w Torzymiu	226	721	246	787
	Szpital Wojewódzki SP ZOZ w Zielonej Górze	584	2 244	607	2 483
	SP Szpital Wojewódzki w Gorzowie Wlkp.	585	2 204	568	2 246

Zakres chemioterapii	Świadczeniodawca	2010 r.		2011 r.	
		Liczba leczonych pacjentów	Liczba pobytów	Liczba leczonych pacjentów	Liczba pobytów
SUBSTANCJE CZYNNNE W CHEMIOTERAPII W TRYBIE JEDNODNIOWYM Z ZAKRESEM SKOJARZONYM					
Substancje czynne w pt leczenia raka piersi	Szpital Wojewódzki SP ZOZ w Zielonej Górze	84	655	87	752
Substancje czynne w pt leczenia glejaków mózgu	Szpital Wojewódzki SP ZOZ w Zielonej Górze	15	35	14	36
Substancje czynne w pt leczenia przewlekłej białaczki szpikowej	Szpital Wojewódzki SP ZOZ w Zielonej Górze	38	410	43	435
Substancje czynne w pt leczenia nowotworów podścieliska przewodu pokarmowego (GIST)	Szpital Wojewódzki SP ZOZ w Zielonej Górze	12	100	9	73
Substancje czynne w pt leczenia chłoniaków złośliwych	Szpital Wojewódzki SP ZOZ w Zielonej Górze	30	107	27	119
Substancje czynne w pt leczenia opornych postaci szpiczaka mnogiego	Szpital Wojewódzki SP ZOZ w Zielonej Górze	5	27	10	73
Substancje czynne w pt leczenia leczenia raka nerki	Szpital Wojewódzki SP ZOZ w Zielonej Górze	17	64	16	71
Substancje czynne w pt leczenia w ramach świadczenia chemioterapii niestandardowej	Szpital Wojewódzki SP ZOZ w Zielonej Górze	42	201	41	183
Substancje czynne w pt leczenia raka wątrobowokomórkowego	Szpital Wojewódzki SP ZOZ w Zielonej Górze			5	10
Substancje czynne w chemioterapii w warunkach ambulatoryjnych z zakresem skojarzonym	Szpital Wojewódzki SP ZOZ w Zielonej Górze	95	386	75	254
Substancje czynne w chemioterapii w trybie jednodniowym z zakresem skojarzonym	Lubuski Szpital Specjalistyczny Pulmonologiczno - Kardiologiczny w Torzymiu	79	181	86	213
	Szpital Wojewódzki SP ZOZ w Zielonej Górze	723	5 410	502	3 381
SUBSTANCJE CZYNNNE W CHEMIOTERAPII - HOSPITALIZACJA Z ZAKRESEM SKOJARZONYM					
Substancje czynne w chemioterapii – hospitalizacji z zakresem skojarzonym	Lubuski Szpital Specjalistyczny Pulmonologiczno - Kardiologiczny w Torzymiu	213	642	235	716
	Szpital Wojewódzki SP ZOZ w Zielonej Górze	1 089	4 232	924	3 539

Źródło: Lubuski Oddział Wojewódzki NFZ w Zielonej Górze

Tabela 24: Liczba leczonych pacjentów oraz ilość udzielonych świadczeń zdrowotnych w ramach chemioterapii w 2010 i 2011 według świadczeniodawców

Nazwa zakresu świadczeń - lecznictwo szpitalne	Liczba leczonych pacjentów	Liczba udzielonych świadczeń	Liczba leczonych pacjentów	Liczba udzielonych świadczeń	Liczba Świadczenio- dawców w 2011 roku	Miejsce udzielania świadczeń
	2010		2011			
Substancje czynne w chemioterapii – hospitalizacja z zakresem skojarzonym	1286	4874	1145	4255	3	Zielona Góra, Gorzów Wlkp., Torzym
Substancje czynne w chemioterapii w trybie jednodniowym w trybie jednodniowym z zakresem skojarzonym	802	5592	584	3594	3	Zielona Góra, Gorzów Wlkp., Torzym
Substancje czynne w chemioterapii w warunkach ambulatoryjnych z zakresem skojarzonym	95	386	79	254	2	Zielona Góra, Gorzów Wlkp.
Substancje czynne w pt leczenia chłoniaków złośliwych	30	107	27	119	2	Zielona Góra, Gorzów Wlkp.
Substancje czynne w pt leczenia glejaków mózgu	15	35	14	36	2	Zielona Góra, Gorzów Wlkp.
substancje czynne w pt leczenia nowotworów podścieliska przewodu pokarmowego (gist)	11	100	9	73	2	Zielona Góra, Gorzów Wlkp.
substancje czynne w pt leczenia opornych postaci szpiczaka mnogiego	5	27	10	73	2	Zielona Góra, Gorzów Wlkp.
substancje czynne w pt leczenia przewlekłej białaczki szpikowej	38	410	43	435	2	Zielona Góra, Gorzów Wlkp.
substancje czynne w pt leczenia raka nerki	17	64	16	71	2	Zielona Góra, Gorzów Wlkp.
substancje czynne w pt leczenia raka piersi	84	655	87	752	2	Zielona Góra, Gorzów Wlkp.
substancje czynne w pt leczenia raka wątrobowokomórkowego			5	10	1	Zielona Góra
substancje czynne w pt w ramach świadczenia chemioterapii niestandardowej	42	201	41	183	2	Zielona Góra, Gorzów Wlkp.

Źródło: Lubuski Oddział Wojewódzki NFZ w Zielonej Górze

Powyższe tabele przedstawiają liczbę leczonych pacjentów oraz ilość udzielonych świadczeń zdrowotnych w ramach lecznictwa szpitalnego w latach 2010-2011 według poszczególnych świadczeniodawców.

Organizacja opieki medycznej w zakresie hematologii

a. Dostępność do leczenia w ramach programów terapeutycznych.

Kontrakty z LOW NFZ uwzględniają prowadzenie wszystkich programów lekowych z zakresu hematologii, w tym w Poradni Hematologicznej leczenia przewlekłej białaczki szpikowej i leczenia nadpłytkowości samoistnej, a na Oddziale Hematologii - programów leczenia chłoniaków złośliwych oraz leczenia opornego szpiczaka mnogiego. Kontrakt z NFZ pozwala także na prowadzenie chemioterapii niestandardowej. Leczenie w zakresie wymienionych programów wdrażane jest u pacjentów zielonogórskiego szpitala bez oczekiwania w kolejce. Niemniej jednak, jeżeli chodzi o oddział hematologii szpitala gorzowskiego, w leczeniu w ramach programów terapeutycznych następują pewne ograniczenia spowodowane niskim kontraktem LOW NFZ.

b. Dostępność do nowoczesnych metod leczenia (przeszczepy szpiku).

W zakresie przeszczepiania szpiku realizowana jest współpraca z Klinikami Hematologii w Poznaniu, Katowicach oraz we Wrocławiu. Liczba pacjentów wymagających leczenia przeszczepami wynosi w odpowiednio w Gorzowie Wielkopolskim 15-25 i Zielonej Górze ok. 20 w ciągu roku. W zależności od zasadniczego rozpoznania oraz zaawansowania choroby są to przeszczepienia allogeniczne (pochodzące od dawcy spokrewnionego lub niespokrewnionego) bądź autologiczne (chory otrzymuje po odpowiednim przygotowaniu własne komórki krwiotwórcze). Przeszczepienia allogeniczne są ograniczone przede wszystkim dostępnością odpowiedniego dawcy, autologiczne – dużą liczbą chorych kwalifikujących się do tej metody terapii. Powoduje to znaczne przedłużenie oczekiwania na zabieg a w konsekwencji nierzadko postęp choroby i pogorszenie stanu pacjenta, nie pozwalające na przeprowadzenie przeszczepienia.

c. Dostępność do lecznictwa ambulatoryjnego w zakresie hematologii

W Poradni Hematologicznej Przyszpitalnej w Zielonej Górze zatrudnionych jest obecnie 5 lekarzy, w tym: 1 hematolog, 3 lekarzy chorób wewnętrznych w trakcie specjalizacji z hematologii oraz 1 lekarz chorób wewnętrznych. Spośród wymienionych specjalistów 4 osoby pracują jednocześnie na Oddziale Hematologii. Podobnie jak Oddział, również Poradnia jest wspierana przez hematologa konsultanta z ośrodka klinicznego. W roku 2010 udzielono 6 481 porad, w 2011 – ponad 7 160 porad. Konsultacje zlecone przez

lekarza kierującego w trybie pilnym są realizowane na bieżąco, **planowe po 5 miesiącach oczekiwania**. Podobne są terminy wizyt w innych regionach kraju.

Od 1 stycznia 2011 roku w Gorzowie Wielkopolskim funkcjonuje nowa poradnia hematologiczna w ramach niepublicznego zakładu opieki zdrowotnej, przy ul. Dworcowej, która w pierwszym roku swojej działalności przyjęła około 970 pacjentów. **Średni czas oczekiwania na poradę wynosi 2 miesiące, natomiast chorzy z pilnymi przypadkami 7 dni**. Planowane jest uruchomienie poradni w ramach struktury oddziału hematologii Szpitala w Gorzowie Wlkp., jednak z uwagi na deficyt specjalistów w tej dziedzinie nie znany jest dokładny termin rozpoczęcia działalności.

d. Dostępność do leczenia radioterapią pacjentów z chorobami rozrostowymi szpiku i układu chłonnego.

Radioterapię wspomagającą leczenie hematologiczne, pacjenci Oddziału Hematologii w Zielonej Górze mają prowadzoną w Lubuskim Centrum Onkologii. Wskazania do niej ma około 30 pacjentów rocznie. Radioterapia prowadzona jest na bieżąco, bez długiego okresu oczekiwania.

Dostępność do leczenia radioterapeutycznego pacjentów z chorobami rozrostowymi szpiku i układu chłonnego w Gorzowie Wielkopolskim jest bardziej ograniczona. W celu poprawy sytuacji oddział korzysta z konsultacji lekarzy radioterapeutów z trzech ośrodków: Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie, Lubuskiego Centrum Onkologicznego w Zielonej Górze oraz Euromedic Onkoterapii w Poznaniu.

e. Liczba (baza) łóżek na oddziałach hematologicznych

Liczba łóżek hematologicznych nie jest wystarczająca. Utrzymanie krótkiego, kilkudniowego czasu oczekiwania na przyjęcie w przypadkach stabilnych odbywa się kosztem komfortu chorych. Czas oczekiwania na przyjęcie do oddziału hematologii w Gorzowie Wielkopolskim wynosi 1 tydzień a pilne przypadki przyjmowane są na bieżąco.

Zamieszczona na kolejnej stronie tabela przedstawia porównanie lecznictwa w zakresie hematologii w ośrodkach w Gorzowie Wielkopolskim i Zielonej Górze.

Tabela 25: Porównanie oddziałów hematologicznych i funkcjonujących przy nich poradni hematologicznych w województwie lubuskim

Kryteria	Oddział Hematologii Szpital Wojewódzki SP ZOZ w Zielonej Górze	Oddział Hematologii i Chorób Rozrostowych Układu Krwiotwórczego SP Szpital Wojewódzki w Gorzowie Wlkp.
Struktura pionu hematologicznego	Skład Oddziału Hematologii: - Oddział Hematologii - Pracownia Hematologiczna - Poradnia Hematologiczna dla dorosłych - przyszpitalna	W ramach oddziału planowane jest uruchomienie poradni hematologicznej
Liczba lekarzy	Zatrudnionych jest 6 lekarzy: - 2 specjalistów chorób wewnętrznych i hematologii, - 1 konsultant oddziału – hematolog z Kliniki Hematologii UM w Poznaniu, - 3 lekarzy internistów w trakcie specjalizacji z zakresu hematologii.	Zatrudnionych jest 4 lekarzy: - 2 lekarzy specjalistów hematologów, - 2 lekarzy specjalizujących się w zakresie hematologii (1 lekarz– hematologia, 1 lekarz– chorób wewnętrznych),
Liczba łóżek	27 łóżek	26 łóżek
Liczba pacjentów przeszczep szpiku	Około 15-25 pacjentów rocznie	Około 20 pacjentów rocznie
Zakres działania	Oddział realizuje: - kompleksową diagnostykę i terapię pacjentów wymagających hospitalizacji i leczenia chorób hematologicznych - nadzorowanie leczenia poszpitalnego i udzielanie porad lekarskich ambulatoryjnych przez Poradnię Hematologiczną - współpracuje z Kliniką Hematologii w Poznaniu i we Wrocławiu	Oddział realizuje: - wszystkie procedury z zakresu hematologii, w tym diagnostykę i leczenie ostrych białaczek szpikowych i limfoblastycznych, chłoniaków ziarnicznych i nieziarnicznych, zespołów mieloproliferacyjnych i mielodysplastycznych, zaburzeń krzepnięcia, szkodliwych (osoczowych, naczyniowych, płytkowych), trombofilii.
Zakres diagnostyki, sprzęt	Dzięki programowi Ministerstwa Zdrowia, dostosowującemu diagnostykę i leczenie białaczek w Polsce do zaleceń Unii Europejskiej, Oddział został wyposażony m.in. w mikroskop optyczny z systemem archiwizacji i przesyłania obrazów oraz pompy infuzyjne.	Diagnostyka i leczenie różnego typu niedokrwistości (w tym aplastycznej), granulocytopenii, małopłytkowości i zaburzeń odporności. W diagnostyce w/w chorób stosowane są najnowocześniejsze metody diagnostyczne: (mielogram, trepanobiopsja), badania immunofenotypowe, cytogenetyczne i molekularne krwi i szpiku, immunohistopatologiczne, badania obrazowe (RTG, USG, TK, RM i PET), badania biochemiczne w tym proteinogram, badanie immunoglobulin metodą immunoeliktrefot, immunofiksacji, badanie łańcuchów lekkich w surowicy z mikroglobuliną.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych podmiotów leczniczych

Opieka paliatywna i hospicyjna

Opieka paliatywna to postępowanie, którego celem jest poprawa jakości życia chorych, a także ich rodzin i bliskich. Działanie to nie ma na celu zatrzymania procesu chorobowego, ale poprawę jakości życia osób w tej fazie choroby. Uzyskuje się to poprzez złagodzenie objawów choroby, leczenie bólu oraz innych problemów: somatycznych, psychosocjalnych i duchowych. Opieka paliatywna powinna być sprawowana przez wykwalifikowany zespół wielodyscyplinarny, który posiada bogate doświadczenie medyczne oraz niemedyce. W Polsce opieka paliatywna dla osób, które chorują na nowotwory złośliwe jest całkowicie bezpłatna i refundowana przez NFZ.

W ostatnich latach zaobserwować można dynamiczny rozwój opieki paliatywnej. Jest on wynikiem wcześniejszego zaniechania onkologii wobec osób chorych nieuleczalnie, a także ewolucją priorytetów medycznych w kierunku autonomii pacjenta.

Dzięki zmianom postaw lekarskich jakość życia pacjentów, ich satysfakcja z leczenia oraz możliwość funkcjonowania społecznego, mimo choroby oceniane są na równi z wynikami leczenia przeciwnowotworowego. Równoległe z leczeniem przeciwnowotworowym stosowane jest leczenie przeciwbólowe, przeciwdepresyjne, przeciwwymiotne, itp. Tego typu leczenie nosi nazwę leczenia wspomagającego. Kluczowego znaczenia nabiera ono wtedy, kiedy w zaawansowanym stadium choroby nowotwór nie odpowiada na leczenie, i w niekontrolowany i nieuchronny sposób prowadzi do śmierci. Leczenie wspomagające stosowane w tym okresie nazywane jest opieką paliatywną lub hospicyjną.

Opieka paliatywna i hospicyjna świadczona jest w trzech formach:

- poradni medycyny paliatywnej,
- hospicjum domowego,
- hospicjum stacjonarnego.

W województwie lubuskim pomoc w zakresie opieki paliatywnej, w hospicjach uzyskać można w Drezdenku, Gorzowie Wielkopolskim, Kostrzynie nad Odrą, Krośnie Odrzańskim, Świebodzinie, Żaganiu, Żarach, Międzyrzeczu, Nowej Soli, Sulęcinie, Słubicach, Wschowie i Zielonej Górze.

Aktualnie podmioty medyczne udzielają świadczeń zdrowotnych w dziedzinie medycyny paliatywnej na terenie województwa lubuskiego w ramach: 3 poradni medycyny paliatywnej, 16 hospicjów domowych i 4 hospicjów stacjonarnych. Większość jednostek

województwa lubuskiego sprawujących opiekę paliatywną nad pacjentami nowotworowymi jest prawidłowo wyposażona w sprzęt wymagany przepisami. Personel wyższy i średni przeszedł wymagane przeszkolenia i spełnia wymogi NFZ oraz Konsultanta Krajowego Medycyny Paliatywnej. Jednostki opieki paliatywnej rozbudowują stale bazę personalną oraz materialną i są w stanie objąć opieką większą ilość pacjentów niż obecnie zakontraktowanych.

Tabela 26: Liczba leczonych pacjentów i liczba osobodni w ramach opieki hospicyjnej

Rok	Hospicja domowe		Hospicja stacjonarne	
	Liczba leczonych	Osobodni leczenia cyklu	Liczba leczonych	Osobodni leczenia cyklu
2007	1 526	95 970	371	6 638
2008	1 672	107 466	376	6 750
2009	1 725	116 761	445	8 707
2010	1 887	127 169	682	13 043
2011	1 896	157 011	767	16 081

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych LOW NFZ

Tabela 27: Świadczenia w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej zakontraktowane w latach 2009 - 2011 przez Lubuski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia

Dostępne świadczenia zdrowotne	Liczba świadczeniodawców			Liczba świadczeń		
	2009	2010	2011	2009	2010	2011
Osobodzień w hospicjum domowym	8	12	14	116 720	131 053	157 011
Osobodzień w hospicjum stacjonarnym	3	4	4	8 707	13 043	16 081
Osobodzień w hospicjum domowym dla dzieci *	0	0	1	0	0	477
Porada w poradni medycyny paliatywnej	7	7	3	3 151	1 497	1 841

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych LOW NFZ

* Hospicjum domowe dla dzieci w ramach ubezpieczenia zdrowotnego działa od 2011 roku.

Europejskie Towarzystwo Onkologii Klinicznej (ESMO) wskazuje, że chory powinien mieć zapewnione leczenie oraz opiekę w każdym stadium choroby, a lekarze - onkolodzy są odpowiedzialni za niepozostawianie chorych na nowotwory złośliwe bez opieki. Lekarz jest postacią kluczową koordynującą działania. Na mapie nr 3 na kolejnej stronie rozmieszczono dostępność do opieki paliatywnej i hospicyjnej w województwie lubuskim.

MIEJSCE NA MAPKĘ NR 3

2.3.3 Kadra

Wskaźnik personelu lekarskiego, wymagany przez Unię Europejską wynosi 1,6/100 000 mieszkańców. Dla populacji naszego województwa daje to liczbę 16 specjalistów. Obecnie mamy 9 lekarzy ze specjalnością z onkologii klinicznej oraz 9 lekarzy w trakcie specjalizacji. Szacuje się, że do końca 2014 roku liczba specjalistów z onkologii klinicznej wyniesie 17.

Lekarze specjaliści (wg stanu na dzień 30.06.2012 r.):

- chirurgia onkologiczna - 10
- onkologia kliniczna – 9
- radioterapia onkologiczna - 6
- hematologia – 4
- ginekologia onkologiczna – 4

Wg stanu na dzień 31.01.2012 w województwie lubuskim **specjalizuje się:**

- 9 lekarzy w dziedzinie onkologii klinicznej -
- 1 lekarz w dziedzinie chirurgii onkologicznej
- 5 lekarzy w dziedzinie radioterapii onkologicznej
- 3 lekarzy w dziedzinie ginekologii onkologicznej
- 4 lekarzy w dziedzinie hematologii

Ilość lekarzy radiologów z II stopniem specjalizacji oraz doświadczonych techników elektroradiologii zatrudnionych w Zakładach Radiologii w szpitalach wojewódzkich w Zielonej Górze i Gorzowie Wlkp. oraz Szpitalu Wielospecjalistycznym w Nowej Soli pozwala na wykonywanie w tych ośrodkach dużej ilości badań przez 24 godziny na dobę.

W Szpitalu Wojewódzkim w Zielonej Górze zatrudnionych jest 7 lekarzy radiologów z drugim stopniem specjalizacji oraz 16 techników elektroradiologii, w Szpitalu Wojewódzkim w Gorzowie Wielkopolskim - 6 lekarzy z II stopniem specjalizacji i 20 techników elektroradiologii, a w Wielospecjalistycznym Szpitalu w Nowej Soli - 5 lekarzy z II stopniem specjalizacji i 14 techników elektroradiologii. W każdym z powyższych ośrodków otwarte są specjalizacje z radiologii. We wszystkich ośrodkach czas oczekiwania na pilne badania MR i KT (a więc i w przypadkach onkologicznych) wynosi około dwóch tygodni.

Z raportu konsultantów wojewódzkich wynika, że brakuje lekarzy specjalistów w dziedzinach: chirurgii onkologicznej, ginekologii onkologicznej, onkologii klinicznej, hematologii i radioterapii onkologicznej. Ponadto dostrzega się brak specjalistów w dziedzinie pielęgniarstwa onkologicznego.

Z danych uzyskanych z Rejestru lekarzy i lekarzy dentystów, prowadzonego przez Wojewodę Lubuskiego sytuacja w zakresie zabezpieczenia kadrowego przedstawia się następująco:

Tabela 28: Zatrudnienie specjalistów w dziedzinach związanych z leczeniem onkologicznym na terenie województwa lubuskiego wg stanu na 31.XII.2011 (w osobach, wg podstawowego miejsca pracy, bez MSWiA)

wyszczególnienie specjalizacji w dziedzinie medycyny:	rok	I°	II°	"nowy tryb"	RAZEM
chemioterapii nowotworów	2011 r.	x	1	x	1
	2010 r.	x	1	x	1
chirurgii onkologicznej	2011 r.	x	8	4	12
	2010 r.	x	8	2	10
ginekologii onkologicznej	2011 r.	x	x	2	2
	2010 r.	x	x	x	x
hematologii	2011 r.	x	3	1	4
	2010 r.	x	3	1	4
onkologii	2011 r.	x	3	5	8
	2010 r.	x	3	5	8
radioterapii onkologicznej	2011 r.	1	3	3	7
	2010 r.	1	4	3	8

Zródło: opracowanie na podstawie sprawozdania Mz-89 za lata 2010-2011 z Lubuskiego Urzędu Wojewódzkiego.

W powyższej tabeli każdy lekarz specjalista wykazany został tylko w jednej specjalności. Osoby posiadające więcej niż jedną specjalizację wykazano w specjalności wyższego stopnia, a w przypadku osób posiadających więcej niż jedną specjalizację tego samego stopnia - wykazano te osoby w specjalności odpowiadającej podstawowemu miejscu pracy.

Druki sprawozdawcze Mz-89 nie uwzględniają zatrudnienia specjalistów w dziedzinie hematologii dziecięcej, więc specjaliści z tego zakresu nie zostali uwzględnieni w powyższym zestawieniu.

2.3.4 Aparatura medyczna

Wraz ze wzrastającą liczbą zachorowań na nowotwory, zwiększa się zapotrzebowanie na urządzenia do radioterapii. Według Światowej Organizacji Zdrowia, w Polsce należy podwoić ilość sprzętu do terapii onkologicznej. Obecnie w krajach członkowskich Unii Europejskiej, za optymalny wskaźnik dostępności akceleratorów uważa się 1 akcelerator na 200 000 mieszkańców. Polski wskaźnik dostępności to 1 akcelerator na 300 000 mieszkańców i został on określony został 10 lat temu. Zdaniem konsultanta krajowego w dziedzinie radioterapii onkologicznej prof. Mariana Reinfussa na terenie województwa lubuskiego **należy dążyć w przyszłości do zainstalowania 5 nowoczesnych akceleratorów.**

Tabela 29. Wyposażenie zakładu radioterapii w Zielonej Górze

Urządzenie	Typ/ Producent	Rok		Wyposażenie/Uwagi
		produkcji	rozpoczęcia eksploatacji	
Akcelerator Fotony-6,15 MV Elektrony-6,9,12,15 MeV	Oncor Impression Plus/ Siemens	2005	2006	MLC, EPID, IMRT, MVCBCT. w 2010r. wymieniono kolimatory na 160 listkowe, 2 zmiany/10 godz.
Akcelerator Fotony-6,15 MV Elektrony-6,9,12,15 MeV	Oncor Impression Plus/ Siemens	2007	2008	MLC, EPID, IMRT, MVCBCT. w 2010r. Wymieniono kolimatory na 160 listkowe, 2 zmiany/10 godz.
Akcelerator Fotony-6 MV	Oncor Impression Plus/ Siemens	2011	2012	MLC, EPID, IMRT, MVCBCT. 2 zmiany/10 godz.
Symulator	SIMULIX WVOLUTION/ Nucletron	2008	2008	możliwość wykonywania skanów tomograficznych, 1 zmiana/5 godz.
Tomograf komputerowy	SOMATOM SENSATION OPEN/ Siemens	2005	2006	24-rzędowy wirtualna symulacja, podłączony „on line” do komputerowego systemu planowania leczenia, 2 zmiany/7 godz.
System zarządzania i weryfikacji	MOSAIQ/ Siemens	2005	2006	unowocześnienie 2009r. 3 zmiany/15 godz.
System planowania leczenia	XIO/ CMS	2005	2006	2 stacje planowania, unowocześnienie 2010r. planowanie teleterapii, planowanie brachyterapii, planowanie teleterapii +brachyterapii, 2 zmiany/ 14 godz.
System planowania leczenia	PLATO/ Neeletron		2006	1 stacja planowania, planowanie brachyterapii, 1 zmiana/2 godz.
System planowania leczenia	ONCENTRA MASTERPLAN/ Nucletron		2009	1 stacja planowania, unowocześnienie 2010r. planowanie brachyterapii 1 zmiana/5 godz.
System planowania leczenia	PROWESS PANTHER/ Prowess		2010	1 stacja planowania, unowocześnienie 2011r. planowanie teleterapii 3 zmiany/14 godz.
Aparat HDR	MicroSELECTR ON/ Nucletron	2006	2007	1 zmiana/4 godz.
System weryfikowania pozycjonowania aplikatorów	OEC FlexiView 8800/ GE	2004	2004	1 zmiana

Źródło: Lubuski Ośrodek Onkologii w Zielonej Górze

W 2011 roku w Lubuskim Ośrodku Onkologii w Zielonej Górze napromieniono 1 265 osób. Czas oczekiwania na teleradioterapię (TT) wynosi 1 tydzień w przypadku terapii ambulatoryjnej, natomiast 8 tygodni w przypadku terapii stacjonarnej.

Na bieżąco przyjmowani są pacjenci na brachyterapię (BT) w trybie ambulatoryjnym, natomiast na terapię stacjonarną czas oczekiwania wynosi około 1 tygodnia.

Pełną diagnostykę obrazową (poza badaniami PET - Pozytonowej Tomografii Emisyjnej) wykonują w Województwie Lubuskim trzy ośrodki:

- w Szpitalu Wojewódzkim w Zielonej Górze,
- w Szpitalu Wojewódzkim w Gorzowie Wlkp.,
- w Wielospecjalistycznym Szpitalu SP ZOZ w Nowej Soli.

Zakład Radiologii Szpitala Wojewódzkiego w Zielonej Górze dysponuje tomografem komputerowym 64-rzędowym zamontowanym w 2010 roku oraz rezonansem magnetycznym 1,5 T zamontowanym w 2011 roku.

Zakład Radiologii Szpitala Wojewódzkiego w Gorzowie Wlkp. diagnozuje pacjentów tomografem komputerowym 4-rzędowym, zamontowanym w 2005 roku oraz rezonansem magnetycznym (1,5 T) zamontowanym w 2009 roku.

Zakład Radiologii Wielospecjalistycznego Szpitala w Nowej Soli dysponuje dwoma tomografami komputerowymi (zamontowanym w 2008 roku i 2011 roku) oraz rezonansem magnetycznym 1,5 T zamontowanym w 2010 roku. 105 Szpital Wojskowy z Przychodnią SP ZOZ w Żarach zakupił w 2011 roku 16 rzędowy tomograf komputerowy.

Pracownie radioizotopowe

Ponadto w województwie lubuskim funkcjonują dwie pracownie radioizotopowe w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Wojewódzkim w Gorzowie Wielkopolskim i w 105 Szpitalu Wojskowym z Przychodnią w SP ZOZ w Żarach.

Pracownia Medycyny Nuklearnej w Gorzowie Wlkp. zatrudnia obecnie 9 osób: dwóch lekarzy specjalistów z medycyny nuklearnej, dwóch fizyków medycznych (w tym 1 ze specjalizacją z fizyki medycznej pełniący jednocześnie funkcję IOR 3 – Inspektora Ochrony Radiologicznej), dwóch techników RTG, pielęgniarkę, laboranta oraz rejestratorkę. W Zakładzie zainstalowane są: gamma kamera dwugłowicowa typu SPECT, gamma kamera jednogłowicowa typu PLANAR, scyntygraf, sonda do jodochwytności.

W pracowni wykonywane są następujące badania:

- *Limfoscyntygrafia* w chorobach nowotworowych celem oceny dróg spływu chłonki z okolicy guza nowotworowego – poszukiwanie węzła „wartownika”.
- *Scyntygrafia układu kostnego* -głównie poszukiwanie przerzutów nowotworowych do kości, zmiany zapalne, zmiany zwyrodnieniowe, obłuzowania protez, urazy.
- *Scyntygrafia przytarczyc* – potwierdzenie bądź wykluczenie gruczolaka przytarczyc.
- *Scyntygrafia nerek statyczna, dynamiczna* – ocena budowy, funkcji i czynności nerek.
- *Scyntygrafia jamy brzusznej* – ocena budowy, funkcji i czynności wątroby i śledziony.
- *Scyntygrafia tarczycy* po podaniu J-131 lub Tc-99m - ocena budowy, położenia i funkcji tarczycy.
- *Scyntygrafia perfuzyjna płuc* – do oceny zatorowości płuc.
- *Scyntygrafia perfuzyjna mięśnia sercowego* – do oceny żywotności mięśnia sercowego.

W Zakładzie prowadzona jest terapia izotopem jodu J131 w dawkach do 800MBq oraz izotopem strontu Sr89.

Ilość badań scyntygraficznych wykonywanych w Zakładzie wynosi średnio ok. 2800 rocznie.

Pracownia Medycyny Nuklearnej w Żarach w 105 Szpitalu Wojskowym z Przychodnią funkcjonuje od 1977 r. (35 lat). Struktura Zakładu Medycyny Nuklearnej przedstawia się następująco:

- Pracownia radiofarmaceutyczna:
 - przygotowuje znaczniki izotopowe do badań diagnostycznych;
 - przygotowuje dawki lecznicze preparatów izotopowych.
- Pracownie diagnostyczne:
 - pracownia gammakamery dwugłowicowej – SPECT;
 - pracownia gammakamery jednogłowicowej.

Wykonują badania izotopowe, scyntygraficzne i czynnościowe, w tym badania spektowe i scyntyografię całego ciała.

- Poradnia i Pracownia Leczenia Izotopami Promieniotwórczymi

Pracownia Medycyny Nuklearnej w Żarach zatrudnia obecnie 9 osób:

- dwóch lekarzy:
 - lekarz specjalista medycyny nuklearnej (ochrony radiologicznej) i chorób wewnętrznych
 - lekarz specjalista chorób wewnętrznych, w trakcie specjalizacji z medycyny nuklearnej;
- cztery osoby z kadry technicznej;
- trzech techników medycznych;

W ciągu ostatnich 4 lat całkowicie wymieniono w Zakładzie aparaturę diagnostyczną, urządzenia pomiarowe do ochrony radiologicznej oraz przeprowadzono remont pomieszczeń poszczególnych pracowni.

Obecnie Zakład Medycyny Nuklearnej dysponuje:

- gammakamerą dwugłowicową Nucline SPIRIT DH-V firmy „Mediso” do badań SPECT, whole body i badań planarnych;
- gammakamerą jednogłowicową Nucline X-RING firmy „Mediso”;
- miernikiem aktywności dawki Atomlab 100 firmy „Biodex”;
- miernikiem przenośnym EKO-C firmy „Polon Ekolab”;
- radiometrem RUST-3 firmy „Polon”;
- miernikiem aktywności z sondą scyntylicyjną Phoenix Mecano-Switzerland.

W Poradni wykonywane są następujące badania:

- Scyntygrafia całego ciała (układ kostny), w tym scyntygrafia trójfazowa,
- Radioizotopowe badanie perfuzji mięśnia sercowego SPECT (badanie spoczynkowe, badanie z testem obciążeniowym)
- Scyntygrafia perfuzyjna płuc
- Scyntygrafia statyczna i dynamiczna wątroby
- Scyntygrafia statyczna i dynamiczna nerek
- Scyntygrafia i statyczna mózgu (łącznie)
- Scyntygrafia ślinianek
- Scyntygrafia przytarczyc
- Limfoscycntygrafia
- Scyntygrafia tarczycy ^{99m}Tc i ^{131}I
- Terapia izotopowa łagodnych schorzeń tarczycy (porada kwalifikacyjna, podanie izotopu, porada kontrolna)
- Terapia izotopowa bólów kostnych w przebiegu zmian przerzutowych do kości (porada kwalifikacyjna, podanie izotopu, porada kontrolna)

Tabela 30: Ilość przeprowadzonych świadczeń w 2011 r. i w pierwszej połowie 2012 r. w Pracowni Medycyny Nuklearnej w Żarach

Rodzaj procedury	2011 r.	I poł. 2012 r.
Badania scyntygraficzne gammakamerowe	1792	995
Leczenie jodem ^{131}I	256	154
Leczenie strontem ^{89}Sr	30	23
Porady w poradni medycyny nuklearnej	1529	891

Źródło: Pracownia Medycyny Nuklearnej w 105 Szpitalu Wojskowym z Przychodnią w Żarach

Tabela 31: Terapia izotopowa - wykonanie w okresie I-V 2012 roku wg rozpoznania

Nazwa świadczeniodawcy	Kod rozpoznania głównego	Świadczenie jednostkowe - rozpoznanie główne	Wartość	Liczba świadczeń	% w liczbie	%
105 SZPITAL WOJSKOWY Z PRZYCHODNIĄ SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W ŻARACH - TERAPIA IZOTOPOWA	C 20	Nowotwór złośliwy odbytnicy	3 300,00	2	0,2%	10%
	C 50	Nowotwór złośliwy sutka	17 380,00	18	2,0%	
	C 50.9	Nowotwór złośliwy (sutek, nie określony)	3 300,00	2	0,2%	
	C 51	Nowotwór złośliwy sromu	110,00	1	0,1%	
	C 61	Nowotwór złośliwy gruczołu krokowego	56 287,00	64	7,2%	90%
	E 03	Inne postacie niedoczynności tarczycy	5 621,00	73	8,2%	
	E 04	Wole nietoksyczne, inne	27 797,00	361	40,5%	
	E 05	Tyreotoksykoza [nadczynność tarczycy]	106 920,00	370	41,5%	
			220 715,00	891		
Samodzielny Publiczny Szpital Wojewódzki w Gorzowie Wlkp. - TERAPIA IZOTOPOWA	C 61	Nowotwór złośliwy gruczołu krokowego	4 180,00	6	1%	1%
	E 03	Inne postacie niedoczynności tarczycy	7 359,00	89	17%	85%
	E 04	Wole nietoksyczne, inne	17 182,00	164	30%	
	E 05	Tyreotoksykoza [nadczynność tarczycy]	50 138,00	201	37%	
	E 05.0	Tyreotoksykoza z rozlanym wolem	330,00	1	0%	
	E 07	Choroby tarczycy, inne	330,00	1	0%	14%
	Z 01.8	Inne określone badania specjalne	21 978,00	71	13%	
	Z 03	Obserwacja medyczna i ocena przypadków podejrzanych o chorobę lub stany podobne	638,00	5	1%	
			102 135,00	538		

Źródło: Lubuski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Zielonej Górze

Zakład Medycyny Nuklearnej wykonuje świadczenia diagnostyczne i lecznicze dla zakładów opieki zdrowotnej w znacznej części województwa lubuskiego (Zielona Góra, Nowa Sól, Żary, Świebodzin, Sulechów, Sulęcín i inne) oraz w zachodniej części województwa dolnośląskiego (Lubin, Legnica, Głogów, Jelenia Góra, Zgorzelec i inne).

Potencjał zakładu pozwala na rozszerzenie zakresu i ilości świadczeń, jeśli wystąpią takie potrzeby.

Tabela 32: Porównanie dostępności do akceleratorów w Polsce w latach 2005, 2007, 2009, 2010 i 2011.

L p.	Województwo	Miasta	Liczba ludności na 1 akcelerator				
			2005 r.	2007 r.	2009 r.	2010 r.	2011 r.
	Polska		553 063	453 875	385 211	360 069	347 273
1	opolskie	Opole	524 770	520 971	516 520	515 549	514 293
2	warmińsko - mazurskie	Olsztyn	714 240	475 628	475 691	475 706	475 747
3	łódzkie	Łódź	645 534	427 700	509 772	423 639	422 393
4	podkarpackie	Rzeszów Brzozów	1 048 899	1 048 782	419 899	420 346	420 701
5	mazowieckie	Warszawa Warszawa CR Allenort Wieliszew	515 023	470 155	400 346	373 012	403 301
6	wielkopolskie	Poznań WCO Poznań MCO	842 131	844 626	424 702	378 698	379 936
7	pomorskie	Gdańsk Gdynia	366 167	314 799	369 919	371 683	373 387
8	małopolskie	Kraków COOK Kraków SU Chir Kraków USD Tarnów	652 588	545 201	410 892	412 284	367 788
9	dolnośląskie	Wrocław Wałbrzych	578 089	411 760	359 632	359 578	359 730
10	lubelskie	Lublin	727 392	543 192	432 366	359 534	358 649
11	lubuskie	Zielona Góra	1 009 192	504 260	504 481	505 024	337 008
12	świętokrzyskie	Kielce	428 794	319 960	318 196	317 530	316 504
13	podlaskie	Białystok	400 333	299 025	397 157	297 433	297 082
14	kujawsko - pomorskie	Bydgoszcz	689 236	413 274	413 584	344 847	295 649
15	śląskie	Bielsko-Biała Gliwice Katowice Częstochowa	391 121	359 164	290 354	272 984	257 549
16	zachodnio - pomorskie	Szczecin Koszalin	423 570	423 210	423 239	423 300	241 867

Źródło: Raport Konsultanta krajowego w dziedzinie radioterapii onkologicznej prof. Mariana Reinfussa – marzec 2012 r.

Tabela 33: Porównanie dostępności do aparatów megawoltowych w latach 2005, 2007, 2009, 2010 i 2011

Lp.	Województwo	Miasta	Liczba ludności na 1 aparat megawoltowy				
			2005 r.	2007 r.	2009 r.	2010 r.	2011 r.
	Polska		471 127	414 407	366 691	343 850	338 053
1	warmińsko - mazurskie	Olsztyn	714 240	475 628	475 691	475 706	475 747
2	łódzkie	Łódź	516 427	427 700	509 772	423 639	422 393
3	podkarpackie	Rzeszów Brzozów	524 449	524 391	419 899	420 346	420 701
4	wielkopolskie	Poznań WCO Poznań MCO	672 505	675 700	377 513	340 828	379 936
5	mazowieckie	Warszawa Warszawa CR Allenort Wieliszew	468 203	470 155	400 346	373 012	374 494
6	pomorskie	Gdańsk Gdynia	366 167	314 799	369 919	371 683	373 387
7	małopolskie	Kraków COOK Kraków SU Chir Kraków USD Tarnów	652 588	545 201	410 892	412 284	367 788
8	dolnośląskie	Wrocław Wałbrzych	578 089	411 760	359 632	359 578	359 730
9	lubelskie	Lublin	545 547	543 192	432 366	359 534	358 649
10	opolskie	Opole	349 847	347 314	344 347	343 699	342 862
11	lubuskie	Zielona Góra	504 596	336 173	336 321	336 682	337 008
12	świętokrzyskie	Kielce	321 596	319 960	318 196	317 530	316 504
13	kujawsko - pomorskie	Bydgoszcz	516 927	344 395	413 584	344 847	295 649
14	śląskie	Bielsko-Biała Gliwice Katowice Częstochowa	391 121	359 164	290 354	272 984	257 549
15	zachodnio - pomorskie	Szczecin Koszalin	338 856	338 568	338 591	338 640	241 867
16	podlaskie	Białystok	300 250	239 220	297 868	237 946	237 666

Źródło: Raport Konsultanta krajowego w dziedzinie radioterapii onkologicznej prof. Mariana Reinfussa – marzec 2012 r.

Tabela 34: Dostępność do akceleratorów, aparatów kobaltowych i megawoltowych w poszczególnych województwach w 2011 roku

Lp.	Województwo	Liczba ludności wg GUS 31.12.2010r.	Miasto	Ilość akceleratorów	Ilość aparatów kobaltowych	Liczba ludności i na 1 akcelerator	Liczba ludności na 1 aparat megawoltowy
1.	Polska	38 200 037		112	3	347 273	338 053
2.	śląskie	4 635 882	Bielsko-Biała Gliwice Katowice Częstochowa	3 11 2 2	0 0 0 0	257 549	257 549
3.	mazowieckie	5 242 911	Warszawa Wieliszew Warszawa CR Allenort	11 2 0	0 0 1	403 301	374 494
4.	małopolskie	3 310 094	Kraków COOK Kraków SU Chair Kraków USD Tarnów	4 1* 2 3	0 0 0 0	367 788	367 788
5.	wielkopolskie	3 419 426	Poznań WCO Poznań MCO	7 1* 2	0	379 936	379 936
6.	dolnośląskie	2 877 840	Wrocław Wałbrzych	6 2	0	359 730	359 730
7.	kujawsko - pomorskie	2 069 543	Bydgoszcz	7	0	295 649	295 649
8.	zachodnio - pomorskie	1 693 072	Szczecin Koszalin	5 2	0	241 867	241 867
9.	lubelskie	2 151 895	Lublin	6	0	358 649	358 649
10.	łódzkie	2 534 357	Łódź	6	0	422 393	422 393
11.	pomorskie	2 240 319	Gdańsk Gdynia Gdynia	3 3	0 0	373 387	373 387
12.	podkarpackie	2 103 505	Rzeszów Brzozów	2 3	0 0	420 701	420 701
13.	świętokrzyskie	1 266 014	Kielce	4	0	316 504	316 504
14.	podlaskie	1 188 329	Białystok	4	1	297 082	237 666
15.	warmińsko - mazurskie	1 427 241	Olsztyn	3	0	475 747	475 747
16.	lubuskie	1 011 024	Zielona Góra	3	0	337 008	337 008
17.	opolskie	1 028 585	Opole	2	1	514 293	342 862

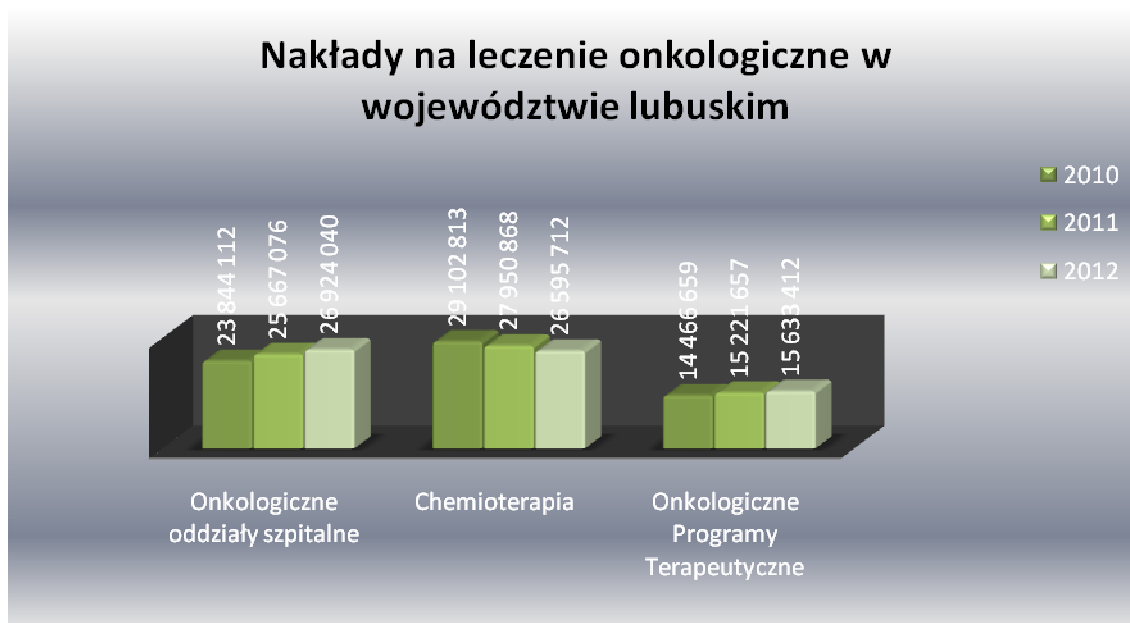
Źródło: Raport Konsultanta krajowego w dziedzinie radioterapii onkologicznej prof. Mariana Reinfussa – marzec 2012 r.

2.3.5 Finansowanie i dostępność świadczeń onkologicznych w województwie

W ramach onkologicznych programów terapeutycznych realizowanych na terenie województwa lubuskiego w systemie ubezpieczenia zdrowotnego realizowane są następujące programy:

1. Program leczenia raka piersi
2. Program leczenia glejaków mózgu
3. Program leczenia przewlekłej białaczki szpikowej
4. Program leczenia nowotworów podścieliska przewodu pokarmowego (gist)
5. Program leczenia chłoniaków złośliwych
6. Program leczenia nadpłytkowości samoistnej
7. Program leczenia opornych postaci szpiczaka mnogiego
8. Program leczenia raka nerki
9. Program leczenia w ramach świadczenia chemioterapii niestandardowej
10. Program leczenia raka wątrobowokomórkowego

Wykres 33: Nakłady na leczenie onkologiczne w województwie lubuskim

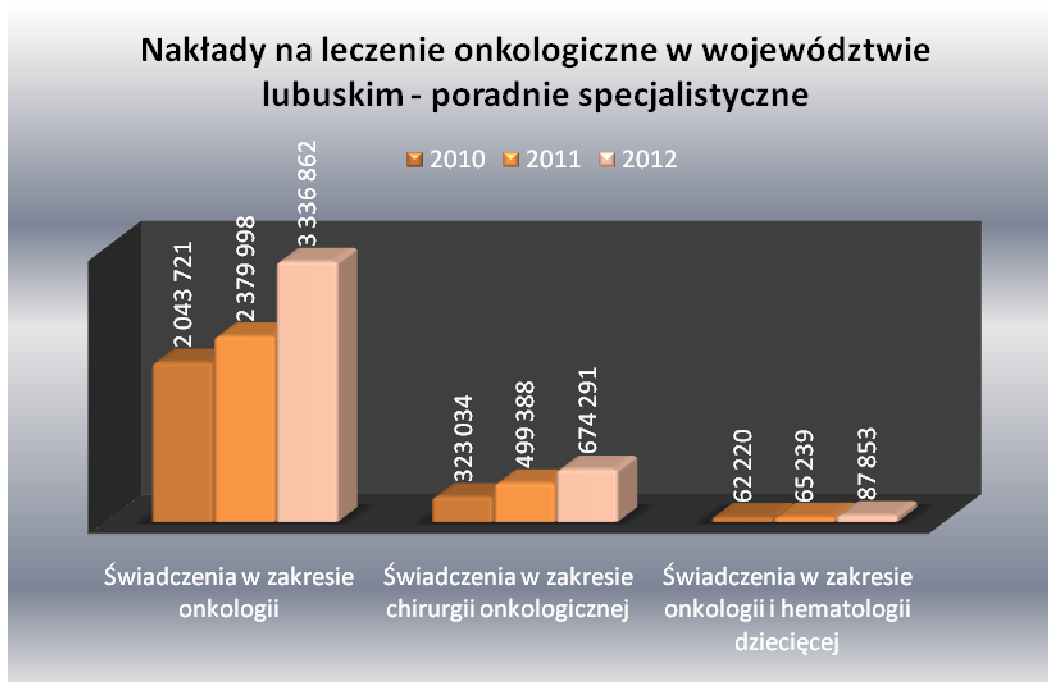


Źródło: LOW NFZ, dane za rok 2012 dotyczą stanu za styczeń

Nakłady na leczenie onkologiczne w województwie lubuskim w zakresie onkologicznych oddziałów szpitalnych od 2010 roku do chwili obecnej wzrosły o ponad 3 mln zł. W 2010 roku wynosiły 23 844 112 zł, a w roku 2011 - 25 667 076 zł, a w roku 2012

– stan na styczeń - 26 924 040 zł. Natomiast w zakresie systemowego (farmakologicznego) leczenia (chemioterapia stanowi jedynie część leczenia systemowego), nakłady na leczenie w latach 2010 – 2012 wykazują kolejno tendencję malejącą (29 102 813 zł, 27 950 868 zł i 26 595 712 zł). Leczenie pacjentów w ramach onkologicznych programów terapeutycznych kosztowało w 2010 roku 14 466 659 zł., w 2011 roku - 15 221 657 zł, z kolei w roku 2012 – stan na styczeń – 15 633 412 zł. Zmniejszenie nakładów na chemioterapię jest wynikiem leczenia pacjentów w zakresie onkologicznych programów terapeutycznych.

Wykres 34: Nakłady na leczenie onkologiczne w województwie lubuskim – poradnie specjalistyczne



Źródło: LOW NFZ, dane za rok 2012 dotyczą stanu za styczeń

Powyższy wykres przedstawia nakłady na leczenie onkologiczne w województwie lubuskim w poradniach specjalistycznych. Na świadczenia w zakresie onkologii w roku 2010 przeznaczono 2 043 721 zł, w roku 2011 ich wartość wzrosła o 336 277 zł, natomiast w 2012 roku kwota przeznaczona na pokrycie leczenia onkologicznego sięgnęła 3 336 862 zł. Nakłady na świadczenia w zakresie chirurgii onkologicznej wyniosły w 2010 roku 323 034 zł. Rok później kwota na te świadczenia wzrosła do 499 388 zł, natomiast w 2012 roku wyniosła już 674 291 zł. Nakłady na leczenie w zakresie onkologii i hematologii dziecięcej w latach 2010 i 2011 różniły się nieznacznie (62 220 zł. i 65 239 zł.), jednak w roku 2012 ich wartość wzrosła o 22 614 zł dając kwotę 87 853 zł.

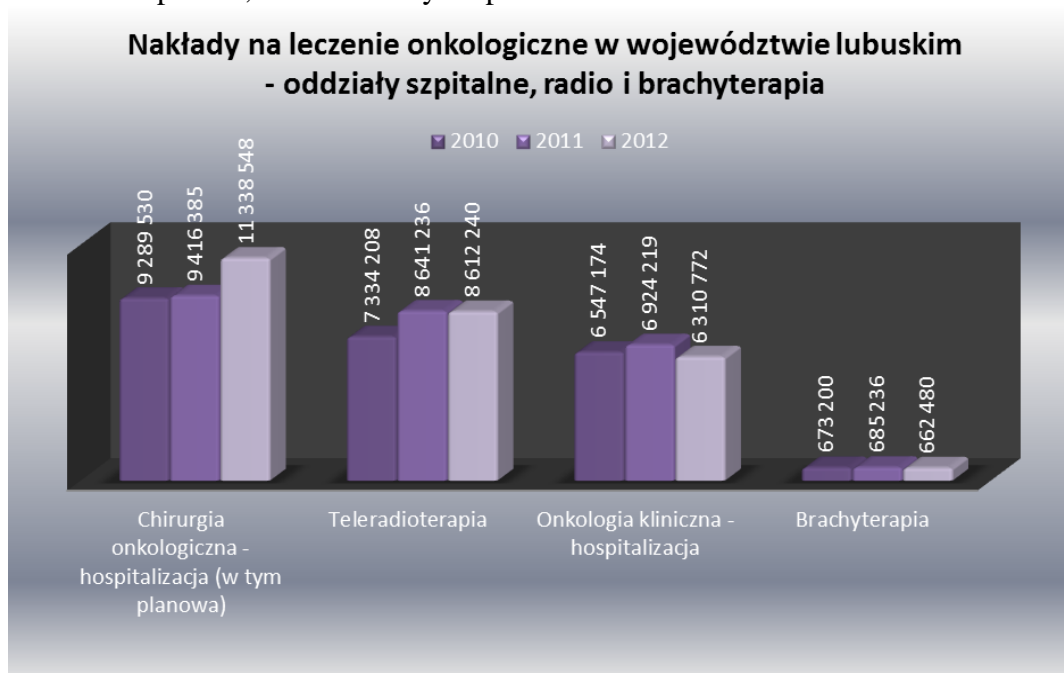
Wykres 35: Nakłady na leczenie onkologiczne w województwie lubuskim – poradnie specjalistyczne (wartość łączna)



Źródło: LOW NFZ, dane za rok 2012 dotyczą stanu za styczeń

Wartość łączna nakładów na leczenie onkologiczne w województwie lubuskim w poradniach specjalistycznych w 2010 roku wyniosła 2 428 976 zł., w roku 2011 - 2 944 625 zł, natomiast największą wartość odnotowano w roku 2012 (stan na styczeń), gdzie nakłady na leczenie onkologiczne zwiększono o 1 154 380 zł. i ich wartość wyniosła ostatecznie 4 099 005 zł.

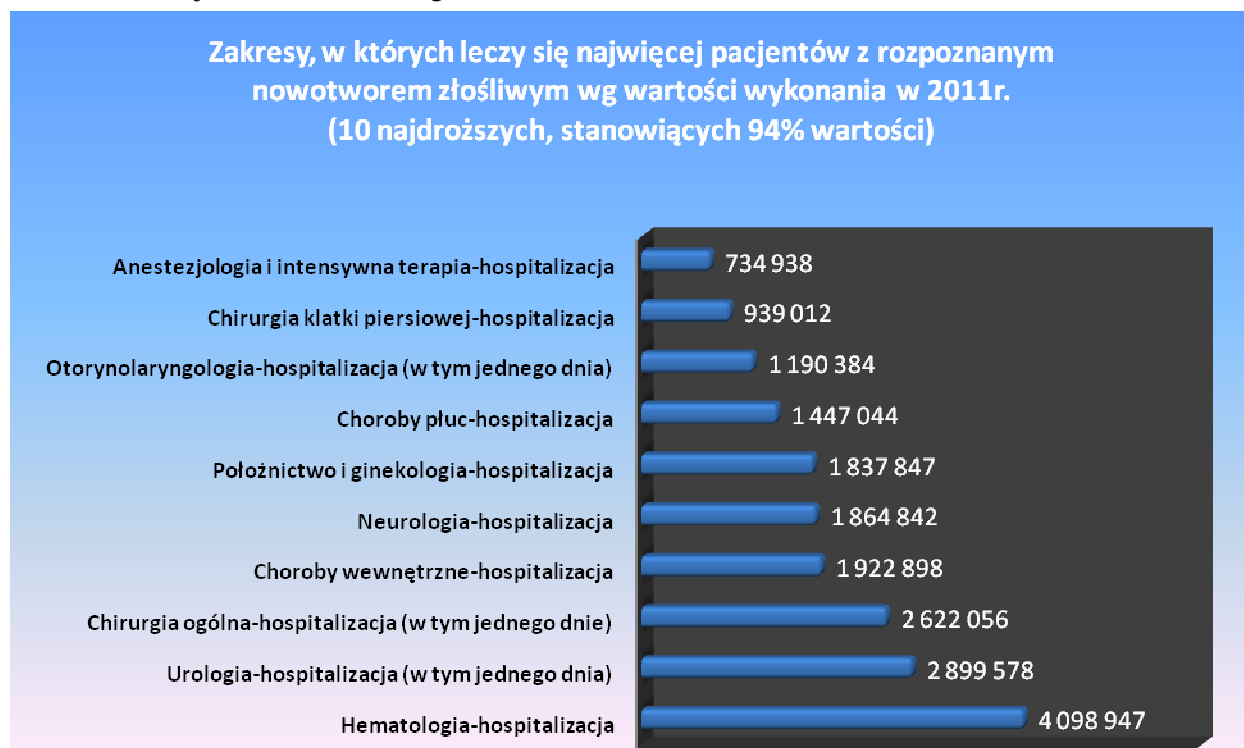
Wykres 36: Nakłady na leczenie onkologiczne w województwie lubuskim – oddziały szpitalne, radio i brachyterapia



Źródło: LOW NFZ, dane za rok 2012 dotyczą stanu za styczeń

Kolejny wykres dotyczy nakładów na leczenie onkologiczne w województwie lubuskim i odnosi się do oddziałów szpitalnych, oraz radio i brachyterapii. Nakłady w zakresie chirurgii onkologicznej – hospitalizacji wyniosły w 2010 roku 9 289 530 zł, w roku 2011 – 9 416 385 zł, a w roku 2012 – 11 338 548 zł. W zakresie teleradioterapii w latach 2010 – 2012 nakłady wynosiły kolejno: 7 334 208 zł, 8 641 236 zł i 8 612 240 zł. W przypadku onkologii klinicznej (hospitalizacja) nakłady w roku 2010 wyniosły 6 547 174 zł, w roku 2011 wzrosły do 6 924 219 zł, natomiast w roku 2012 zmalały do kwoty 6 310 772 zł. Najmniejsza wartość nakładów na leczenie onkologiczne przypadła na brachyterapię. W roku 2010 kwota ta wyniosła 673 200 zł, rok później 685 236 zł., natomiast w 2012 zmalała znów do wartości 662 480 zł.

Wykres 37: Leczenie pacjentów z rozpoznany nowotworem w innych oddziałach szpitalnych województwa lubuskiego (2011r.)

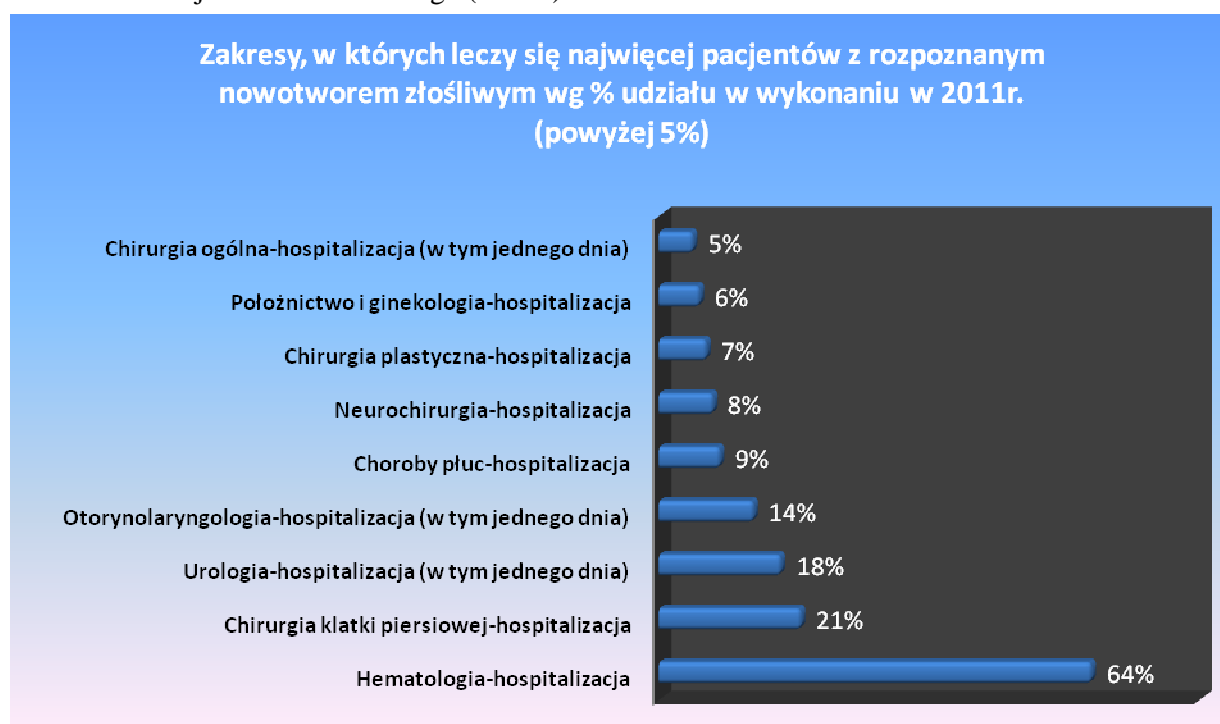


Źródło: LOW NFZ, dane za rok 2012 dotyczą stanu za styczeń

W 2011 roku najwięcej pacjentów z rozpoznany nowotworem złośliwym według wartości wykonania leczyło się w zakresie hematologii (4 098 947 zł). W dalszej kolejności zakres ten obejmował urologię (2 899 578 zł), chirurgię ogólną (2 622 056 zł), choroby wewnętrzne (1 922 898 zł), neurologię (1 864 842 zł), położnictwo i ginekologię

(1 837 847 zł), choroby płuc (1 447 044 zł), otorynolaryngologię (1 190 384 zł) oraz chirurgię klatki piersiowej (939 012 zł). Najmniej pacjentów z rozpoznaniem nowotworem złośliwym w 2011 roku leczyło się w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii. Wartość tego leczenia wyniosła 734 938 zł. Łącznie na rzecz leczenia pacjentów z rozpoznaniem nowotworem złośliwym udzielono świadczeń na kwotę około 20 mln złotych.

Wykres 38: Leczenie pacjentów z rozpoznaniem nowotworem w innych oddziałach szpitalnych województwa lubuskiego (2011r.)



Źródło: LOW NFZ, dane za rok 2012 dotyczą stanu za styczeń

Według procentowego udziału w wykonaniu w 2011 roku wynika, że najwięcej pacjentów z rozpoznaniem nowotworem złośliwym leczy się w zakresie hematologii – aż 64%. W zakresie chirurgii klatki piersiowej leczy się 21% chorych, 18% – w zakresie urologii, natomiast 14% w zakresie otorynolaryngologii. W dalszej kolejności zakres leczenia obejmuje choroby płuc (9%), neurochirurgię (8%), chirurgię plastyczną (7%) oraz położnictwo i ginekologię (6%). Najmniej pacjentów z rozpoznaniem nowotworem złośliwym – według % udziału w wykonaniu w 2011 roku leczyło się w zakresie chirurgii ogólnej (5%).

Realizacja i finansowanie programów profilaktycznych

W ramach umów z Narodowym Funduszem Zdrowia realizowane są następujące profilaktyczne programy zdrowotne:

1. Populacyjny Program Wczesnego Wykrywania Raka Piersi

2. Populacyjny Program Profilaktyki i Wczesnego Wykrywania Raka Szyjki Macicy – etap pogłębionej diagnostyki – KOLPOSKOPIA

3. Program Wczesnego Wykrywania Raka Jelita Grubego

Celem Programów jest zapewnienie sprawnego funkcjonowania programu profilaktyki raka piersi i raka szyjki macicy wchodzących w skład Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych. **Populacyjny Program Wczesnego Wykrywania Raka Piersi** – realizowany jest przez Wojewódzki Ośrodek Koordynujący (WOK) Populacyjny Program Wczesnego Wykrywania Raka Piersi w Szpitalu Wojewódzkim SPZOZ w Zielonej Górze od sierpnia 2007 roku.

Realizacja programu ma prowadzić do:

- stworzenia systemu umożliwiającego wieloletnie, ciągłe prowadzenie aktywnego skryningu raka piersi w Polsce (tj. badań profilaktycznych, przesiewowych),
- poprawy zgłaszalności kobiet na badania profilaktyczne,
- zwiększenia świadomości kobiet w zakresie profilaktyki raka piersi,
- monitorowania losów pacjentek z wykrytymi zmianami nowotworowymi,

Populacyjny Program Profilaktyki i Wczesnego Wykrywania Raka Szyjki Macicy

realizowany jest przez SP Szpital Wojewódzki w Gorzowie Wlkp.

Celem realizacji programu jest zmniejszenie wskaźnika umieralności kobiet na raka szyjki macicy do poziomu osiągniętego w przodujących w tym zakresie krajach Unii Europejskiej oraz podniesienie poziomu wiedzy kobiet na temat profilaktyki raka szyjki macicy i wprowadzenie na terenie całego kraju jednolitego modelu postępowania diagnostycznego.

Program skierowany jest do kobiet, u których po wykonaniu badania cytologicznego wynik był nieprawidłowy i rozpoznano raka szyjki macicy lub inne schorzenia wymagające leczenia specjalistycznego. Na badanie kolposkopowe kierowane są kobiety przez lekarza ginekologa, które przeszły etap diagnostyczny podstawowy.

Program Wczesnego Wykrywania Raka Jelita Grubego

Program finansowany jest przez Ministerstwo Zdrowia w ramach ogólnokrajowej akcji profilaktycznej. W ramach programu wykonywana jest bezpłatnie kolonoskopia, do której kwalifikowane są:

- wszystkie osoby w wieku 50 – 65 lat bez objawów raka jelita grubego
- osoby w wieku 40-65 lat bez objawów raka jelita grubego, które miały w rodzinie przynajmniej jednego krewnego pierwszego stopnia (rodzice, rodzeństwo, dzieci) z rakiem jelita grubego.
- osoby w wieku 25-65 lat z rodzin obciążonych zespołem Lyncha.

Badanie kolonoskopowe można wykonać u trzech Świadczeniodawców.

Szczepienia przeciw HPV

Światowa Organizacja Zdrowia a za nią Polskie towarzystwa medyczne: Polskie Towarzystwo Ginekologiczne oraz Polskie Towarzystwo Profilaktyki Zakażeń HPV rekomendują rutynowe szczepienia nastolatek w wieku 11 – 12 lat oraz szczepienia starszych dziewcząt i kobiet przeciw HPV. Zdaniem polskich lekarzy szczepienia przeciw HPV znacząco obniżają ryzyko wystąpienia raka szyjki macicy i innych zmian wywoływanych przez wirus brodawczaka ludzkiego (HPV). Wykonywanie szczepień powinno być realizowane w sposób programowy i pod warunkiem, że można zagwarantować ich stabilne finansowanie. Jednocześnie szczepienia powinny być częścią programu zawierającego informację i edukację na temat profilaktyki zakażeń wirusem HPV. Polskie Towarzystwo Ginekologiczne szacuje, że szczepienia nastolatek i młodych kobiet przeciw wirusowi brodawczaka ludzkiego spowodują zmniejszenie ogólnej liczby zachorowań na raka szyjki macicy od 76 do 96 procent w ciągu 15 – 20 lat od rozpoczęcia szczepień.

W województwie lubuskim szczepienia takie realizują niektóre samorządy lokalne. Należą do nich:

Powiat Krośnieński (2009 – 2014 r.) – 313

Powiat Żarski (2010 – 2011 r.) – 16

Powiat Żarski (2011-2012 r.) – 24

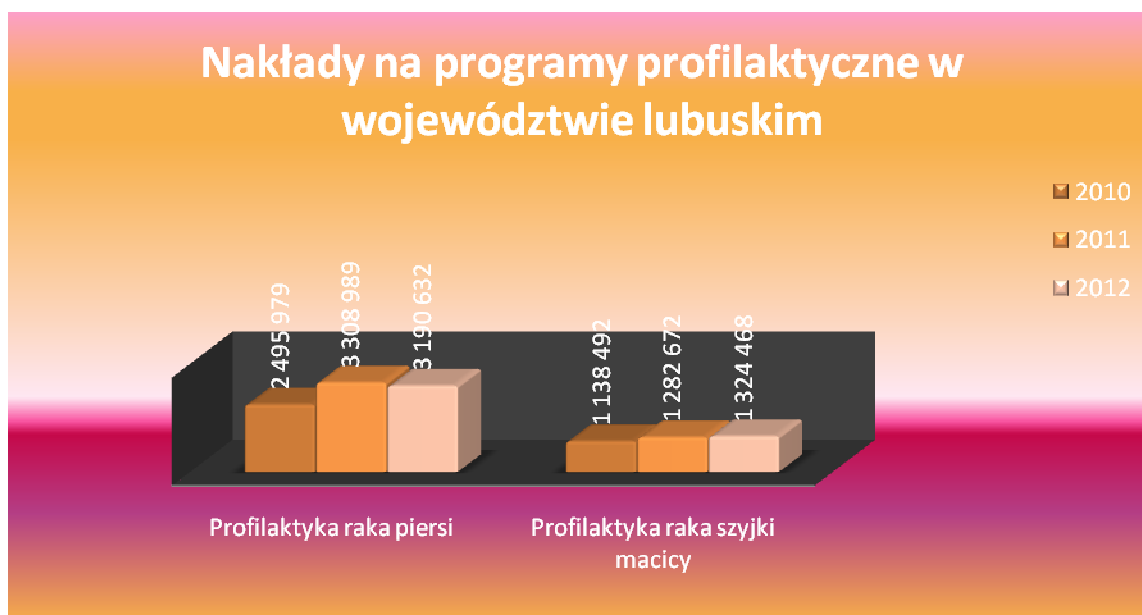
Powiat Żarski (2012 r.) – 1200

Powiat Żagański (2011-2012 r.) – 4

Powiat Zielonogórski (gminy Świdnica, Zabór, Czerwieńsk, Zielona Góra, 2011-2012 r.) – 220. Wdrożenie wieloletniego programu edukacyjnego połączonego z wykonywaniem szczepień ochronnych przeciw HPV, w populacji dziewcząt przed rozpoczęciem inicjacji seksualnej, obniży w przyszłości zachorowalność na raka szyjki macicy u kobiet.

Poniższy wykres przedstawia wysokość nakładów na programy profilaktyczne w województwie lubuskim w zakresie profilaktyki raka piersi oraz profilaktyki raka szyjki macicy. Nakłady na profilaktykę raka piersi w 2010 roku wynosiły 2 495 979 zł, a w roku 2011 ich wartość wzrosła o 813 010 zł do kwoty 3 308 989 zł, z kolei w 2012 roku zmniejszyły się do 3 190 632 zł. Natomiast nakłady na profilaktykę raka szyjki macicy w latach 2010 – 2012 – stan na styczeń - sukcesywnie wzrastały i wyniosły kolejno: 1 138 492 zł, 1 282 672 zł, 1 324 468 zł.

Wykres 39: Nakłady na programy profilaktyczne w województwie lubuskim



Źródło: LOW NFZ, dane za rok 2012 dotyczą stanu za styczeń

Wykres 40: Nakłady na programy profilaktyczne w województwie lubuskim (wartość łączna)



Źródło: LOW NFZ, dane za rok 2012 dotyczą stanu za styczeń

Wartość łączna nakładów na programy profilaktyczne w województwie lubuskim w roku 2010 wyniosła 3 634 471 zł., w roku 2011 wzrosła o 957 189 zł dając kwotę 4 591 660 zł, z kolei w roku 2012 nieznacznie zmalała do kwoty 4 515 100 zł.

Tabela 35: Realizacja programów profilaktycznych – liczba rozpoznanych nowotworów szyjki macicy w latach 2006 - 2011 (wymagających dodatkowej weryfikacji)

PROGRAM PROFILAKTYKI RAKA SZYJKI MACICY 25 - 59 LAT

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Liczba wykonanych badań	21 882	28 968	24 967	31 074	28 423	39 745
Nowotwory złośliwe	(42) 0,19%	(40) 0,13%	(45) 0,18%	(35) 0,11%	(37) 0,13%	(44) 0,11%

Źródło: LOW NFZ, dane za rok 2012 dotyczą stanu za styczeń

Tabela 36: Realizacja programów profilaktycznych – liczba rozpoznanych nowotworów piersi w latach 2006 - 2011 (wymagających dodatkowej weryfikacji)

PROGRAM PROFILAKTYKI RAKA PIERSI 50 - 69 LAT

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Liczba wykonanych badań	8 303	13 773	17 690	25 025	21 728	23 905
Zmiany, które wymagały pogłębionej diagnostyki	(265) 3,19 %	(491) 3,56%	(667) 3,77%	(1009) 4,03 %	(751) 3,34 %	(984) 4,11 %

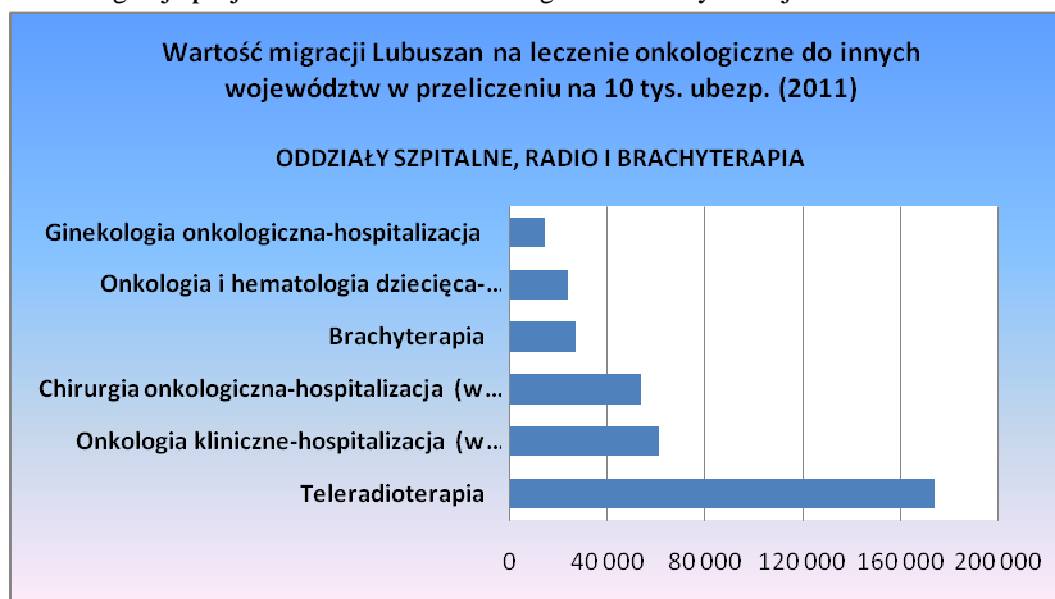
Źródło: LOW NFZ, dane za rok 2012 dotyczą stanu za styczeń

Na terenie Województwa Lubuskiego funkcjonuje 14 pracowni mammograficznych (dwie zorganizowane są w mammobusach), które biorą udział w Populacyjnym Programie Wczesnego Wykrywania Raka Piersi. W programie biorą też udział mammobusy z innych województw.

Jakość pracowni mammograficznych jest w zdecydowanej większości dobra. W roku 2011 dwie pracownie uzyskały negatywną ocenę w ramach kontroli przeprowadzanych przez Wojewódzki Ośrodek Koordynujący Populacyjny Program Wczesnego Wykrywania Raka Piersi.

2.3.6 Migracje pacjentów na leczenie onkologiczne

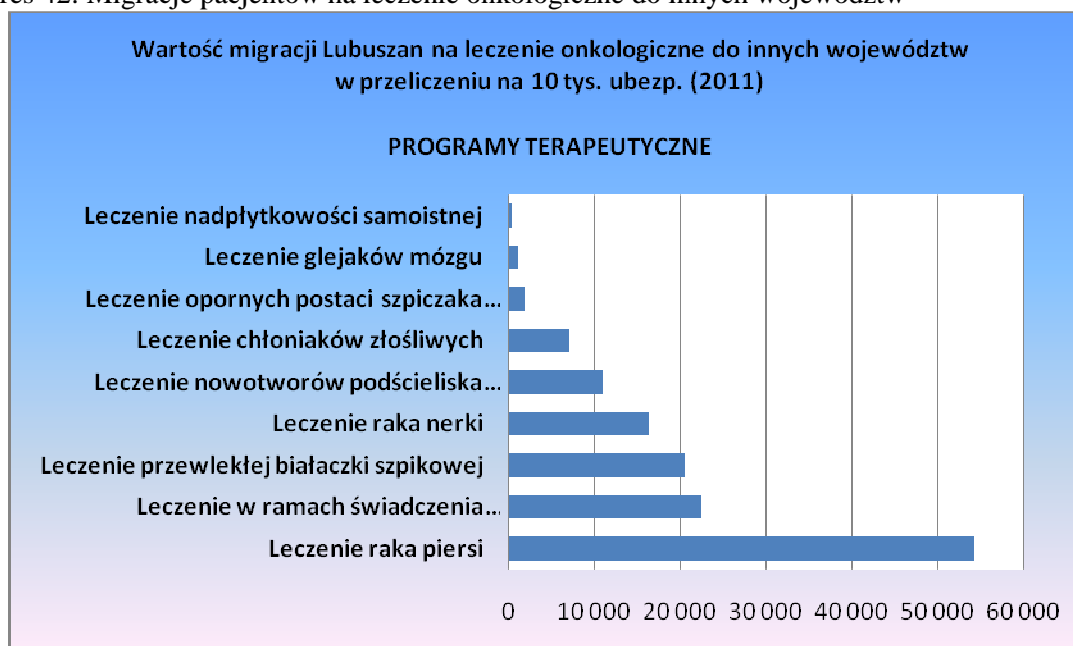
Wykres 41: Migracje pacjentów na leczenie onkologiczne do innych województw



Źródło: LOW NFZ, dane za rok 2012 dotyczą stanu za styczeń

Teleradioterapia to zakres leczenia onkologicznego, na które wyjeżdża najwięcej Lubuszan na leczenie onkologiczne w oddziałach szpitalnych do innych województw. W 2011 roku wartość tej migracji w przeliczeniu na 10 tys. ubezpieczonych wyniosła 173 652 zł. Najniższa wartość migracji wystąpiła w zakresie hospitalizacji na oddziale ginekologii onkologicznej – 14 384 zł.

Wykres 42: Migracje pacjentów na leczenie onkologiczne do innych województw

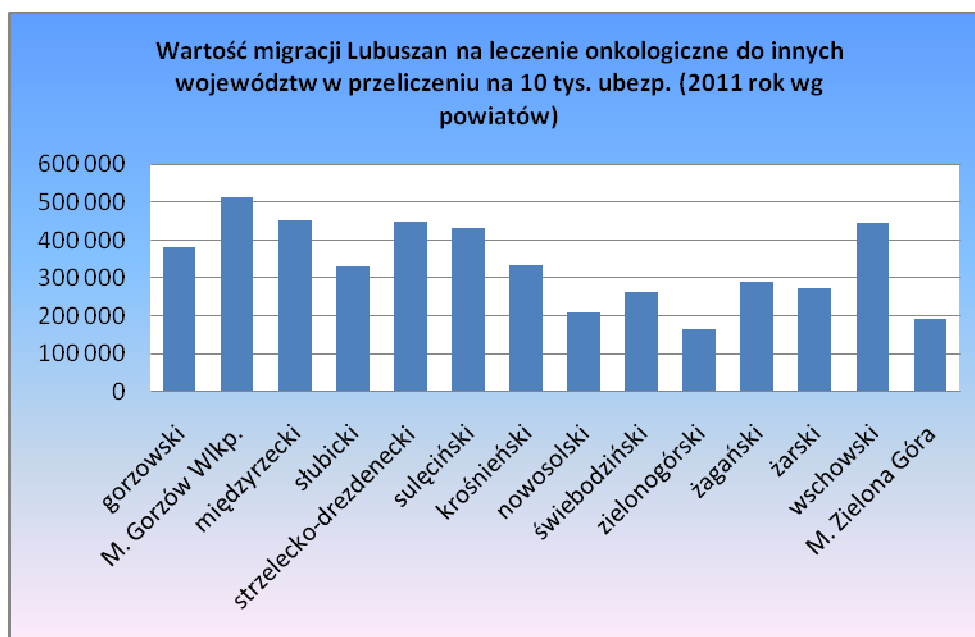


Źródło: LOW NFZ, dane za rok 2012 dotyczą stanu za styczeń

Wartość migracji Lubuszan na leczenie onkologiczne do innych województw w przeliczeniu na 10 tys. ubezpieczonych w 2011 roku w zakresie programów terapeutycznych, w największym stopniu dotyczyła leczenia raka piersi i wyniosła 54 250 zł. Kolejne migracje dotyczyły programów terapeutycznych w ramach świadczenia chemioterapii niestandardowej, leczenia przewlekłej białaczki szpikowej, leczenia raka nerki, nowotworów podścieliska przewodu pokarmowego, leczenia chłoniaków złośliwych. Najniższa wartość migracji w tym zakresie dotyczyła leczenia opornych postaci szpiczaka mnogiego (1 851 zł), leczenia glejaków mózgu (1 081zł.) oraz leczenia nadpłytkowości samoistnej (246 zł.).

W przypadku niektórych - spośród wymienionych – nowotworów migracja chorych do innych województw jest uzasadniona. Niektóre – szczególnie rzadkie – nowotwory powinny być leczone wyłącznie w ośrodkach o największym doświadczeniu, co zapewnia lepsze wyniki.

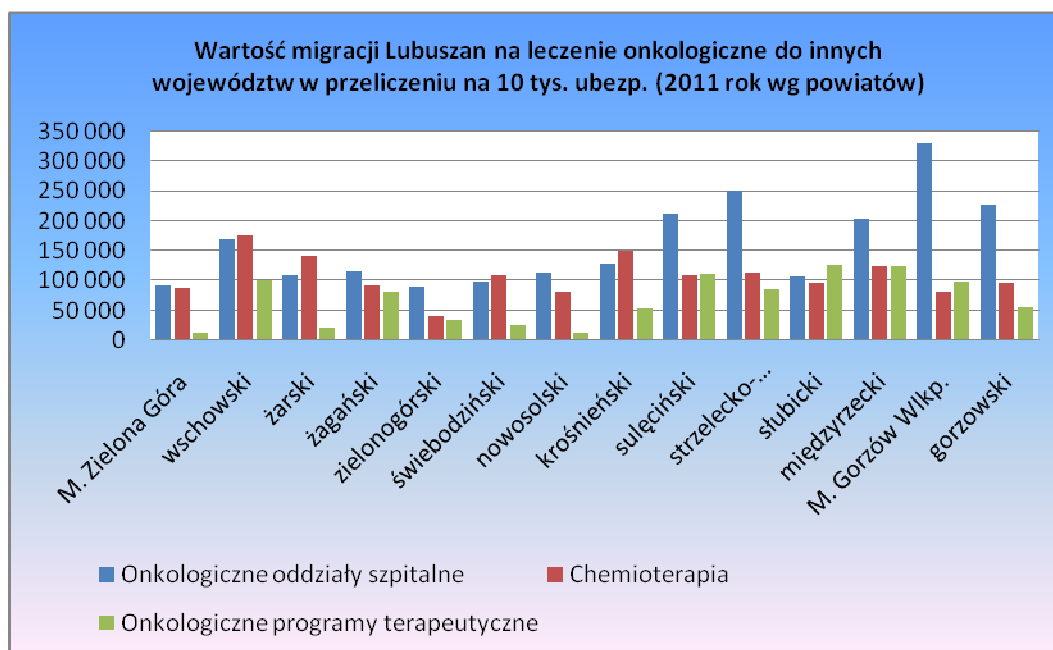
Wykres 43: Migracje pacjentów na leczenie onkologiczne do innych województw



Źródło: LOW NFZ, dane za rok 2012 dotyczą stanu za styczeń

Wartość migracji mieszkańców województwa lubuskiego wyjeżdżających na leczenie onkologiczne do innych województw, wg powiatów, w przeliczeniu na 10 tys. ubezpieczonych w 2011 roku kształtowała się następująco: dla miasta Gorzowa Wlkp. – 511 112 zł, dla powiatu międzyrzeckiego 451 506 zł oraz strzelecko-drezdeneckiego 448 208 zł. Najniższa wartość migracji wystąpiła w powiecie zielonogórskim - 165 346 zł oraz w Zielonej Górze 190 936 zł.

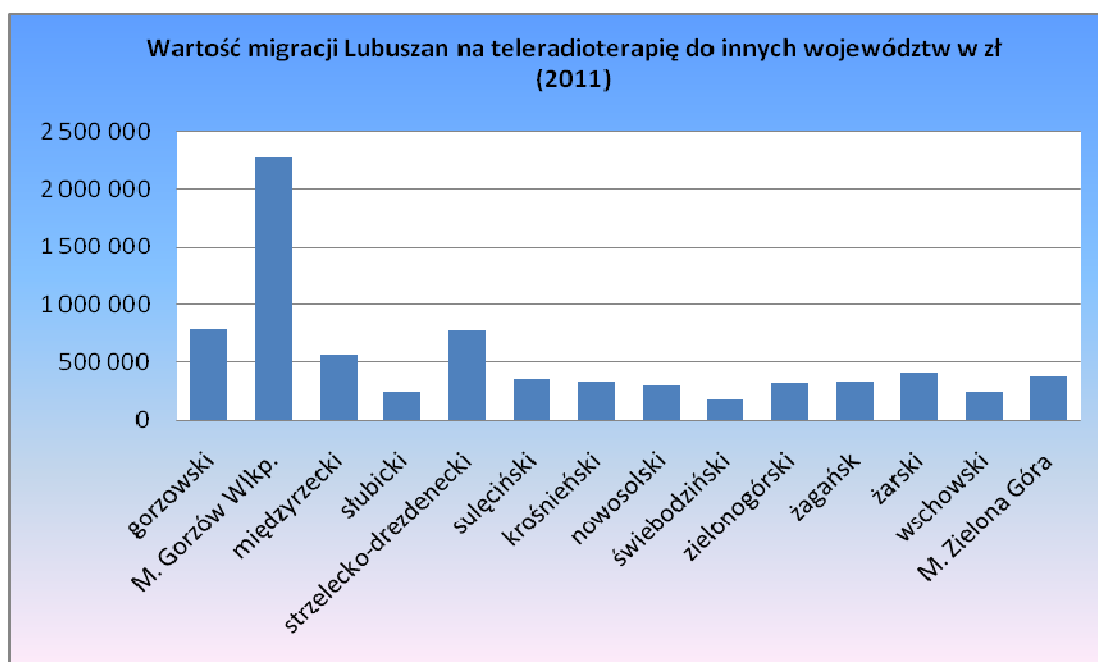
Wykres 44: Migracje pacjentów na leczenie onkologiczne do innych województw



źródło: LOW NFZ, dane za rok 2012 dotyczą stanu za styczeń

Najwyższą wartość migracji Lubuszan w przeliczeniu na 10 tys. ubezpieczonych wyjeżdżających na leczenie onkologiczne do innych województw w zakresie onkologicznych oddziałów szpitalnych w 2011 roku odnotowano w Gorzowie Wlkp., powiecie strzelecko-drezdeneckim, gorzowskim oraz międzyrzeckim oraz sulęcińskim.

Wykres 45: Migracje pacjentów na leczenie onkologiczne do innych województw



Źródło: LOW NFZ, dane za rok 2012 dotyczą stanu za styczeń

Najwyższą wartość migracji Lubuszan na teleradioterapię do innych województw w złotych, w 2011 roku zaobserwowano w Gorzowie Wlkp. – aż 2 276 130 zł., najniższą natomiast w powiecie świebodzińskim – 177 531 zł.

Centrum Monitorowania Chorób Nowotworowych

Od 24 lutego 2011 roku funkcjonuje w województwie lubuskim Centrum Monitorowania Chorób Nowotworowych. Centrum powstało na mocy Porozumienia Partnerskiego w ramach Programu Operacyjnego Współpracy Transgranicznej Polska (Województwo Lubuskie) – Brandenburgia 2007-2013. Porozumienie zostało podpisane pomiędzy niemieckim Stowarzyszeniem Brandenburskim Tumorzentrum w Bad Saarow a Szpitalem Wojewódzkim SPZOZ w Zielonej Górze.

Celem projektu jest poprawa jakości opieki onkologicznej poprzez stworzenie klinicznego rejestru raka, monitorującego opiekę onkologiczną mieszkańców regionu przygranicznego (poczynając od diagnostyki, poprzez opisanie wykorzystanych opcji leczenia aż do opieki poszpitalnej) i sprawdzenie jej zgodności z wytycznymi międzynarodowymi. Projekt „KRR - Optymalizacja opieki onkologicznej przy pomocy klinicznych rejestrów raka” zakłada gromadzenie danych o szerszym zakresie w stosunku do istniejących w Polsce rejestrów epidemiologicznych gromadzących dane dotyczące zachorowalności i umieralności. Siedziba Centrum mieści się w Szpitalu Wojewódzkim SPZOZ w Zielonej Górze.

Obecnie siedem jednostek ochrony zdrowia z naszego województwa przystąpiło do współpracy z Centrum tj.: NZOZ Szpital Powiatowy w Drezdenku, Lubuski Szpital Specjalistyczny Pulmonologiczno-Kardiologiczny Torzymiu, NZOZ Nowy Szpital Kostrzynie nad Odrą, SPZOZ w Sulechowie, NSZOZ „Diagnostyk” w Zielonej Górze, 105 Szpital Wojskowy w Żarach oraz Szpital Wojewódzki SPZOZ w Zielonej Górze.

W wyniku powyższego można monitorować przebieg leczenia pacjentów dotkniętych chorobą nowotworową z różnych części Województwa Lubuskiego. Następnie poprzez zestawienie anonimowych danych z uczestniczących regionów (Województwo Lubuskie – Brandenburgia) będzie można dokonać oceny sposobu leczenia i wypracować optymalne opcje opieki nad chorymi na nowotwory. Do realizacji powyższych zadań niezbędnym jest posiadanie odpowiedniego sprzętu i oprogramowania. Na ten cel zakupiono serwery, które umożliwiają elektroniczną rejestrację danych pacjentów w systemie. Dane wprowadzane są do programu GTDS, na którym pracuje również nasz niemiecki partner. Daje to stronie polskiej możliwość korzystania z doświadczenia naszych sąsiadów. Ponadto przewidziany jest również zakup programów do sporządzania statystyk i archiwizacji danych.

Przy CMCHN powołana została Rada Naukowa. Będzie ona organem wspierającym działania Centrum przewidziane w Projekcie. W jej gronie znaleźli się znakomici specjaliści medycyny, zarówno ze strony polskiej jak i ze strony niemieckiego Partnera. Dzięki wiedzy i doświadczeniu członków Rady możemy uzyskać rekomendację obecnych i projektowanych działań na rzecz zoptymalizowania onkologicznego zaopatrzenia medycznego.

Lubuski Rejestr Nowotworów Złośliwych

Lubuski Rejestr Nowotworów Złośliwych ma swoją siedzibę w Wojewódzkiej Poradni Onkologicznej w Gorzowie Wielkopolskim. Powstał 13 września 2000 roku, decyzją Zarządu Województwa Lubuskiego w Zielonej Górze (DS.IV.8020/19/2000). Zadaniem Rejestru Nowotworów jest zbieranie danych o zachorowaniach na nowotwory złośliwe, aktualizacja tych danych w bazie rejestru, wprowadzanie nowych zachorowań obliczanie współczynników zachorowalności i umieralności oraz analiza gromadzonych danych. Najważniejszym z zadań, jakie stoi przed Rejestrem, jest gromadzenie informacji, które mogą być wykorzystywane do badań naukowych, opracowań, publikacji, śledzenia losów pacjenta oraz w programach zwalczania nowotworów złośliwych (badania przesiewowe). Dane dotyczące zachorowań na nowotwory złośliwe zbierane są na podstawie Ustawy o Statystyce Społecznej z dnia 29 czerwca 1995 roku oraz corocznych rozporządzeń Prezesa Rady Ministrów: Program Badań Statystycznych Statystyki Publicznej (na rok 2006 Dz. U. z dnia 19 lipca 2005r. nr 178, poz. 1485). Nakłada ona na wszystkie jednostki służby zdrowia (publiczne, niepubliczne, gabinety i praktyki prywatne) obowiązek zgłaszania co miesiąc (do 15 dnia każdego miesiąca) do wojewódzkiego rejestru nowotworów wszystkich przypadków rozpoznania bądź podejrzenia nowotworu złośliwego. Dane z Lubuskiego Rejestru Nowotworów przesyłane są rokrocznie do 30 czerwca, do Krajowego Rejestru Nowotworów mieszczącego się w Zakładzie Epidemiologii i Prewencji Nowotworów Centrum Onkologii - Instytucie Marii Skłodowskiej - Curie w Warszawie, gdzie są weryfikowane i łączone w ogólnopolski zbiór roczny. Dane dotyczące zarejestrowanych zachorowań zbierane są na podstawie Kart Zgłoszenia Nowotworu Złośliwego (MZ/N-1a), która jest podstawową formą służącą do rejestracji zachorowań na nowotwory złośliwe, a ponadto do obserwacji losów chorych z chorobą nowotworową od sposobu ustalenia rozpoznania do czasu przeżycia. W Polsce obowiązuje obecnie ICD-10, X Rewizja Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (1994 rok), zgodnie z komunikatem Ministra Zdrowia

i Opieki Społecznej z dnia 28 października 1996 roku (Dz. Urz. MZiOS 1996, nr 13, poz. 35). Do zadań Lubuskiego Rejestru Nowotworów Złośliwych należy również wydawanie biuletynów z uwzględnieniem współczynników standaryzowanych, odsetek i współczynników surowych. W celu przedstawienia statystyki zachorowalności i umieralności, aby była porównywalna w czasie i między różnymi populacjami wykorzystuje się metody uwzględniające wielkość populacji oraz jej strukturę.

3 CZĘŚĆ PLANISTYCZNA

3.1 Potrzeby zdrowotne

Potrzeby zdrowotne określono na podstawie analizy sytuacji demograficznej i epidemiologicznej. Uwzględniono również aktualnie posiadane zasoby w zakresie wyspecjalizowanej kadry, sprzętu i aparatury medycznej oraz dostępności do leczenia, a także możliwości wykorzystania działań profilaktycznych. Takie podejście pozwoliło na sprecyzowanie celów i kierunków rozwoju opieki medycznej.

Niniejsze opracowanie jest kierunkowym wskazaniem rozwiązań w zakresie rozwoju opieki nad pacjentem onkologicznym. Jednocześnie wynika z Lubuskiej Strategii Ochrony Zdrowia na lata 2010–2013, dlatego też celem nadrzędnym pozostaje:

poprawa zdrowia i jakości życia mieszkańców województwa lubuskiego.

Mając na uwadze powyższe, sytuację w zakresie lecznictwa onkologicznego, określono w poniższych wnioskach.

3.1.1 Wnioski wynikające z części diagnostycznej – demograficznej

1. W województwie lubuskim, podobnie jak w kraju, występuje coraz wyraźniejsze i przybierające na sile starzenie się społeczeństwa.
2. Zauważalna jest dwubiegunowość województwa. Rozmieszczenie terytorialne wskazuje, że ok. 60% ludności koncentruje się w południowej części regionu (powiat: żarski, nowosolski, zielonogórski i żagański), a ok. 40% w jego północnej części (powiat gorzowski).
3. W 2010 roku w skali roku odnotowano w województwie spadek umieralności. Nie jest to jednak trwałe odwrócenie trendu wzrostowego, gdyż w najbliższych latach przewiduje się, że będziemy obserwować progresję liczby zgonów związaną

z powiększaniem grup ludności w wieku poprodukcyjnym, w którym umieralność jest wyższa.

4. Prognozuje się, że liczba ludności w wieku produkcyjnym silnie się zmniejszy, a w wieku emerytalnym wzrośnie (w 2035 roku co czwarty Lubuszanin będzie w wieku emerytalnym). W wyniku tego w nadchodzących latach pogorszy się relacja osób w wieku produkcyjnym do osób w wieku poprodukcyjnym.
5. Rok 2010 był kolejnym, w którym odnotowano wzrost przeciętnej długości trwania życia. Przeciętny wiek, jakiego dożył mężczyzna wyniósł 71,5 lat, kobieta 80,1 lat. W przyszłych latach różnica w długości trwania życia kobiet i mężczyzn będzie sukcesywnie maleć. W 2035 r. prognozuje się spadek do poziomu ok. 6 lat. Równocześnie, będzie wydłużać się przeciętne trwanie życia dla obojga płci. Przewiduje się, że przy niezmiennych warunkach umieralności populacji, w 2035 r. mężczyźni przeciętnie będą żyli do osiągnięcia wieku 76,8 lat, kobiety – 83,2 lata.

3.1.2 Wnioski wynikające z części diagnostycznej - epidemiologicznej

1. Wzrost zachorowalności na nowotwory - w 2009 roku u kobiet najczęściej rejestrowany był nowotwór złośliwy piersi, co stanowiło 23,2%, natomiast najczęściej rejestrowanym nowotworem u mężczyzn był nowotwór płuca i oskrzela - 23,4%.
2. Wzrost liczby zgonów z powodu nowotworów - w 2009 roku nowotwory były co drugą przyczyną zgonów mieszkańców województwa lubuskiego.
3. Wśród zgonów z powodu nowotworów 27,07% stanowią osoby przed ukończeniem 60 roku życia – są to tzw. zgony przedwczesne.
4. Najczęstszą przyczyną zgonów na nowotwory w województwie lubuskim wśród mężczyzn był rak oskrzela i płuca, który stanowił w 2009 roku 33,6% zgonów.
5. Najczęstszą przyczyną zgonów na nowotwory w województwie lubuskim wśród kobiet był rak oskrzela i płuca, który stanowił 15,2% zgonów w 2009 roku.
6. W województwie lubuskim zauważa się trend rosnący współczynnika standaryzowanego zachorowalności kobiet i mężczyzn na 100 tys. ludności z powodu nowotworów złośliwych, przy w miarę stabilnym poziomie w kraju.

7. Średnie przeżycia pięcioletnie w nowotworach złośliwych w województwie lubuskim dla kobiet to 47,3% a dla mężczyzn to 26,2% (dane za lata 2000 – 2002).
Są to najslabsze wyniki w kraju.
8. Niska zgłaszalność Lubuszan w ramach programów profilaktycznych, świadczy o niewystarczającej edukacji i podejmowanych działaniach prewencyjnych.
9. Brak możliwości kompleksowego leczenia onkologicznego (chemioterapia i radioterapia) w SP Szpitalu Wojewódzkim w Gorzowie Wlkp. z uwagi na brak radioterapii.
10. Deficyt lekarzy specjalistów w dziedzinach onkologicznych, specjalistów hematologów oraz w dziedzinie pielęgniarstwa onkologicznego. Zła sytuacja występuje także, jeśli chodzi o specjalistów w zakresie: patomorfologii, torakochirurgii, medycyny paliatywnej i rehabilitacji.

3.2 Cel strategiczny i cele operacyjne w zakresie onkologii i onkohematologii

Wyznaczając priorytety dla rozwoju lecznictwa onkologicznego i onkohematologicznego w regionie sformułowano cel strategiczny, za który uznano:

**zapewnienie mieszkańcom naszego regionu wysokiej jakości opieki medycznej
w zakresie lecznictwa onkologicznego i onkohematologicznego.**

Ponadto autorzy opracowania wskazali, że realizacja celu strategicznego możliwa będzie poprzez sformułowanie celów szczegółowych – operacyjnych. Ustalono, że najważniejsze z nich to:

- zwiększenie nakładów i działań w zakresie edukacji i prewencji chorób nowotworowych,
- zmniejszenie szkód zdrowotnych i społecznych spowodowanych nowotworami złośliwymi,
- zmniejszenie proporcji w zakresie zachorowalności i umieralności na nowotwory złośliwe w porównaniu z Polską i krajami Unii Europejskiej,
- zapewnienie mieszkańcom regionu równego dostępu do pełno profilowej diagnostyki w zakresie chorób nowotworowych,

- poprawa dostępności do kompleksowego i nowoczesnego leczenia nowotworów oraz opieki paliatywnej i hospicyjnej,
- poprawa dostępności do leczenia niestandardowego chorych onkohematologicznie,
- poprawa wskaźników dotyczących 5-letnich przeżyć pacjentów od chwili zachorowania
- zmniejszenie deficytu specjalistycznej kadry medycznej w dziedzinach: onkologia, hematologia, radioterapia.

3.3 Kierunki rozwoju opieki zdrowotnej w zakresie onkologii i onkohematologii

Wyznaczając kierunki rozwoju opieki medycznej w zakresie onkologii należy uwzględnić oprócz potrzeb zdrowotnych mieszkańców, dostęp do bazy diagnostyczno-terapeutycznej oraz posiadany potencjał w zakresie wysokospecjalistycznej kadry medycznej. Należy także podjąć działania zmierzające do poprawy jakości życia osób, które przezwyciężyły chorobę i tych, które potrzebują opieki paliatywnej.

W rozwoju opieki zdrowotnej w zakresie onkologii należy uwzględnić następujące kierunki:

1. zwiększenie dostępności i skuteczności nowoczesnych programów profilaktycznych oraz zwiększenie nakładów na ten cel,
2. zmniejszenie ograniczeń w dostępie do badań diagnostycznych i poprawa jakości diagnostyki,
3. równomierne rozmieszczenie ośrodków realizujących świadczenia w zakresie onkologii z uwzględnieniem dostępu do specjalistycznej aparatury oraz wykwalifikowanej kadry medycznej,
4. dążenie do stworzenia warunków do kompleksowego leczenia onkologicznego, (w tym – stworzenie zespołów wielodyscyplinarnych dedykowanych dla podejmowania decyzji terapeutyczno-diagnostycznych w przypadku najważniejszych nowotworów w największych ośrodkach onkologicznych – to jest w Zielonej Górze i Gorzowie Wielkopolskim),

5. poszerzenie bazy leczniczej w zakresie radioterapii o ośrodek w Gorzowie Wielkopolskim,
6. konieczne jest dalsze rozwijanie ośrodka zielonogórskiego: pracownia brachyterapii wymaga pilnej rozbudowy i doposażenia by móc leczyć brachyterapią raka piersi i prostaty, do tej pory pacjenci kierowani są na taką terapię do Poznania, a jest to spora grupa chorych. Najbardziej rozsądne jest stworzenie warunków do współpracy w Zielonej Górze i Gorzowie Wielkopolskim co wpłynie na podnoszenie poziomu świadczonych usług w obu ośrodkach,
7. zapewnienie ciągłości leczenia poszpitalnego w poradniach specjalistycznych i zakładach rehabilitacyjnych,
8. stworzenie bazy rehabilitacyjnej przy ośrodkach onkologii – psychoonkologia,
9. zwiększenie zatrudnienia lekarzy specjalistów w zakresie leczenia onkologicznego; istotna jest także sprawa odpowiedniej liczby patomorfologów – bez zapewnienia odpowiedniego poziomu diagnostyki patomorfologicznej nie uzyska się poprawy w leczeniu wielu nowotworów.
10. poprawa dostępności do opieki paliatywnej i hospicyjnej.

Na mapie nr 4 przedstawiono aktualne rozmieszczenie ośrodków onkologicznych zlokalizowanych na terenie województwa lubuskiego w zestawieniu ze stanem oczekiwanym, czyli utworzeniem ośrodka radioterapii i brachyterapii w Gorzowie Wielkopolskim.

MIEJSCE NA MAPKĘ NR 4

3.4 Zadania do realizacji

W celu realizacji wyznaczonych kierunków konieczne jest zaplanowanie konkretnych działań, które pozwolą na poprawę funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej nad osobami chorymi na nowotwory w województwie lubuskim.

3.4.1 Zadania w zakresie profilaktyki i wczesnego wykrywania nowotworów

Ponieważ coraz więcej osób choruje na nowotwory, działania prewencyjne czyli zapobieganie ich powstawaniu i rozwojowi, powinno stać się w niedalekiej przyszłości głównym celem działań medycznych. W przypadku choroby nowotworowej profilaktyka jest szczególnie istotna. Działania profilaktyczne mające na celu zapobieganie nowotworom mogą być realizowane w różnych formach.

Zadania w zakresie profilaktyki nowotworów złośliwych są również określone 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**. Rozporządzenie określa zakres świadczeń opieki zdrowotnej polegających na między innymi: profilaktycznych badaniach lekarskich w celu wczesnego rozpoznawania chorób, w szczególności chorób układu krążenia oraz chorób nowotworowych. W celu profilaktyki nowotworów złośliwych lekarz podstawowej opieki zdrowotnej powinien w szczególności przeprowadzić wywiad w kierunku obciążenia rodzinnym występowaniem nowotworów - podczas pierwszej wizyty pacjenta, u kobiet w wieku powyżej 18 lat - instruktaż samobadania piersi, u kobiet w wieku powyżej 35 lat - fizykalne badanie piersi w odstępach jednorocznych, badanie skóry, warg, jamy ustnej i gardła - co roku, badanie per rectum kobiet i mężczyzn powyżej 45 roku życia - co roku.

W celu zapobiegania występowania chorób nowotworowych i systemowego wdrażania działań dotyczących profilaktyki onkologicznej powstał program wieloletni Narodowy Program Zwalczenia Chorób Nowotworowych. Oprócz realizacji jego założeń ważne jest wspieranie finansowe i wdrażanie niektórych programów profilaktycznych przez samorządy terytorialne.

Podczas prac zespołu ds. wyznaczania kierunków rozwoju lecznictwa w zakresie onkologii ustalono, że brakuje programów edukacyjnych dedykowanych młodym ludziom. Ta populacja, z uwagi na prognozy zachorowań, jest najbardziej zagrożona, ale też najbardziej chłonna i podatna na wiedzę.

Programy edukacyjne powinny być kierowane do uczniów szkół podstawowych, gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych, ich rodziców i opiekunów, a także kadry pedagogicznej. Szkoły różnego stopnia są miejscem, gdzie można dotrzeć do szerokiego grona młodych ludzi. Wprowadzenie edukacji prozdrowotnej na temat raka szyjki macicy i raka piersi do szkół, przyczyni się do podniesienia poziomu wiedzy i zainicjowania dyskusji, dzięki której w przyszłości młode kobiety podejmą odpowiednie działania, czyli wykonają odpowiednie badania i skonsultują się z lekarzem.

Ponadto w ramach poprawy jakości diagnostyki i terapii w ośrodkach prowadzących leczenie onkologiczne proponuje się tworzenie centrów diagnostyki i leczenia, np. raka piersi, jelita grubego itp.

Cele tego przedsięwzięcia to przede wszystkim:

- Zwiększenie dostępności do szybkiej i skutecznej diagnostyki nowotworów
- Skrócenie czasu od objęcia pacjenta procedurą diagnostyczną do momentu podjęcia optymalnego leczenia (do 3 tygodni).
- Zwiększenie wykrywalności nowotworów na wczesnym etapie zaawansowania choroby.
- Poprawa w zakresie skuteczności leczenia mierzonej obiektywnym parametrem pięcioletnich okresów wyleczenia.

3.4.2 Zadania w zakresie diagnostyki

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej zapewnia między innymi możliwość stałego dostępu do świadczeń diagnostycznych, finansowanych ze środków publicznych. Powyższe rozporządzenie określa wykaz i warunki realizacji badań diagnostycznych, dotyczących pomieszczeń wyposażenia i zatrudnienia personelu z odpowiednimi kwalifikacjami oraz wymienia, w jakich przypadkach mogą być przeprowadzane wysokospecjalistyczne badania diagnostyczne.

Podczas prac Zespołu wskazano priorytety w tym zakresie. Należy przede wszystkim usprawnić i uzupełnić diagnostykę: cytologiczną, histopatologiczną poprzez zwiększenie dostępności i skrócenie czasu oczekiwania, a także rozwijać kompleksową diagnostykę radiologiczną i obrazową. Ponadto powinno się stale dążyć do wyposażenia podmiotów leczniczych w nowoczesny sprzęt diagnostyczno-terapeutyczny.

3.4.3 Zadania w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej

Warunki realizacji porad specjalistycznych, badań diagnostycznych, procedur zabiegowych ambulatoryjnych, chemioterapii i innych świadczeń w zakresie leczenia ambulatoryjnego określa Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 roku, w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Ambulatoryjna opieka specjalistyczna może być realizowana w warunkach poradni przyszpitalnych, odrębnych zakładów opieki zdrowotnej oraz indywidualnych i grupowych praktyk lekarskich.

W ramach prac nad wyznaczaniem kierunków rozwoju lecznictwa w zakresie onkologii i onkohematologii w województwie lubuskim ustalono, że w celu zapewnienia kompleksowej ambulatoryjnej opieki medycznej niezbędne jest:

- utrzymanie i rozwój dwóch dużych poradni specjalistycznych w zakresie onkologii klinicznej oferujących pełną i szybką diagnostykę w funkcjonujących ośrodkach, jakimi są Samodzielny Publiczny Szpital Wojewódzki w Gorzowie Wielkopolskim i Szpital Wojewódzki SP ZOZ w Zielonej Górze.
- uruchomienie przynajmniej w dwóch poradniach onkologicznych (Zielona Góra i Gorzów Wielkopolski) zakładów psychoonkologii i seksuologii onkologicznej, które zapewnią rehabilitacyjną opiekę poszpitalną oraz stworzą możliwości kontynuacji leczenia,
- istnienie dwóch poradni konsultacyjnych (przy dużych ośrodkach onkologicznych) w zakresie onkologii dziecięcej aby wczesna diagnostyka możliwa była na terenie województwa lubuskiego.

Ponadto niezbędne jest funkcjonowanie poradni onkologicznych dysponujących pełną diagnostyką, co pozwoli na zabezpieczenie dostępności i opieki medycznej pacjentom onkologicznym naszego województwa.

Ważną również pozostaje kwestia zmniejszenia deficytu wysokospecjalistycznej kadry medycznej w tych poradniach. Oprócz lekarzy powinni się tu znaleźć psycholog, psychiatry, rehabilitanci oraz pielęgniarki ze specjalizacją z pielęgniarstwa onkologicznego.

W opinii członków zespołu opieka ambulatoryjna w zakresie ginekologii onkologicznej może być prowadzona w ramach poradni onkologicznych przez specjalistów w zakresie ginekologii onkologicznej lub lekarzy specjalizujących się w zakresie ginekologii onkologicznej.

3.4.4 Zadania w zakresie lecznictwa szpitalnego

W leczeniu chorób nowotworowych leczenie szpitalne stanowi główny i zasadniczy etap. Aby je usprawnić należy zwiększyć dostępność do chemioterapii i radioterapii w warunkach hospitalizacji oraz w systemie leczenia na oddziałach dziennych. W zakresie chemioterapii zespół nie dostrzega konieczności zwiększenia liczby ośrodków leczenia chemioterapeutycznego w województwie lubuskim i rekomenduje utrzymanie leczenia w tym zakresie w istniejących obecnie 3 oddziałach (Zielona Góra, Gorzów Wielkopolski oraz Torzym w zakresie raka płuca).

W istniejących wyżej wymienionych ośrodkach onkologicznych należy utrzymać możliwość leczenia zarówno w trybie stacjonarnym, jednodniowym jak i ambulatoryjnym ze wskazaniem na poszukiwanie możliwości rozszerzenia leczenia w trybie jednodniowym, w czym zespół upatruje możliwości na zmniejszenie ewentualnych kolejek oczekujących na leczenie systemowe, a także obniżenia kosztów lecznictwa onkologicznego w województwie. Każdy z trzech ośrodków powinien posiadać zarówno rozwiniętą bazę łóżkową dostosowaną do potrzeb jak i bazę stanowisk do leczenia w trybie dziennym.

Na podstawie przeprowadzonej analizy dostrzega się konieczność realizacji świadczeń w zakresie radioterapii w województwie lubuskim w ramach ośrodka onkologicznego w Gorzowie Wielkopolskim. Utworzenie takiego ośrodka przy SP Szpitalu Wojewódzkim w Gorzowie Wielkopolskim zapewni pacjentom kompleksową onkologiczną opiekę medyczną. Problem może stanowić kadra i organizacja leczenia, dlatego w początkowym okresie należałoby wykorzystać możliwości w tym zakresie ośrodka onkologii w Zielonej Górze.

Z analizy obecnej sytuacji w zakresie radioterapii wynika, iż znaczna liczba leczonych pacjentów wyjeżdża poza województwo lubuskie. Utrudniona dostępność powoduje kolejki i wydłużony czas oczekiwania na świadczenia. Stworzenie ośrodka radioterapii w SP Szpitalu Wojewódzkim w Gorzowie Wielkopolskim przyczyni się do zwiększenia dostępności do świadczeń i wpłynie na zmniejszenie migracji pacjentów.

Należy również wykorzystać bazę Lubuskiego Szpitala Specjalistycznego Pulmonologiczno-Kardiologicznego w Torzymiu, w dwóch aspektach. Po pierwsze, powinien nastąpić rozwój istniejącego oddziału pulmonologii z pododdziałem chemioterapii, a następnie – jako element systemu w lecznictwie onkologicznym, powinno się rozważyć utworzenie oddziału rehabilitacji onkologicznej, psychoonkologii, oddziałów psychoterapii dla pacjentów po leczeniu onkologicznym.

Leczenie chirurgiczne jest w większości nowotworów złośliwych i łagodnych (guzów litych) podstawową formą leczenia, dającą szanse na uzyskanie wyleczenia. Prowadzone jest ono w większości w oddziałach chirurgii onkologicznej a także w oddziałach zabiegowych specyficznych dla poszczególnych narządów (neurochirurgia, laryngologia, ortopedia, urologia, ginekologia). Proponuje się rozszerzenie liczby zabiegów wykonywanych na tych oddziałach, a także wskazuje na możliwość podjęcia starań w celu utworzenia dwóch samodzielnych oddziałów ginekologii onkologicznej w ośrodkach w Zielonej Górze i Gorzowie Wielkopolskim.

Ponadto w zakresie chirurgii onkologicznej, proponuje się aby leczenie prowadzone było w obecnie funkcjonujących oddziałach. Wskazane jest aby w takich ośrodkach wydzielone zostały samodzielne oddziały chirurgii onkologicznej z zapleczem łóżkowym (przynajmniej 20 łóżek). Obsadę takich oddziałów powinni stanowić specjaliści w zakresie chirurgii onkologicznej. Wskazane jest także stałe podnoszenie kwalifikacji zespołów w zakresie spektrum wykonywanych zabiegów.

We wszystkich szpitalach, na oddziałach prowadzących leczenie onkologiczne, niezbędne jest wprowadzanie nowoczesnych metod i technik terapeutycznych, sukcesywna wymiana zużytego sprzętu i doposażenie w nowoczesną aparaturę.

Z uwagi na częstość występowania i skalę problemu epidemiologicznego jaki stanowi rak płuca można rozważyć utworzenie drugiego ośrodka chirurgii klatki piersiowej w województwie lubuskim w Gorzowie Wielkopolskim. Nie mniej jednak, przed podjęciem takiej decyzji należy dokonać szczegółowej analizy możliwości zabezpieczenia takiego oddziału zarówno w zakresie kadrowym jak i zawarcia kontraktu z LOW NFZ.

3.4.5 Zadania w zakresie hematologii

Wzrost zachorowań na nowotwory układu krwiotwórczego oraz rosnące koszty terapii wymagają zwiększenia nakładów na ten cel oraz usprawnienia zarządzania.

Efektywność kosztów można poprawić poszerzając zakres świadczeń ambulatoryjnych. „Kierunki rozwojowe w hematoonkologii są wyznaczone przez nowe metody leczenia i diagnostyki. Skuteczne stosowanie innowacyjnych leków, w tym przeciwciał monoklonalnych, immunomodulatorów, blokerów proteasomu, blokerów kinazy tyrozynowej, wymaga użycia metod diagnostycznych nie w pełni w województwie lubuskim dostępnych. Wskazane jest utworzenie pracowni cytogenetycznej i molekularnej”. Dr Alina Świdarska proponuje uzyskanie opinii Konsultanta Wojewódzkiego i ekspertyzy kosztów. Tworzenie kolejnych pracowni w celu wykonywania kilku badań w miesiącu można uznać za nieefektywne, zarówno pod względem ich jakości, jak i kosztów całego przedsięwzięcia).

Trendy w zakresie rozwoju współczesnego lecznictwa hematologicznego, polegają głównie na stosowaniu w leczeniu chorób rozrostowych układu krwiotwórczego, leczenia celowanego (blokery kinazy tyrozynowej, blokery proteasomu itp.) i leków biologicznych (czynniki wzrostu, Interferony, przeciwciała monoklonalne). Wskazany jest rozwój lub tworzenie Pracowni Cytogenetycznych i Molekularnych, przy pomocy których można wykrywać zaburzenia genetyczne i na poziomie molekularnym, celem doskonalszego leczenia tych zaburzeń.

Rozwój współczesnej hematologii powinien uwzględniać potrzeby trzech głównych grup pacjentów:

- wymagających leczenia ambulatoryjnego, również kosztownymi, nowoczesnymi lekami, z użyciem specjalistycznych technik diagnostycznych; powołane do ich prowadzenia powinny być sprawne poradnie hematologiczne oraz oddziały dziennej chemioterapii;
- chorych ze wskazaniami do intensywnej chemioterapii i leczenia wspomagającego w warunkach szpitalnych; potrzebują oni oddziałów szpitalnych o przyszłościowym standardzie, dostępu do wysokospecjalistycznych metod terapii, w tym przeszczepienia szpiku oraz dostosowanej do tych zadań diagnostyki, prowadzonej w laboratoriach wewnętrznych lub, z wykorzystaniem outsourcingu i sprawnej logistyki, w laboratoriach zewnętrznych;

- kwalifikujących się do terapii paliatywnej w warunkach szpitalnych oraz ambulatoryjnej bądź stacjonarnej opieki hospicyjnej; podstawą sprawowania opieki nad tymi pacjentami są istniejące już hospicja.

Mając na uwadze perspektywę lat 2012-2020, poprawa dostępności do leczenia hematologicznego oraz poprawa wskaźników pięcioletnich przeżyć w zakresie chorób rozrostowych szpiku i układu chłonnego w województwie lubuskim, zależy od wielu czynników i uwarunkowań. Przede wszystkim istotna jest profilaktyka i wczesne wykrywanie chorób nowotworowych układu krwiotwórczego, oparte na przesiewowej diagnostyce w warunkach podstawowej opieki zdrowotnej. Dobre efekty mogą przynieść szkolenia dla lekarzy rodzinnych w tym zakresie.

Rekomendacje w zakresie lecznictwa ambulatoryjnego i szpitalnego:

- proponuje się utrzymanie i rozwijanie dwóch ośrodków w zakresie hematologii w województwie lubuskim (Zielona Góra i Gorzów Wielkopolski),
- proponuje się przesunięcie części procedur z lecznictwa zamkniętego do ambulatoryjnego (uzależnione od warunków realizacji świadczeń ustalonych przez NFZ), na co pozwala dostępność doustnych bądź podskórnych postaci leków, występujących dotychczas wyłącznie w formie dożylniej. Leczenie ambulatoryjne jest w większości wypadków zgodne z życzeniami pacjentów; jest także tańsze, ponieważ nie zawiera tzw. kosztów hotelowych i nie naraża pacjentów na infekcje wewnątrzszpitalne,
- w zakresie onkohematologii dziecięcej powinno dążyć się do stworzenia możliwości konsultacji w dwóch dużych poradniach onkologicznych (Zielona Góra i Gorzów Wielkopolski, dedykowane dni i godziny konsultacyjne). Konsultacje powinny być prowadzone przez specjalistów zajmujących się onkohematologią dziecięcą.
- dostosowanie do realizowanych zadań oddziału hematologii w Szpitalu Wojewódzkim SP ZOZ w Zielonej Górze oraz utworzenie tam pododdziału dziennej chemioterapii oraz centralnej rozlewni cytostatyków.
- zauważa się, że w województwie istnieje sytuacja przedłużającego się oczekiwania na leczenie hematologiczne (chemioterapia). Sytuacja taka może wynikać z braku istnienia przy oddziałach hematologicznych stanowisk do leczenia chemioterapią w trybie jednodniowym lub ambulatoryjnym. Należałoby rozważyć utworzenie przy każdym z oddziałów hematologii stanowisk do leczenia dziennego i ambulatoryjnego.

- wskazuje się, z uwagi na duże niedobory kadrowe w zakresie hematologii w województwie lubuskim, na konieczność podjęcia starań w celu zwiększenia liczby specjalistów w zakresie hematologii,

- zespół proponuje stworzenie systemu informacji medycznej, umożliwiającego bezpieczne przesyłanie danych pacjentów. Podstawą zintegrowanego systemu powinien być dostosowany do całości, funkcjonalny system informatyczny każdego oddziału szpitalnego i poradni specjalistycznej.

Ponadto w województwie lubuskim stwierdza się brak możliwości leczenia w zakresie transplantacji szpiku (nowoczesnej i skutecznej metody leczenia niektórych chorób rozrostowych szpiku). Wszyscy pacjenci z województwa lubuskiego kierowani są na takie leczenie do ośrodków w województwach ościennych w Poznaniu i Wrocławiu. Część pacjentów sama wybiera leczenie w ośrodkach poza województwem lubuskim z uwagi na brak możliwości takiego leczenia na miejscu. W związku z powyższym proponuje się dokonanie pogłębionej analizy zapotrzebowania i wykonalności oraz w przypadku pozytywnych wniosków płynących z w/w analizy podjęcie starań nad uruchomieniem w województwie przynajmniej jednego ośrodka przeszczepowego. Metoda allogenicznego przeszczepiania szpiku, jako bardziej skomplikowana i kosztowniejsza, powinna być nadal prowadzona w dużych szpitalach klinicznych. Przeszczepianie autologiczne, szczególnie u wybranych grup chorych, na przykład ze szpiczakiem plazmocytowym, może w przyszłości odbywać się Gorzowie lub w Zielonej Górze.

Poprawa skuteczności leczenia szpitalnego i ambulatoryjnego mogłaby nastąpić dzięki szkoleniu kadry lekarskiej i pielęgniarskiej oraz poprzez stworzenie warunków organizacyjnych i sanitarnych zgodnych ze standardami europejskimi.

3.4.6 Zadania w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej

W celu zapewnienia bezpieczeństwa pacjentom onkologicznym w województwie lubuskim, powinno się zadbać o rozwój opieki paliatywnej i hospicyjnej. W szpitalach gdzie udzielane są świadczenia z zakresu medycyny paliatywnej powinno się dążyć do zwiększenia liczby łóżek, a w ośrodkach, w których takie oddziały nie funkcjonują powinno się je utworzyć. Opiekę paliatywną nad pacjentami powinien sprawować interdyscyplinarny zespół z dużym doświadczeniem medycznym i psychologicznym.

W zakresie opieki hospicyjnej, domowej i dziennej powinno się dążyć do zapewnienia pacjentom coraz lepszego dostępu w tej części województwa gdzie występuje jej brak.

Z analizy danych w części diagnostycznej w odniesieniu do opieki hospicyjnej wynika, że zapotrzebowanie na te świadczenia jest ogromne, a uwzględniając przewidywany wzrost zachorowań na nowotwory złośliwe będzie rosące. Od roku 2007 do 2011 liczba osobodni leczenia wzrosła z 95 970 do 157 011 w przypadku hospicjów domowych. Wynika to z faktu, iż pacjenci znajdujący się w stanie terminalnym nie mają zapewnionej wystarczającej opieki w warunkach domowych i nie ma również przesłanek do ich leczenia na innych oddziałach szpitalnych np. wewnętrznych. Dlatego też, jedyną szansą na kompleksową, wszechstronną opiekę nad pacjentami onkologicznymi, chorymi nieuleczalnie, jest rozwój medycyny paliatywnej i hospicyjnej.

W zakresie lecznictwa hospicyjnego/paliatywnego oraz rehabilitacji proponuje się:

- utworzenie ośrodków leczenia hospicyjnego (hospicja domowe, hospicja stacjonarne) we wszystkich większych miastach powiatowych województwa lubuskiego tak, aby pacjenci w terminalnym okresie choroby nowotworowej mieli zapewniony dostęp do opieki hospicyjnej jak najbliżej swojego miejsca zamieszkania.
- rozszerzenie istniejącej bazy oddziałów paliatywnych o oddziały (przynajmniej 20 łóżkowe) przy obydwu ośrodkach onkologicznych (Zielona Góra i Gorzów Wielkopolski).
- utworzenie przynajmniej jednego ośrodka rehabilitacji medycznej dla pacjentów po leczeniu onkologicznym ze szczególnym wskazaniem na pacjentki po mastektomii. Dobrą lokalizację z uwagi na położenie geograficzne oraz warunki stanowi ośrodek w Torzymiu.
- uruchomienie na obszarze działania hospicjum domowego utworzenie poradni medycyny paliatywnej zajmującej się chorymi cierpiącymi a nie kwalifikującymi się jeszcze do opieki hospicyjnej.
- powstanie co najmniej dwóch zespołów opieki paliatywnej dla dzieci w województwie lubuskim w Zielonej Górze i Gorzowie Wielkopolskim.

Ponadto, zespół zauważa duży deficyt specjalistów medycyny paliatywnej w województwie lubuskim i brak chętnych do specjalizowania w tej dziedzinie. W związku z powyższym rekomenduje się podjęcie działań, mających na celu zachęcenie lekarzy do rozpoczęcia specjalizacji w zakresie medycyny paliatywnej.

3.4.7 Zadania w zakresie specjalistycznej kadry medycznej

Realizacja zaproponowanych powyżej rozwiązań, zmierzających do poprawy usług medycznych w województwie lubuskim, nie będzie możliwa bez podjęcia działań w kierunku likwidacji deficytów w zakresie wyspecjalizowanej kadry. Znaczący niedobór lekarzy specjalistów w dziedzinach onkologicznych, specjalistów hematologów oraz w dziedzinie pielęgniarstwa onkologicznego, a także w zakresie: patomorfologii, torakochirurgii, medycyny paliatywnej rehabilitacji jest przyczyną trudności w rozwoju i organizacji lecznictwa onkologicznego i hematologicznego w regionie, a także zawierania kontraktów z LOW NFZ. Obecnie wydłużenie czasu pracy poradni specjalistycznych, tworzenie nowych ośrodków jest trudne do spełnienia.

Dzieląc specjalizacje lekarskie na podstawowe i szczegółowe, zauważa się, że w obu tych kategoriach liczba lekarzy w województwie lubuskim przypadających na 10 tysięcy mieszkańców należy do jednej z najniższych w Polsce.

Lubuskie jest przedostatnim województwem pod względem proporcji między liczbą lekarzy o specjalności głównej a liczbą mieszkańców. Liczba lekarzy w segmencie specjalizacji głównych (choroby wewnętrzne, pediatria, medycyna rodzinna, chirurgia, ginekologia i położnictwo, anestezjologia i medycyna ratunkowa) wynosi łącznie **18,4 na 10 tys.** mieszkańców, podczas gdy **średnia krajowa sięga 23,8**, a w niektórych województwach wskaźnik ten wynosi **nawet 30 lekarzy na 10 tys. mieszkańców.**

Podobny obraz rysuje się, gdy analizujemy liczbę lekarzy z pozostałymi specjalizacjami, takimi jak na przykład kardiologia, psychiatria czy onkologia. **Łącznie lekarzy o tych specjalnościach przypada 7,2 na 10 tys. mieszkańców, podczas gdy średnia krajowa wynosi 10,3.**

Przyczyny takiego stanu rzeczy można upatrywać między innymi w tym, że lubuskie jest jednym z dwóch województw w kraju, gdzie nie kształcą się przyszłych lekarzy.

Dlatego też, mając na względzie bezpieczeństwo i dobro mieszkańców regionu, Samorząd województwa podejmuje intensywne działania zmierzające do utworzenia na Uniwersytecie Zielonogórskim kierunku/wydziału lekarskiego. Powołano specjalny zespół, który opracowuje jego koncepcję. Odbyło się już kilka spotkań w Ministerstwie Zdrowia oraz Nauki i Szkolnictwa Wyższego, a także w ośrodkach gdzie kształcenie na kierunkach medycznych ma długą dobrą tradycję. Wsparcie projektu deklarują przedstawiciele wielu środowisk na czele z parlamentarzystami. Istnieje przekonanie, iż w perspektywie kilkunastu

lat działania te przyniosą wymierne korzyści w postaci absolwentów medycyny, którzy swoje życie zawodowe zwiążą z regionem. Obecnie, kształcąc się w dużych ośrodkach młodzi lekarze tam właśnie zostają i kontynuują kariery zawodowe.

Rekomendacje w zakresie kadry medycznej:

- opracowanie systemu szkoleń dla lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, realizowane pod kątem wczesnego rozpoznawania nowotworów,
- wnioskowanie konsultantów wojewódzkich o większą liczbę miejsc szkoleniowych objętych rezydenturą dla lekarzy,
- wnioskowanie konsultantów krajowych do MZ o opracowanie centralnego programu wsparcia finansowego młodych lekarzy w trakcie specjalizacji,
- kształcenie pielęgniarek w zakresie pielęgniarstwa onkologicznego,
- kształcenie psychologów specjalizujących się w psychoonkologii,
- kształcenie lekarzy specjalistów w zakresie medycyny paliatywnej,
- kształcenie pracowników (lekarzy, fizyków, techników) w zakresie radioterapii.

Dodatkową zachętę do podejmowania przez lekarzy specjalistów pracy stanowić może dobrze wyposażone ośrodki, które dadzą możliwości rozwoju zawodowego. Ponadto, perspektywa utworzenia kierunku lekarskiego na Uniwersytecie Zielonogórskim dodatkowo stwarza możliwości realizowania kariery naukowej i dydaktycznej.

Warto także rozważyć wprowadzenie systemu lokalnych szkoleń dla zainteresowanych lekarzy i pielęgniarek a także organizacji konferencji specjalistycznych (na przykład w ramach Lubuskiego Lata Onkologicznego czy konferencji zorganizowanej w 2011 roku przez Wojewódzką Poradnię Onkologiczną w Gorzowie Wlkp. pod nazwą „Psychoonkologia w praktyce klinicznej”).

Podsumowanie

Zasadniczym celem niniejszego opracowania było wyznaczenie kierunków rozwoju lecznictwa onkologicznego i onkohematologicznego w województwie lubuskim, na podstawie szerokiego spektrum danych dotyczących stanu lecznictwa z uwzględnieniem sytuacji demograficznej, epidemiologicznej oraz posiadanych zasobów w zakresie wyspecjalizowanej kadry, aparatury medycznej oraz nakładów na leczenie.

Na podstawie zebranych informacji wskazano szereg propozycji i rekomendacji, które mogą być podstawą do podjęcia i realizacji różnych przedsięwzięć w zakresie poprawy organizacji i warunków leczenia w naszym regionie, zarówno przez jednostki samorządu terytorialnego czy też LOW NFZ.

Wnioski nasuwają się same. Konieczne jest podjęcie systemowych działań, w które powinny zaangażować się zarówno władze samorządowe, jak i dyrekcje szpitali oraz samorzady medyczne. Działania te w perspektywie kilku lat doprowadzić powinny do podniesienia poziomu świadczonych usług medycznych, rozbudowy i modernizacji infrastruktury szpitali, ośrodków medycznych zajmujących się diagnostyką, terapią i opieką nad pacjentami onkologicznym. Jest to niezbędne, zwłaszcza w kontekście przedstawionych prognoz epidemiologicznych.

Postęp cywilizacyjny i społeczny oraz zmiany zachodzące w strukturze wieku ludności (starzenie się społeczeństwa) powodują wzrost potrzeb na usługi w zakresie ochrony zdrowia. Jednocześnie, postęp wiedzy medycznej oraz postęp technologiczny pozwalają na stosowanie coraz nowocześniejszej i zarazem kosztowniejszej aparatury oraz środków farmakologicznych przywracających zdrowie i ratujących życie. Powoduje to wzrost kosztów usług w zakresie ochrony zdrowia i opieki społecznej.

W tym kontekście, głównym problemem w efektywnej realizacji programów modernizacyjnych jest z pewnością aspekt finansowy. Dlatego też należy w pełni wykorzystywać możliwości w zakresie pozyskiwania środków z UE. Dzięki Lubuskiemu Regionalnemu Programowi Operacyjnemu udało się już wiele zrobić. Blisko 95 mln zł przeznaczonych zostało na projekty z zakresu modernizacji, termomodernizacji, zastosowania alternatywnych źródeł energii, czy zakupu aparatury medycznej dla publicznych jednostek ochrony zdrowia. Jednak potrzeby podmiotów leczniczych wciąż są ogromne i należy wyrazić nadzieję, że dzięki zaangażowaniu odpowiednich instytucji i osób, w perspektywie kilku następnych lat uda się dokonać znaczącego postępu w naszym regionie w tej ważnej dziedzinie życia społecznego.

4 DOKUMENTY I PUBLIKACJE WYKORZYSTANE PRZY OPRACOWANIU

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. Lubuska Strategia Ochrony Zdrowia na lata 2010 – 2013; Uchwała Nr XLVI/443/2010 Sejmiku Województwa Lubuskiego z dnia 1 lutego 2010 r.
4. Narodowy Program Zdrowia na lata 2007-2015; Uchwała Nr 90/2007 Rady Ministrów z dnia 15 maja 2007 r.
5. Narodowy Plan Zdrowotny na lata 2004-2013; Minister Zdrowia, Warszawa, 2003 r.
6. Program „Europejski Kodeks walki z rakiem 2003”. Polskie wydanie pod red. Prof. dr hab. n. med. Witolda Zatońskiego, Centrum Onkologii-Institut im. Marii Skłodowskiej-Curie. Warszawa, 2009 r.
7. Nowotwory złośliwe w województwie lubuskim w 2008 roku. Lubuski Rejestr Nowotworów Złośliwych. Gorzów Wlkp., 2010 r.
8. „Zdrowie i ochrona zdrowia w 2010 r.”, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2012
9. Ludność, ruch naturalny i migracje w województwie lubuskim w 2010 r., Urząd Statystyczny w Zielonej Górze, Zielona Góra 2011 r.,
10. Prognozy Zachorowań i zgonów na wybrane nowotwory złośliwe w Polsce do 2015 r., Centrum Onkologii. Instytut im. M. Skłodowskiej – Curie. Warszawa 2009.
11. Nowotwory Złośliwe w Polsce – wskaźniki 5-letnich przeżyć według województw, Centrum Onkologii. Instytut im. M. Skłodowskiej – Curie. Warszawa 2010.
12. Rocznik demograficzny. GUS, Warszawa, 2008 r.
13. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. Nr 140 poz. 1143).