

Załącznik
do Uchwały nr 6/57/14
Zarządu Województwa Lubuskiego
z dnia 30 grudnia 2014 roku

**Kierunki rozwoju lecznictwa
w zakresie chorób układu oddechowego
w województwie lubuskim
na lata 2014-2020**

**Urząd Marszałkowski Województwa Lubuskiego
w Zielonej Górze
Departament Ochrony Zdrowia**

Spis treści

| | | |
|--------|--|----|
| 1. | Wprowadzenie | 3 |
| 1.1. | Podstawy przygotowania dokumentu | 3 |
| 1.2. | Struktura programu | 8 |
| 2. | Część diagnostyczna..... | 8 |
| 2.1. | Demografia | 8 |
| 2.2. | Sytuacja zdrowotna mieszkańców województwa lubuskiego na tle kraju | 12 |
| 2.3. | Specyfika wybranych schorzeń układu oddechowego | 15 |
| 2.4. | Stan zdrowia mieszkańców województwa lubuskiego na tle wybranych schorzeń układu oddechowego | 18 |
| 2.5. | Zasoby w pulmonologicznej opiece zdrowotnej na terenie województwa lubuskiego | 36 |
| 2.5.1. | Zatrudnienie w pulmonologicznej opiece zdrowotnej..... | 36 |
| 2.5.2. | Zasoby infrastrukturalne | 39 |
| 2.6. | Rehabilitacja pulmonologiczna wieku rozwojowego w województwie lubuskim | 48 |
| 2.7. | Migracje pacjentów z województwa lubuskiego na leczenie w zakresie chorób płuc | 55 |
| 2.8. | Ocena sytuacji udzielania świadczeń w zakresie chirurgii klatki piersiowej oraz mikrobiologii lekarskiej na podstawie rocznych sprawozdań konsultantów wojewódzkich..... | 59 |
| 2.9. | Główne wnioski wynikające z analizy części diagnostycznej | 64 |
| 3. | Część planistyczna..... | 66 |
| 3.1. | Cele oraz kierunki działań w zakresie profilaktyki, diagnostyki oraz leczenia schorzeń układu oddechowego w województwie lubuskim..... | 66 |
| 3.1.1. | Cel szczegółowy 1: Zwiększenie działań ukierunkowanych na profilaktykę oraz promocję zdrowia w zakresie chorób układu oddechowego..... | 66 |
| 3.1.2. | Cel szczegółowy 2: Rozwój bazy diagnostycznej..... | 67 |
| 3.1.3. | Cel szczegółowy 3: Poprawa dostępności i skuteczności w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej oraz specjalistycznej opieki ambulatoryjnej. | 69 |
| 3.1.4. | Cel szczegółowy 4: Rozwój bazy infrastruktury medycznej i poprawa jakości specjalistycznej opieki stacjonarnej..... | 69 |
| 3.1.5. | Cel szczegółowy 5: Zwiększenie zatrudnienia specjalistycznej kadry medycznej w zakresie chorób płuc..... | 71 |
| 4. | Podsumowanie | 72 |
| 5. | Spis tabel..... | 76 |
| 6. | Spis wykresów..... | 78 |

1. Wprowadzenie

1.1. Podstawy przygotowania dokumentu

Przedmiotem opracowania *Kierunków rozwoju leczenia w zakresie chorób układu oddechowego w województwie lubuskim na lata 2014-2020* jest wyznaczenie głównych celów i kierunków działań w dziedzinie chorób płuc oraz torakochirurgii, zgodnie z potrzebami mieszkańców województwa.

Podstawę opracowania niniejszego dokumentu stanowią zapisy ustawy z dnia 5 czerwca 1989 roku o samorządzie województwa, która wskazuje, iż województwo wykonuje zadania określone ustawami, w szczególności w zakresie promocji i ochrony zdrowia (art. 14 ust. 1 pkt 2), a także wskazuje strategię rozwoju województwa, która jest realizowana poprzez tworzenie programów wojewódzkich (art. 11 ust. 3). Niniejszy dokument jest programem szczegółowym zawierającym w swej treści zagadnienia dotyczące konieczności poprawy sytuacji w obszarze ochrony zdrowia w zakresie pulmonologii, a także kierunki jej usprawnienia w województwie lubuskim, które zostały wskazane w Lubuskiej Strategii Ochrony Zdrowia na lata 2014-2020 przyjętej przez Sejmik Województwa Lubuskiego uchwałą nr XLVII/567/14 z dnia 5 maja 2014 r.

Opracowując przedmiotowy dokument, kierowano się zawartymi w Lubuskiej Strategii Ochrony Zdrowia na lata 2014-2020 celami strategicznymi:

- Dostosowanie opieki zdrowotnej do dynamiki długookresowych trendów demograficznych i epidemiologicznych,
- Poprawa efektywności funkcjonowania systemu ochrony zdrowia,
- Zwiększenie bezpieczeństwa zdrowotnego społeczeństwa,
- Promocja zdrowia i kształtowanie prozdrowotnych postaw mieszkańców województwa lubuskiego,
- Zmniejszenie nierówności w zdrowiu.

Potrzeba opracowania niniejszego dokumentu jest również wyrazem dążenia samorządu województwa lubuskiego do zapewnienia wszystkim jego mieszkańcom równego dostępu do opieki medycznej o możliwie jak najwyższym standardzie, a w konsekwencji zmniejszenie nierówności w zdrowiu.

Ponadto, opracowany przez Ministerstwo Zdrowia dokument pn. *Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020. Krajowe ramy strategiczne*, w nawiązaniu do przemian demograficznych dotyczących wydłużania się życia, wskazuje, że bez podjęcia kierunkowych interwencji w obszarze ochrony zdrowia, gospodarka polska nie będzie się rozwijała w zakładanym tempie ze względu na problemy zdrowotne mieszkańców. Zły stan zdrowia ludności przekłada się na wiele aspektów gospodarczych, przede wszystkim powoduje poważne obciążenia dla gospodarki.

Utrata zdrowia wpływa znacząco na koszty leczenia, tym samym zmniejsza się dochód a nawet niekiedy następuje wcześniejsze odejście z rynku pracy. Wymienione aspekty mogą w dalszej konsekwencji wpłynąć na obciążenie budżetu państwa poprzez zwiększenie wydatków na zasiłki chorobowe czy renty. Choroby układu oddechowego w Polsce w 2010 roku stanowiły 7,4% wydatków przeznaczonych na świadczenia zdrowotne.

Europejski Komitet Regionalny Światowej Organizacji Zdrowia tworząc dokument „Zdrowie 2020”, zawarł w nim wspólnie ustalone cele, które zakładają m.in.:

- znaczącą poprawę stanu zdrowia i dobrostanu ludności,
- zmniejszenie nierówności zdrowotnych,
- wzmocnienie zdrowia publicznego i zapewnienie systemów ochrony zdrowia zorientowanych na pacjenta, które są powszechne, równe, trwałe i wysokiej jakości.

Za jeden z głównych obszarów priorytetowych uznano inwestowanie w zdrowie w oparciu o podejście do cyklu życia i upodmiotowienie człowieka. Podkreślono, iż wspieranie dobrego stanu zdrowia w całym cyklu życia przynosi zysk w postaci zwiększającej się średniej długości życia, co przekłada się na istotne korzyści społeczno – ekonomiczne i indywidualne. Zachodzące w wielu krajach zmiany demograficzne powodują konieczność wdrożenia strategii cyklu życia, która nada priorytet nowym podejściom i metodom promowania zdrowia i profilaktyki chorób. Poprawa poziomu zdrowia i zwiększenie równości w zdrowiu rozpoczyna się w życiu płodowym i w okresie wczesnego rozwoju dziecka. Zdrowe dzieci lepiej się uczą, zdrowi dorośli są bardziej produktywni, zdrowe starsze osoby mogą nadal aktywnie uczestniczyć w życiu społecznym. Zdrowe i aktywne starzenie się stanowi ważny priorytet dla polityki, jak również prowadzonych badań.

W odniesieniu do niniejszego opracowania, w cytowanym powyżej dokumencie „Zdrowie 2020”, podkreślono również znaczenie działań mających na celu zwalczanie

poważnych zagrożeń wirusowych i bakteryjnych, m.in. wdrożenie regionalnych polityk i planów działania, zwalczanie oporności drobnoustrojów, ograniczenie występowania i rozpowszechnienia organizmów lekoopornych i zakażeń poprzez ostrożne stosowanie antybiotyków i kontrolę zakażeń, zwalczanie w pełnym wymiarze głównych chorób takich jak m.in. gruźlica poprzez zapewnienie całej populacji – w tym grupom szczególnie narażonym, dostępu do systemu opieki zdrowotnej i interwencji o udowodnionej skuteczności.

Opracowując niniejszy dokument kierowano się także wytycznymi zawartymi w „Narodowym Programie Zdrowia na lata 2007–2015”, który 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.

Aby zaplanować działania służące poprawie sytuacji w zakresie profilaktyki i leczenia chorób układu oddechowego w województwie lubuskim, należało wnikliwie przyjrzeć się posiadanym zasobom oraz ocenić występujące problemy w tej dziedzinie. Niezbędna była analiza wskaźników epidemiologicznych, zakresu działalności poszczególnych podmiotów leczniczych, zasobów personelu medycznego, jak również ilości i rodzajów kontraktowanych świadczeń zdrowotnych przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Zarząd Województwa Lubuskiego na podstawie art. 41 ust. 1 oraz art.14 pkt 2 ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie województwa (Dz. U. z 2013 r., poz. 596 z późn. zm.) powołał Zespół mający na celu opracowanie *Kierunków rozwoju lecznictwa w zakresie chorób układu oddechowego w województwie lubuskim na lata 2014-2020*.

Zespół realizował wyznaczone zadania w następującym składzie:

Przewodniczący Zespołu:

- 1) dr n. med. Grzegorz Ziolo – Konsultant Wojewódzki w dziedzinie Chorób Płuc, Ordynator Oddziału Chorób Płuc w Specjalistycznym Szpitalu im. prof. Alfreda Sokołowskiego w Szczecinie,

Członkowie:

- 2) prof. nadzw. dr hab. n. med. Maria Korzeniewska-Koseła – Kierownik Zakładu Epidemiologii i Organizacji Walki z Gruźlicą w Instytucie Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie,
- 3) lek. med. Dorota Konaszczuk - Lubuski Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny, Konsultant Wojewódzki w dziedzinie Zdrowia Publicznego w województwie lubuskim,
- 4) dr n. med. Elżbieta Tomiak - Lubuski Oddział Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Zielonej Górze,
- 5) lek. med. Małgorzata Dobryniewska - Kierownik Wojewódzkiej Poradni Gruźlicy i Chorób Płuc Wielospecjalistycznego Szpitala Wojewódzkiego w Gorzowie Wielkopolskim Sp. z o. o.,
- 6) lek. med. Urszula Kawalec-Hurny - Zastępca Dyrektora do spraw Lecznictwa w Lubuskim Szpitalu Specjalistycznym Pulmonologiczno-Kardiologicznym w Torzymiu Sp. z o.o.,
- 7) lek. med. Bożena Nowocień - specjalista pulmonolog, alergolog w Lubuskim Szpitalu Specjalistycznego Pulmonologiczno - Kardiologicznym sp. z o.o. w Torzymiu,

- 8) lek. med. Maciej Olszewski - specjalista pulmonolog na Oddziale Reumatologii i Chorób Płuc w Wielospecjalistycznym Szpitalu Wojewódzkim w Gorzowie Wielkopolskim sp. z o.o.,
- 9) lek. med. Hanna Łuczak-Aszkowska - Kierownik Oddziału Pulmonologii i Onkologii Pulmonologicznej w Szpitalu Wojewódzkim SP ZOZ im. Karola Marcinkowskiego w Zielonej Górze,
- 10) lek. med. Paweł Pryczek – lekarz specjalista na Oddziale Chirurgii Klatki Piersiowej w Szpitalu Wojewódzkim SP ZOZ im. Karola Marcinkowskiego w Zielonej Górze,
- 11) lek. med. Andrzej Czupryński - Ordynator Oddziału Pulmonologii w 105 Szpitalu Wojskowym z Przychodnią Samodzielny Publiczny ZOZ w Żarach,
- 12) Marta Lejko – Kierownik Działu Monitorowania, Analiz i Planowania w Lubuskim Oddziale Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia w Zielonej Górze,
- 13) Bogumiła Ewa Jaske – Kierownik Wydziału Zdrowia Publicznego w Departamencie Ochrony Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Lubuskiego w Zielonej Górze,
- 14) Izabela Siminska – główny specjalista w Wydziale Zdrowia Publicznego w Departamencie Ochrony Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Lubuskiego w Zielonej Górze,
- 15) Monika Michalak – inspektor w Wydziale Zdrowia Publicznego w Departamencie Ochrony Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Lubuskiego w Zielonej Górze.

Do zadań Zespołu należało:

- 1) dokonanie analizy epidemiologicznej w zakresie chorób układu oddechowego,
- 2) określenie zasobów województwa lubuskiego: dostępnej bazy diagnostycznej, terapeutycznej oraz rehabilitacyjnej, a także specjalistycznej kadry medycznej w zakresie chorób układu oddechowego,
- 3) zdiagnozowanie przyczyn zwiększonej zachorowalności na choroby układu oddechowego,
- 4) określenie kierunków działania w zakresie profilaktyki oraz wczesnej diagnostyki chorób układu oddechowego,
- 5) wskazanie kierunków rozwoju pulmonologii i torakochirurgii w województwie lubuskim.

1.2. Struktura programu

Opracowany dokument *Kierunki rozwoju lecznictwa w zakresie chorób układu oddechowego w województwie lubuskim* powstał, aby chronić zdrowie oraz redukować zdrowotne i ekonomiczne koszty leczenia mieszkańców regionu. Opracowanie zostało podzielone na dwa obszary:

- *część diagnostyczna* - charakteryzuje obecny stan zdrowotny mieszkańców województwa, zasoby lecznictwa pulmonologicznego i torakochirurgicznego,
- *część planistyczna* - zawiera założenia i kierunki rozwoju, precyzując cele i działania prowadzące do sprawnej realizacji założonych planów w poszczególnych zakresach tematycznych.

2. Część diagnostyczna

2.1. Demografia

Województwo lubuskie w obecnych granicach istnieje od 1999 roku i zajmuje 13 987,88 km², co stanowi 4,5% powierzchni Polski. Jest województwem znajdującym się na przedostatnim miejscu wśród województw pod względem liczby ludności w Polsce.

Według stanu w dniu 31 grudnia 2013 r. województwo lubuskie zamieszkiwało 1 021,5 tys. osób, tj. o 1,8 tys. mniej niż przed rokiem. Rok 2013 był pierwszym, w którym liczba ludności zmalała po trzech latach względnej stabilności w stanie populacji. Tempo ubytku ludności wyniosło 0,2%, co oznacza, że na każde tysiąc mieszkańców województwa ubyły 2 osoby.

Mieszkańcy województwa stanowili 2,7% ogólnej liczby ludności Polski. Średnia gęstość zaludnienia (liczba osób przypadająca na 1 km²) w województwie wyniosła 73 osoby na 1 km², natomiast w Polsce – 123 osoby. W miastach mieszkało 63,1% ludności województwa. W przekroju powiatów wskaźnik ten wykazuje znaczne zróżnicowanie: najwyższy notuje się w powiecie nowosolskim (114), najniższy – w powiecie sulęcińskim (30). W województwie w ogólnej liczbie ludności przeważają kobiety, których odsetek, podobnie jak przed rokiem, wynosi 51,3%. W Polsce tendencja jest podobna - kobiety w 2013 r. stanowiły 51,6%. Współczynnik feminizacji (liczba kobiet przypadająca na 100 mężczyzn)

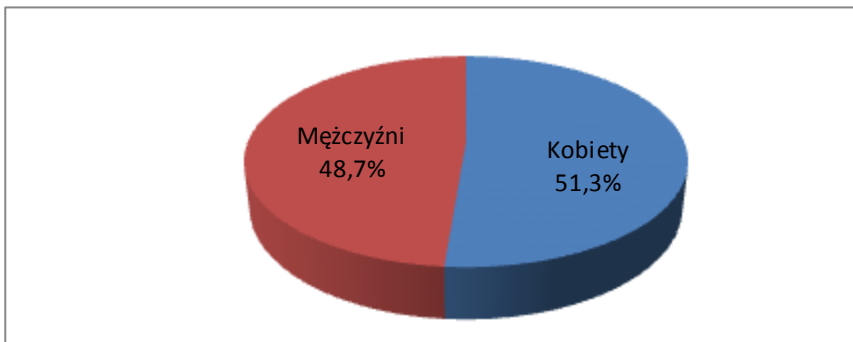
pozostaje od kilku lat na niezmiennym poziomie, osiągając wartość 105, w Polsce natomiast na przestrzeni ostatnich lat przyjmował wartość 107.

Tabela 1. Liczba i podział ludności ze względu na płeć w 2013 r.

| Opis | Ogółem | | Kobiety | | Mężczyźni | |
|--------------|---------------------------------|-----|---------|------|-----------|------|
| | osób | % | osób | % | osób | % |
| populacja | 1 021 500 | 100 | 524 030 | 51,3 | 497 470 | 48,7 |
| powierzchnia | 13 987,88 km² | | | | | |

Źródło: Urząd Statystyczny w Zielonej Górze

Wykres 1. Struktura ludności według płci (w %)



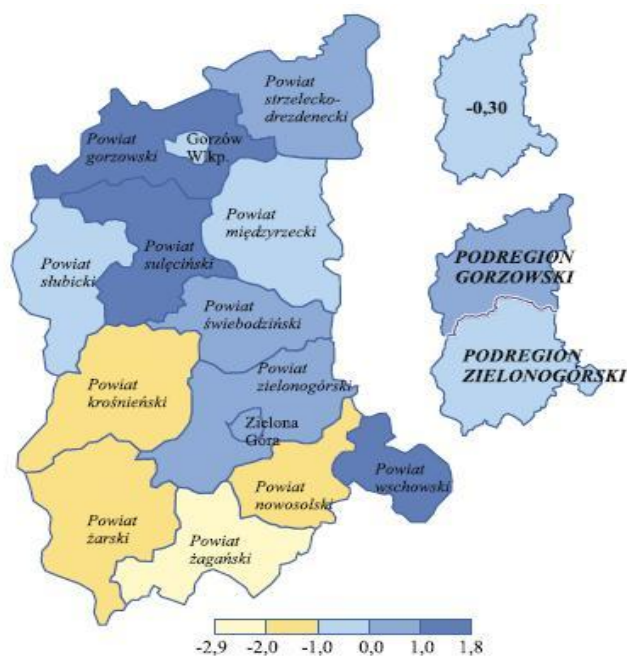
Źródło: Urząd Statystyczny w Zielonej Górze

W województwie lubuskim w ostatnich latach maleje liczba urodzeń. W 2013 r. zarejestrowano 9 737 urodzeń żywych, tj. o 630 mniej niż przed rokiem, co oznacza zmniejszenie się liczby urodzeń o 6,1%. W porównaniu z 2010 r. urodziło się o 1 202 dzieci mniej (spadek o 11,0%). Współczynnik urodzeń żywych (liczba urodzeń żywych w przeliczeniu na 1 000 mieszkańców) wyniósł 9,53‰ i był niższy o 0,6 punktu w relacji do odnotowanego rok wcześniej (10,13‰) i o 1,16 punktu w porównaniu z 2010 r. (10,69‰). W 2013 r. w województwie lubuskim, w ujęciu rocznym, znacząco wzrosła liczba zgonów – zmarło 10046 osób, tj. o 439 osób więcej niż przed rokiem (wzrost o 4,6%).

Liczba zgonów w 2013 r. w województwie lubuskim wynosiła 10,0 tys. tj. o 0,4 tys. więcej niż przed rokiem. Współczynnik umieralności wzrósł w porównaniu z 2012 r. (9,4‰) i ukształtował się na poziomie 9,8‰. Podobnie kształtuje się on również w miastach i na wsi. W ogólnej liczbie osób zmarłych 53,0% stanowili mężczyźni (podobnie jak w ciągu dwóch ostatnich lat). Od kilku lat natężenie zgonów waha się nieznacznie, co może oznaczać stabilizację poziomu umieralności. Głównymi przyczynami zgonów w województwie są choroby układu krążenia i choroby nowotworowe. Stanowią one 69,9% wszystkich zgonów.

W 2013 r. po raz pierwszy od lat przyrost naturalny w województwie lubuskim osiągnął wartość ujemną (minus 309 osób). Oznacza to, że zmarło więcej osób, niż się urodziło, co wobec ujemnego salda migracji stałej prowadzi do spadku liczebności populacji. W 2013 r. urodziło się 9,7 tys. dzieci (o prawie 630 noworodków mniej niż przed rokiem), zmarło 10,0 tys. osób (o 439 osób więcej), różnica między urodzeniami i zgonami wyniosła minus 309 wobec 760 w poprzednim roku. Współczynnik przyrostu naturalnego (w przeliczeniu na 1000 ludności) zmniejszył się (o 1,0 punkt) w porównaniu z 2012 r. i wyniósł minus 0,3‰ (w miastach minus 0,7‰, na wsi 0,3‰).

Wykres 2. Przyrost naturalny na 1000 ludności w województwie lubuskim według podregionów i powiatów w 2013 r.



Źródło: Urząd Statystyczny w Zielonej Górze

Według badań Urzędu Statystycznego w Zielonej Górze, obserwowana od początku lat 90-tych poprawa w zakresie umieralności korzystnie wpływa na długość trwania życia mieszkańców województwa lubuskiego. Utrzymuje się znaczna różnica między długością życia mężczyzn i kobiet, która jednak stopniowo się zmniejsza. Przewiduje się, że chłopcy urodzeni w 2013 r. osiągną średnio wiek 72,2 lata, dziewczynki – 80,1 lat. Oznacza to, że w porównaniu z początkiem wieku trwanie życia wydłużyło się o 3 lata dla mężczyzn oraz o ponad 2,7 lat dla kobiet (w 2000 r. mężczyźni żyli przeciętnie 69,2 lat, kobiety – 77,4 lat). W 2013 r. trwanie życia zarówno mężczyzn, jak i kobiet zamieszkałych w miastach było dłuższe niż mieszkańców wsi. W miastach mężczyźni żyli przeciętnie o prawie 2 lata

dłużej niż na wsi, kobiety – o niecały rok. W województwie występuje zjawisko wysokiej nadumieralności mężczyzn, ponad poziom umieralności kobiet. Różnica pomiędzy trwaniem życia mężczyzn i kobiet w 2013 r. wynosiła 7,9 lat (w 2000 r. – 8,2 lat). Zjawisko wysokiej nadumieralności mężczyzn obserwowane jest we wszystkich grupach wiekowych i różnica ta zwiększa się wraz z wiekiem. Wyraźny postęp w wydłużaniu się przeciętnego trwania życia należy przypisywać szeroko propagowanemu – od początku lat 90-tych – prowadzeniu zdrowego stylu życia. Wyniki badań stanu zdrowia ludności pokazują, że mieszkańcy województwa lepiej się odżywiają, rośnie wśród nich odsetek osób uprawiających sport i wykonujących badania profilaktyczne (zwłaszcza wśród kobiet), spada odsetek osób palących tytoń (głównie mężczyzn). Te korzystne zmiany w stylu życia mieszkańców województwa lubuskiego wpływają na wzrost przeciętnego trwania życia.

Zmiany w strukturze wieku ludności wskazują na postępujące procesy starzenia się społeczeństwa. Sukcesywnie maleje liczba (i udział) dzieci i młodzieży w populacji, rośnie liczba (i udział) osób starszych, przy czym w ostatnim roku nieco wolniej. W 2013 r. 155 887 osób (15,24% ludności ogółem w województwie) było w wieku poniżej 15 lat, 733 368 osób (71,74%) było w wieku 15-64 lata i 132 998 osób (13,01%) w wieku 65 lat i więcej. Szacuje się, że 60 403 osób (5,90% mieszkańców województwa) było w wieku powyżej 75 lat.

Ujemny przyrost naturalny w województwie lubuskim osłabia potencjał ludnościowy oraz ma destrukcyjny wpływ na strukturę ludnościową regionu. Starzenie się społeczeństwa wpływa na zmniejszenie się ludności w wieku aktywności zawodowej.

Zmiany struktury demograficznej województwa lubuskiego są wynikiem przede wszystkim trzech czynników: postępującego spadku bezwzględnej liczby urodzeń, stopniowego spadku natężenia zgonów oraz wzrostu liczby osób w wieku poprodukcyjnym. Podstawowym wskaźnikiem odzwierciedlającym kształtowanie się przyszłej liczby ludności jest wskaźnik przyrostu naturalnego. Szacowane wartości charakteryzują się silnym trendem spadkowym, co zgodnie z założeniami prognozy GUS spowodowane będzie obniżającymi się wskaźnikami płodności oraz jednocześnie hamującą w wolniejszym tempie umieralnością. Niższa płodność wiąże się z prognozowanym spadkiem liczby zawieranych związków oraz późniejszym wiekiem ich zawierania, a także przesuwaniem się wieku największego natężenia urodzeń do późniejszych grup wiekowych.

Malejący przyrost naturalny oraz starzejące się społeczeństwo ma swoje odbicie również w polityce zdrowotnej, która niesie potrzebę zmian w systemie ochrony zdrowia.

Zmiany w szczególności powinny dotyczyć dostosowania ilości i jakości świadczeń medycznych dla coraz większej grupy pacjentów, jak również zwiększenia liczby specjalistycznej kadry medycznej, w związku z zauważalnym od kilku lat w naszym regionie deficytem lekarzy.

2.2. Sytuacja zdrowotna mieszkańców województwa lubuskiego na tle kraju

Stan zdrowia społeczeństwa jest jednym z priorytetowych wskaźników, na podstawie którego należy planować organizację opieki zdrowotnej, w tym ilość i zakres świadczeń zdrowotnych, jak również liczbę i rozmieszczenie podmiotów udzielających świadczenia medyczne. Oprócz kierunkowych/specjalistycznych działań związanych z typowymi dla danej jednostki chorobowej świadczeniami zdrowotnymi, niezbędne jest także równoległe realizowanie programów profilaktycznych, mających na celu zminimalizowanie w przyszłości liczby zachorowań.

Według danych GUS za 2011 rok (*Zdrowie i ochrona zdrowia za 2011 rok*), ocena stanu zdrowia dorosłej ludności Polski (w wieku 16 lat i więcej) wyraźnie się poprawia. W 2010 r. 42% dorosłych mieszkańców Polski oceniło swoje zdrowie poniżej poziomu dobrego, tj. o 4 punkty procentowe mniej niż w 2005 r. Pomimo tego subiektywna ocena zdrowia Polaków niestety nie jest jeszcze zbyt wysoka. Gorzej niż Polacy swoje zdrowie oceniali bowiem jedynie Łotysze, Litwini, Estończycy, Portugalczycy i Węgrzy.

Generalnie kobiety gorzej oceniają swoje zdrowie niż mężczyźni i to zjawisko obserwuje się we wszystkich krajach europejskich. W Polsce stosunkowo niskie oceny własnego zdrowia (poniżej oceny dobrej) zadeklarowało prawie 45% dorosłych Polek, natomiast wśród mężczyzn tylko 39%. Kobiety także dużo częściej niż mężczyźni zgłaszały długotrwałe problemy zdrowotne. W Polsce taki problem zgłosiło 36% ogółu dorosłych kobiet i tylko niecałe 30% dorosłych mężczyzn.

Jak zauważa GUS w powyższym raporcie ogromny wpływ na ocenę stanu zdrowia mają choroby przewlekłe, które wpływają na sytuację społeczną, rodzinną i zawodową każdego człowieka, powodując pogorszenie jakości życia, ograniczenie możliwości funkcjonowania w życiu codziennym, a w pracy spadek wydajności lub absencję. Są to zatem bardzo niebezpieczne schorzenia, zarówno w wymiarze społecznym i zdrowotnym, jak i finansowym.

Wybrane choroby: wysokie ciśnienie krwi, cukrzyca, depresja, astma, choroby płuc, są zaliczane do grupy chorób cywilizacyjnych i jednocześnie kwalifikowanych jako społeczne. Choroby cywilizacyjne to zespół różnych dolegliwości, których powstawanie i występowanie związane jest z szybkim rozwojem naszej cywilizacji. Natomiast choroby społeczne są to choroby szeroko rozpowszechnione, o charakterze przewlekłym, czyli występujące z dużą częstością i powodujące znaczne straty społeczne wskutek przedwczesnych zgonów, inwalidztwa, absencji chorobowej i kosztów leczenia. Choroby cywilizacyjne nierozłącznie wiążą się z pojęciem chorób społecznych. Znaczny postęp techniczny i szybkie tempo zmian działają stresująco i utrudniają adaptację współczesnego człowieka do wciąż nowych warunków. Stąd narastanie chorób cywilizacyjnych, które stają się również chorobami społecznymi.

Zdaniem Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) głównym czynnikiem powstawania chorób cywilizacyjnych ściśle związanych z układem oddechowym jest palnie tytoniu.

Według badania przeprowadzonego przez TNS – polską agencję badawczą na zlecenie Głównego Inspektoratu Sanitarnego pn. *Raport z ogólnopolskiego badania ankietowego na temat postaw wobec palenia tytoniu*, w roku 2013 do nałogowego (codziennego) palenia przyznaje się 27% badanych. Jest to nieznacznie mniej niż w roku 2009 i 2011 (spadek odsetka palących odpowiednio o 2% i 4%). Ogólnie mężczyźni palą częściej niż kobiety (31% wobec 23%), jednak zarówno wśród mężczyzn, jak i wśród kobiet zauważa się spadek odsetka osób palących w porównaniu do poprzednich pomiarów. Spadek odsetka palących obserwowany wśród mężczyzn jest większy niż wśród kobiet – w porównaniu do roku 2011, o 8 punktów procentowych zmniejszył się odsetek mężczyzn, którzy przyznają się do codziennego palenia. Podczas gdy odsetek palących kobiet jest niższy niż w 2009 roku, ale taki sam, jak w 2011.

W Polsce palenie tytoniu jest szeroko rozpowszechnione i znacząco wpływa na jakość oraz długość życia. Pali ok. 9 milionów dorosłych Polaków. Skala i niekorzystne wzory palenia tytoniu w Polsce doprowadziły do epidemii chorób odytoniowych i pogorszenia się stanu zdrowia społeczeństwa polskiego. Umieralność na nowotwory płuca, chorobę występującą prawie wyłącznie u palaczy tytoniu, jest w Polsce na jednym z najwyższych poziomów na świecie. Palenie jest odpowiedzialne za ok. 40% przedwczesnych zgonów w populacji mężczyzn, a corocznie z powodu schorzeń odytoniowych umiera przedwcześnie ok. 50 tys.

Polaków. Jednym z najczęściej występujących schorzeń, którego etiologia związana jest bezpośrednio z ekspozycją na dym tytoniowy jest **przewlekła obturacyjna choroba płuc**.

Brzemie chorób i wcześniejszej śmierci ciężące na palaczach jest jeszcze zwiększane przez wpływ biernego palenia na niepalących. Palenie tytoniu w obecności niepalących jest częstym zjawiskiem.

Jak wskazuje GUS w powyższym dokumencie, choroby układu oddechowego m.in. takie jak astma stanowią dziś jedne z najpoważniejszych chorób cywilizacyjnych. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) szacuje, że obecnie na całym świecie może chorować nawet 300 mln ludzi. Prognozy epidemiologiczne na najbliższe lata wskazują jednoznacznie, że liczba zachorowań na astmę będzie stale rosła, a do roku 2030 zachoruje kolejne 100 mln osób. Dane epidemiologiczne wskazują na wzrost częstotliwości występowania astmy także u obywateli Unii Europejskiej. Osoby chorujące na choroby płuc takie jak przewlekłe zapalenie oskrzeli, przewlekła obturacyjna choroba płuc POChP, rozedma płuc stanowią znaczące obciążenie dla społeczeństw, a także w istotny sposób obniżają dobrostan i jakość życia pacjentów. Dane epidemiologiczne wskazują na wzrost częstotliwości występowania chorób płuc, a zwłaszcza przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POChP) w UE. Ocenia się, że za 20 lat dotkną one 44 mln mieszkańców.

Obecnie z powodu przewlekłych chorób układu oddechowego na świecie rocznie umiera 4,2 mln ludzi i liczba ta z roku na rok się powiększa. Można uniknąć nawet do 90% przypadków zgonów z powodu astmy dzięki szeroko zakrojonej edukacji, udoskonaleniu opieki medycznej i zmniejszeniu narażania społeczeństwa na czynniki ryzyka rozwoju tych chorób. Równie ważny jest system opieki zdrowotnej i przestrzeganie standardów leczenia, których podstawą w przypadku astmy są zalecenia Światowej Inicjatywy Zwalczenia Astmy (dr A. Adach-Kilon, K. Baszczuk, *Zatrzymać epidemię przewlekłych chorób układu oddechowego*).

Zdaniem GUS, w przypadku choroby zakaźnej układu oddechowego jaką jest gruźlica, nie odnotowano postępu w jej zwalczaniu. W ciągu 2011 roku gruźlicę wykryto u blisko 8,5 tys. osób, tj. o blisko 1 tys. osób więcej niż przed rokiem. 93% nowych zachorowań dotyczyło gruźlicy płuc.

2.3. Specyfika wybranych schorzeń układu oddechowego

Choroby układu oddechowego należą do najważniejszych schorzeń współczesnego świata. Wiąże się to z rosnącą ekspozycją na liczne mikroorganizmy, czynniki toksyczne i alergeny. Już dziś, za sprawą przewlekłej obturacyjnej choroby płuc, raka, gruźlicy i zakażeń, stały się drugą przyczyną zgonów, ustępując jedynie chorobom układu sercowo-naczyniowego. Jednak w przeciwieństwie do chorób krążenia zapadalność na choroby układu oddechowego systematycznie wzrasta. Wiele schorzeń uwarunkowanych jest długotrwałym narażeniem na szkodliwe czynniki środowiskowe (a zwłaszcza dym nikotynowy).

Przewlekłe choroby układu oddechowego takie jak: astma, przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP), gruźlica, mukowiscydoza, alergiczny nieżyt nosa, obturacyjny bezdech senny czy zwłóknienia płuc, stanowią wyzwanie dla medycyny XXI wieku oraz są istotnym problemem w starzejącym się społeczeństwie Europy i w rozwiniętych krajach innych części świata. W Polsce choroby płuc stanowią czwartą przyczynę zgonów (po schorzeniach układu sercowo-naczyniowego, wypadkach i chorobach nowotworowych) oraz istotną przyczynę niesprawności.

Poniżej w skrócie opisane zostały wybrane choroby układu oddechowego, które są najczęściej występującymi schorzeniami:

- **Astma** - przewlekła, zapalna choroba dróg oddechowych. Przewlekłe zapalenie jest związane z nadreaktywnością oskrzeli, która jest przyczyną nawracających epizodów świszczącego oddechu, braku powietrza, uczucia ucisku w klatce piersiowej i kaszlu, występujących szczególnie w nocy i nad ranem. Astma staje się jednym z najważniejszych problemów epidemiologicznych wieku rozwojowego. Już dziś jest najczęstszą przewlekłą chorobą w tej grupie wiekowej, a liczba zachorowań stale rośnie. Na świecie na astmę choruje 300 mln osób, a kolejne 100 mln ludzi zachoruje na nią do 2025 r. Częstość zachorowań jest zróżnicowana w poszczególnych krajach i waha się od 1% do 18%. W Polsce zachorowalność na astmę oskrzelową wynosi 5% dorosłej populacji, natomiast wśród dzieci wynosi około 9%.
- **Przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP)** – to proces zapalny, charakteryzujący się postępującym i niecałkowicie odwracalnym ograniczeniem przepływu powietrza przez drogi oddechowe. Ograniczenie to wynika z choroby małych dróg oddechowych i zniszczenia miąższu płucnego (rozedmy) o różnym nasileniu i jest najczęściej związane z nieprawidłową

odpowiedzią zapalną ze strony układu oddechowego na szkodliwe pyły i substancje, z jakimi chory ma do czynienia w ciągu swojego życia. Proces zapalny ma charakter ogólnoustrojowy, dlatego też POChP uważana jest za chorobę systemową. Najczęstszą przyczyną POChP jest narażenie na dym tytoniowy. Stanowi przyczynę zgonu, która staje się coraz powszechniejsza na całym świecie. Szacuje się, że na POChP w Polsce choruje około 21,1% osób > 40 r.ż. Częściej chorują mężczyźni oraz osoby o niższym statusie społecznym. Jest to obecnie trzecia przyczyna zgonów z powodu przewlekłych chorób niezakaźnych.

- **Gruźlica płuc** - powszechna i potencjalnie śmiertelna choroba zakaźna, wywołwana przez prątki z grupy *Mycobacterium tuberculosis complex*. Gruźlica dotyczy najczęściej płuc (gruźlica płucna), lecz również może atakować ośrodkowy układ nerwowy, układ limfatyczny, naczynia krwionośne, układ kostno-stawowy, moczowo-płciowy oraz skórę. Przenosi się, bowiem z osobnika chorego na osobnika zdrowego. Źródłem zakażenia prątkiem jest najczęściej chory na gruźlicę - prątkujący. WHO podaje wykrywanie nowych zachorowań w liczbie 8,8 milionów rocznie, w tym 0,21 przypadków gruźlicy wielolekoopornej (MDR-TB) i poleca nowe techniki diagnostyki molekularnej (Xpert MTB/RIF). Również narastającym problemem są Mykobakteriozy płuc, przewlekłe choroby wywołane prątkami niegruźliczymi. W badaniach polskich około 10% chorych, u których wykrywane są prątki, choruje na mykobakterjozę płuc. Zazwyczaj leczenie tej choroby wymaga wielolekowej kuracji przez 18 miesięcy.
- **Nowotwór płuc** – jest chorobą polegającą na niekontrolowanym rozroście złośliwych komórek nowotworowych w tkance płuca. Nowotwór płuc może być wywołany przez wiele rakotwórczych czynników środowiskowych, ale przyczyną większości zachorowań na raka płuc jest palenie papierosów. Wśród stanów predysponujących do rozwoju raka płuca wymienia się POChP oraz rozedmę, a także choroby śródmiąższowe przebiegające z włóknieniem płuc. Udowodnione działanie rakotwórcze mają: radon, arsen, chrom, nikiel, pestycydy, azbest. Obecnie radon uważa się za drugi po dymie tytoniowym szkodliwy czynnik środowiskowy w etiologii raka płuca. Na świecie notuje się 1mln 200 tys. nowych zachorowań rocznie, natomiast w Polsce ok. 20 tys. (16 tys. mężczyzn i ponad 4 tys. kobiet).
- **Mukowiscydoza (zwłóknienie torbielowate – cystic fibrosis CF)** jest chorobą uwarunkowaną genetycznie, monogenową, wielonarządową. Choroba charakteryzuje się przewlekłym

zapaleniem dróg oddechowych, które prowadzi ostatecznie do rozstrzeni oskrzeli i oskrzelików, niewydolnością zewnątrzwydzielniczą trzustki, zaburzeniami czynności jelit, gruczołów potowych, układu moczowego i płciowego. Mukowiscydoza jest wynikiem mutacji genu na chromosomie 7, który koduje białko regulujące transport przez błonowy - CFTR. W chorobie tej występuje predyspozycja do przewlekłego zakażenia bakteriami gatunku *Staphylococcus aureus* i *Pseudomonas aeruginosa*. Dzięki postępom w leczeniu obecnie ponad 40% pacjentów osiąga dorosłość.

- **Obturacyjny bezdech senny (OBPS)** - jest chorobą, którą rozpoznaje się na podstawie stwierdzenia podczas snu co najmniej 5 przerw w oddychaniu w ciągu godziny, trwających dłużej niż 10 sekund lub spadku amplitudy przepływu powietrza, któremu towarzyszy spadek saturacji o 4%. Przerwy w oddychaniu, czyli bezdechy występujące w czasie snu u chorych na OBPS, spowodowane są mechanicznym zamknięciem dróg oddechowych przez zapadanie się ścian gardła. W czasie bezdechu dochodzi w organizmie do obniżenia zawartości tlenu i niedotlenienia wszystkich narządów. Doprowadza to do wybudzeń, zaburzenia struktury snu, następstwem czego jest brak regeneracji fizycznej i psychicznej, brak utrwalania pamięci i regulacji wielu procesów fizjologicznych. W najczęściej cytowanych badaniach, OBS występował u 2% kobiet i 4% mężczyzn.
- **Choroby śródmiąższowe płuc, w tym sarkoidoza** - są wynikiem reakcji zapalnej oraz odpowiedzi immunologicznej na znaczną ekspozycję czynnika sprawczego lub predyspozycję na jego działanie. Uruchomiony w płucach mechanizm naprawczy prowadzi do włóknienia, pogrubienia śródmiąższu, utrudnienia wymiany gazowej i w konsekwencji do niewydolności oddechowej. Choroby te, są heterogenną grupą ok. 200 jednostek chorobowych, występują w każdym wieku, w podobnym stopniu dotyczą kobiet i mężczyzn. Często rozpoznawane są zbyt późno lub pozostają w ogóle nierozpoznane. Najdokładniejszym badaniem obrazowym w tych schorzeniach jest tomografia komputerowa - HRCT, natomiast wielką wartość prognostyczną ma określenie dyfuzji płucnej - Dlco. Do grupy tych chorób należy sarkoidoza, której w ostatnich latach, nie tylko w Polsce, odnotowuje się wzrost wykrywania. Jest to wielonarządowa choroba ziarniakowa o nadal niewyjaśnionej przyczynie. Takie nieserowaciejące ziarniniaki - ogniska zapalne, obecne są w różnych narządach, ale lokalizują się głównie w płucach.

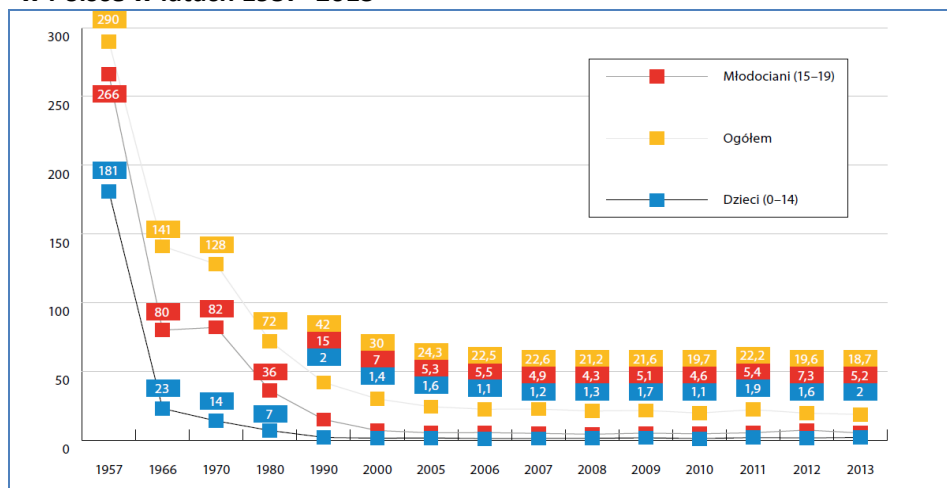
- **Zapalenie płuc** - to choroba zakaźna. Wywołują ją drobnoustroje chorobotwórcze, które prowadzą do stanu zapalnego mięszu płuc. Nielezione zapalenie płuc może prowadzić do bardzo poważnych powikłań, a nawet do śmierci. Chorobę ciężiej przechodzą małe dzieci, osoby starsze oraz osoby, których odporność jest obniżona. Jest najczęstszą przyczyną umieralności dzieci poniżej 5 roku życia na świecie.
- **Nieżył nosa** - (rhinitis) jest to objawowa choroba zapalna tego narządu, wywołana przez różnorodne czynniki: alergiczne i niealergiczne, infekcyjne, hormonalne. Jak wynika z badań ECAP (Epidemiologia Chorób Alergicznych w Polsce) przeprowadzonych przez zespół Profesora Bolesława Samolińskiego 36,08 % polskiego społeczeństwa cierpi na nieżył nosa, tym samym u 14,5 miliona Polaków okresowo lub na stałe wyłączone są jego funkcje. Szacuje się, że na nieżyty nosa cierpi około 200 milionów ludzi na świecie. Częstość występowania alergicznego nieżyty nosa na terenach wiejskich została oceniona w badaniach ECAP na 16,0%, a na terenach wysoko zurbaniozowanych na 22,9% .

2.4. Stan zdrowia mieszkańców województwa lubuskiego na tle wybranych schorzeń układu oddechowego

GRUŻLICA

W Polsce w 2013 roku zarejestrowano 7250 przypadków zachorowania na gruźlicę tj. o 292 zachorowania mniej, niż w roku poprzednim i o 2243 mniej, niż przed dziesięcioma laty. Współczynnik zapadalności na gruźlicę w 2013 roku wyniósł 18,8 i był niższy o 4,1%, niż w roku 2012 i niższy o 24,5%, niż przed dziesięcioma laty.

Wykres 3. Zapadalność na gruźlicę wszystkich postaci wśród dzieci, młodocianych i ogółem w Polsce w latach 1957–2013



Źródło: Główny Inspektorat Sanitarny. Stan sanitarny Kraju w 2013 r.

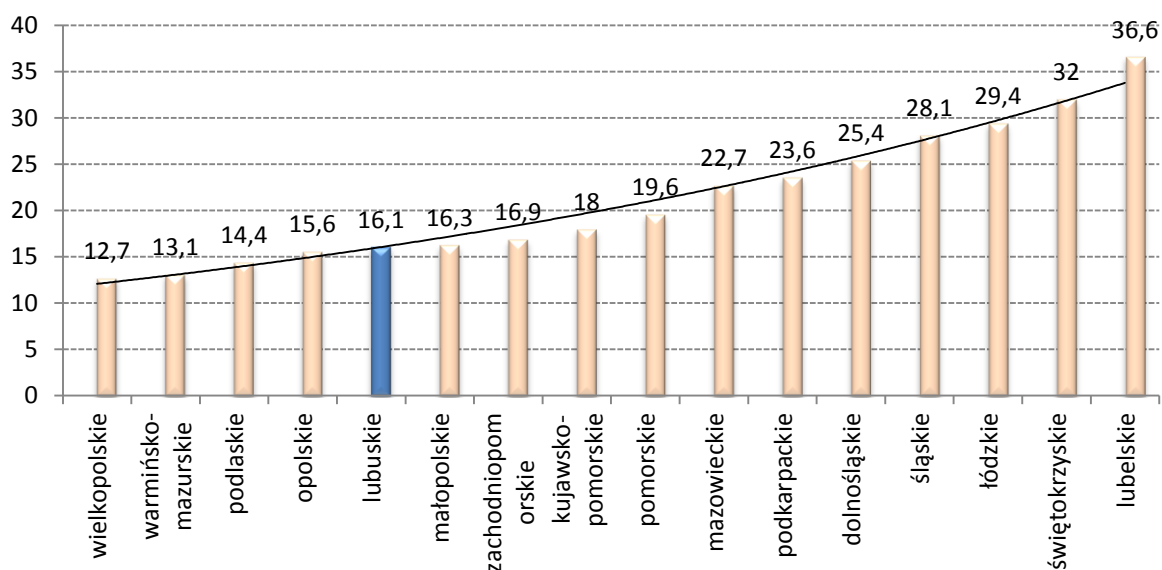
Według informacji zawartych w opracowaniu pn. *Krajowy indeks sprawności ochrony Zdrowia 2014* zachorowania na gruźlicę stanowiły poważny problem zdrowia publicznego w Polsce powojennej. W kolejnych dekadach liczba zachorowań stopniowo spadała, dzięki powszechnym szczepieniom, a także obowiązkowi leczenia i stosunkowo szczeremu nadzorowi leczenia. Obecnie w Polsce nie ma specjalnego systemu zwalczania gruźlicy, a leczenie prowadzone jest najczęściej przez ośrodki pulmonologiczne we współpracy z lekarzami podstawowej opieki zdrowotnej.

Tabela 2. Zachorowania na gruźlicę według województw – nowo zarejestrowani w poradniach na 100 tys. ludności w 2011r.

| Województwo | Wskaźnik |
|---------------------|----------|
| wielkopolskie | 12.7 |
| warmińsko-mazurskie | 13.1 |
| podlaskie | 14.4 |
| opolskie | 15.6 |
| lubuskie | 16.1 |
| małopolskie | 16.3 |
| zachodniopomorskie | 16.9 |
| kujawsko-pomorskie | 18.0 |
| pomorskie | 19.6 |
| mazowieckie | 22.7 |
| podkarpackie | 23.6 |
| dolnośląskie | 25.4 |
| śląskie | 28.1 |
| łódzkie | 29.4 |
| świętokrzyskie | 32.0 |
| lubelskie | 36.6 |

Źródło: *Krajowy indeks sprawności ochrony zdrowia 2014*

Wykres 4. Wskaźnik nowo wykrytych przypadków gruźlicy na 100 tys. mieszkańców województwa w 2011 r.



Źródło: *Krajowy indeks sprawności ochrony zdrowia 2014*

Powyższy wykres obrazuje wskaźnik nowo wykrytych przypadków gruźlicy na 100 tys. mieszkańców województwa i wskazuje na znaczne różnice w liczbie zachorowań w poszczególnych województwach. Najwyższy wskaźnik zachorowania występuje w województwie lubelskim, świętokrzyskim oraz łódzkim, natomiast najmniejszą wartość osiąga w województwie wielkopolskim.

Autorzy Krajowego indeksu sprawności ochrony Zdrowia 2014 zwracają uwagę, iż w Polsce rejestracja i leczenie zachorowań na gruźlicę są obowiązkowe od kilkudziesięciu lat. W ostatnich 15 latach zaobserwowano spadek liczby zachorowań o ok. 4% rocznie. W 2011 roku zarejestrowano ok. 8,4 tys. zachorowań na gruźlicę (wobec 7,5 tys. w 2010 r.), z czego 92% stanowiły przypadki zachorowania na gruźlicę układu oddechowego. Zgodnie z danymi Państwowego Zakładu Higieny, zachorowania na gruźlicę w niektórych grupach wiekowych stwierdza się 5-krotnie częściej u mężczyzn niż u kobiet i częściej u mieszkańców miast niż wsi. Zachorowania dotyczą przede wszystkim osób starszych, niedożywionych. Ryzyko zachorowania wzrasta wraz z wiekiem i jest 30-krotnie wyższe u osób powyżej 65 roku życia w porównaniu z dziećmi.

Zmniejszająca się ale nadal znaczna liczba zachorowań na gruźlicę w Polsce, wymaga działań w zakresie ograniczenia rozprzestrzeniania się choroby. Wczesne wykrycie choroby i natychmiastowe, prawidłowo prowadzone leczenie chorego zahamowuje dalszy jej rozwój oraz przenoszenie zarażenia na inne osoby.

Zgodnie z rocznym *sprawozdaniem o leczonych w poradni gruźlicy i chorób płuc (MZ-13)*, sporządzanym przez Wojewódzką Poradnię Gruźlicy i Chorób Płuc w Wielospecjalistycznym Szpitalu Wojewódzkim w Gorzowie Wlkp. według stanu na 31 grudnia 2012 roku w województwie lubuskim było zarejestrowanych 49 osób ze zdiagnozowaną gruźlicą płuc. Z kolei w trakcie 2013 roku, chorobę zdiagnozowano u kolejnych 113 nowych chorych. W 2013 r. w jednym przypadku przyczyną zgonu była zdiagnozowana gruźlica płuc. W porównaniu z nowymi zachorowaniami zarejestrowanymi przez Wojewódzką Poradnię Gruźlicy i Chorób Płuc w 2012 roku, liczba chorych zwiększyła się o 27 osób. Również na koniec 2013 r. liczba chorych na gruźlicę płuc była o 28 przypadków większa niż przed rokiem.

Znaczącą grupę stanowią osoby, które miały styczność z chorymi na gruźlicę prątkującą, gdzie na dzień 31 grudnia 2013 r. były zarejestrowane 824 osoby, czyli o 324 osoby więcej niż przed rokiem. Z kolei nowo zdiagnozowane w 2013 r. osoby z powyższym schorzeniem stanowiły grupę 612 osób, czyli o 355 więcej niż w 2012 r.

Tabela 3. Zarejestrowani w poradni/gabiniecie specjalistycznym chorób płuc i gruźlicy w 2013 roku

| Rodzaj schorzenia | | Osoby zarejestrowane - stan na 31 grudnia 2012r. | Osoby nowo zarejestrowane w 2013r. | Skreśleni z ewidencji | | Osoby zarejestrowane - stan na 31 grudnia 2013r. | |
|-------------------|---|--|------------------------------------|-----------------------|----------------------|--|--------------|
| | | | | razem | w tym z powodu zgonu | | |
| 1 | | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | |
| 1 | Gruźlica płuc potwierdzona bakteriologicznie | 37 | 75 | 55 | 1 | 57 | |
| 2 | w tym chronicy | 4 | 5 | 1 | 0 | 8 | |
| 3 | Gruźlica płuc niepotwierdzona bakteriologicznie | 12 | 38 | 30 | 0 | 20 | |
| 4 | Razem gruźlica płuc (1+3) | 49 | 113 | 85 | 1 | 77 | |
| 5 | Gruźlica pozapłucna potwierdzona bakteriologicznie | 0 | 3 | 0 | 0 | 3 | |
| 6 | Gruźlica pozapłucna niepotwierdzona bakteriologicznie | 5 | 5 | 7 | 1 | 3 | |
| 7 | Razem gruźlica pozapłucna (5+6) | 5 | 8 | 7 | 1 | 6 | |
| 8 | Gruźlica ogółem (4+7) | 54 | 121 | 92 | 2 | 83 | |
| 9 | Lekoopornii | 3 | 3 | 3 | 0 | 1 | |
| 10 | w tym wielolekoopornii (INH+RMP) | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | |
| 11 | Osoby ze zwiększonym ryzykiem zachorowania | Styczność z gruźlicą prątkującą | 500 | 612 | 288 | x | 824 |
| 12 | | Wzmoczony OT | 63 | 27 | 49 | x | 41 |
| 13 | | Drobne zmiany włókniste | 1 124 | 252 | 136 | x | 1 240 |
| 14 | | Inne kliniczne/spoteczne | 1 348 | 331 | 217 | x | 1 462 |
| 15 | Inne choroby układu oddechowego | POCHP | 8 774 | 1 159 | 661 | x | 9 272 |
| 16 | | astma | 7 780 | 1 451 | 470 | x | 9 761 |
| 17 | | Nowotwory ukł. oddechowego | 511 | 216 | 118 | x | 609 |
| 18 | | inne | 4 605 | 1 620 | 762 | x | 5 463 |

Źródło: Opracowanie własne na podstawie sprawozdania MZ-13 – Roczne sprawozdanie o leczonych w poradni gruźlicy i chorób płuc za 2013r.

Tabela 4. Zarejestrowani w poradni/gabiniecie specjalistycznym chorób płuc i gruźlicy w 2012 roku

| Rodzaj schorzenia | | Osoby zarejestrowane- stan na 31 grudnia 2011r. | Osoby nowo zarejestrowane w 2012r. | Skreśleni z ewidencji | | Osoby zarejestrowane – stan na 31 grudnia 2012r. | |
|-------------------|---|---|--|--------------------------|----------------------------|---|--------------|
| | | | | razem | w tym z powodu zgonu | | |
| 1 | | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | |
| 1 | Gruźlica płuc potwierdzona bakteriologicznie | 39 | 56 | 58 | 0 | 37 | |
| 2 | w tym chronicy | 3 | 2 | 1 | 0 | 4 | |
| 3 | Gruźlica płuc niepotwierdzona bakteriologicznie | 31 | 30 | 49 | 0 | 12 | |
| 4 | Razem gruźlica płuc (1+3) | 70 | 86 | 107 | 0 | 49 | |
| 5 | Gruźlica pozapłucna potwierdzona bakteriologicznie | 1 | 2 | 3 | 0 | 0 | |
| 6 | Gruźlica pozapłucna niepotwierdzona bakteriologicznie | 4 | 4 | 3 | 0 | 5 | |
| 7 | Razem gruźlica pozapłucna (5+6) | 5 | 6 | 6 | 0 | 5 | |
| 8 | Gruźlica ogółem (4+7) | 75 | 92 | 113 | 0 | 54 | |
| 9 | Lekoopornii | 2 | 3 | 2 | 0 | 3 | |
| 10 | w tym wielolekoopornii (INH+RMP) | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | |
| 11 | Osoby ze zwiększonym ryzykiem zachorowa- nia | Styczność z gruźlicą prątkującą | 480 | 257 | 237 | x | 500 |
| 12 | | Wzmógłony OT | 50 | 41 | 28 | x | 63 |
| 13 | | Drobne zmiany włókniste | 1 026 | 213 | 115 | x | 1 124 |
| 14 | | Inne kliniczne/spoęc zne | 1 497 | 325 | 474 | x | 1 348 |
| 15 | Inne choroby układu odddech- owego | POCHP | 7 248 | 2 014 | 488 | x | 8 774 |
| 16 | | astma | 7556 | 839 | 615 | x | 7780 |
| 17 | | Nowotwory ukł. oddechowego | 364 | 261 | 114 | x | 511 |
| 18 | | inne | 6 819 | 640 | 2 844 | x | 4 605 |

Źródło: Opracowanie własne na podstawie sprawozdania MZ-13 – Roczne sprawozdanie o leczonych w poradni gruźlicy i chorób płuc za 2012r

Tabela 5. Liczba pacjentów z rozpoznaniem gruźlicy układu oddechowego [A15-A16] leczonych w latach 2012-2013

| rozpoznanie główne ICD10 | rozpoznanie główne ICD10 (nazwa) | liczba pacjentów z rozpoznaniem głównym A15 i A16 w roku 2012 | liczba pacjentów z rozpoznaniem głównym A15 i A16 w roku 2013 |
|---|--|---|---|
| A15 | Gruźlica układu oddechowego, bakteriologicznie i histologicznie potwierdzona | 169 | 175 |
| A15.0 | Gruźlica płuc, potwierdzona mikroskopowym badaniem płwociny, z posiewem lub bez posiewu | 86 | 103 |
| A15.1 | Gruźlica płuc potwierdzona wyłącznie posiewem | 6 | 2 |
| A15.2 | Gruźlica płuc potwierdzona histologicznie | 3 | 4 |
| A15.3 | Gruźlica płuc potwierdzona nieokreślonymi sposobami | 2 | 3 |
| A15.4 | Gruźlica wewnątrzpiersiowych węzłów chłonnych, potwierdzona bakteriologicznie i histologicznie | 2 | 0 |
| A15.5 | Gruźlica krtani, tchawicy i oskrzela, potwierdzona bakteriologicznie i histologicznie | 1 | 1 |
| A15.6 | Gruźlicze zapalenie opłucnej, potwierdzone bakteriologicznie i histologicznie | 4 | 3 |
| A15.7 | Pierwotna gruźlica układu oddechowego, potwierdzona bakteriologicznie i histologicznie | 0 | 2 |
| A15.8 | Inne postacie gruźlicy układu oddechowego, potwierdzone bakteriologicznie i histologicznie | 0 | 1 |
| A15.9 | Gruźlica układu oddechowego nie określona, potwierdzona bakteriologicznie i histologicznie | 1 | 3 |
| A16 | Gruźlica układu oddechowego, nie potwierdzona bakteriologicznie i histologicznie | 112 | 114 |
| A16.0 | Gruźlica płuc, bakteriologicznie i histologicznie ujemna | 74 | 80 |
| A16.2 | Gruźlica płuc, bez wzmiankowania o potwierdzeniu bakteriologicznym lub histologicznym | 11 | 8 |
| A16.3 | Gruźlica wewnątrzpiersiowych węzłów chłonnych, bez wzmianki o potwierdzeniu bakteriologicznym lub histologicznym | 1 | 0 |
| A16.4 | Gruźlica krtani, tchawicy i oskrzela, bez wzmianki o potwierdzeniu bakteriologicznym lub histologicznym | 1 | 1 |
| A16.5 | Gruźlicze zapalenie opłucnej, bez wzmianki o potwierdzeniu bakteriologicznym lub histologicznym | 2 | 0 |
| A16.7 | Pierwotna gruźlica układu oddechowego, bez wzmianki o potwierdzeniu bakteriologicznym lub histologicznym | 0 | 2 |
| A16.8 | Inne postacie gruźlicy układu oddechowego, bez wzmianki o potwierdzeniu bakteriologicznym lub histologicznym | 1 | 0 |
| A16.9 | Gruźlica układu oddechowego, nie określona, bez wzmianki o potwierdzeniu bakteriologicznym lub histologicznym | 7 | 6 |
| RAZEM (unikatowe niepowtarzające się nr PESEL) | | 338 | 316 |

Źródło: Dane Narodowego Funduszu Zdrowia Lubuskiego Oddziału Wojewódzkiego w Zielonej Górze za lata 2012 - 2013

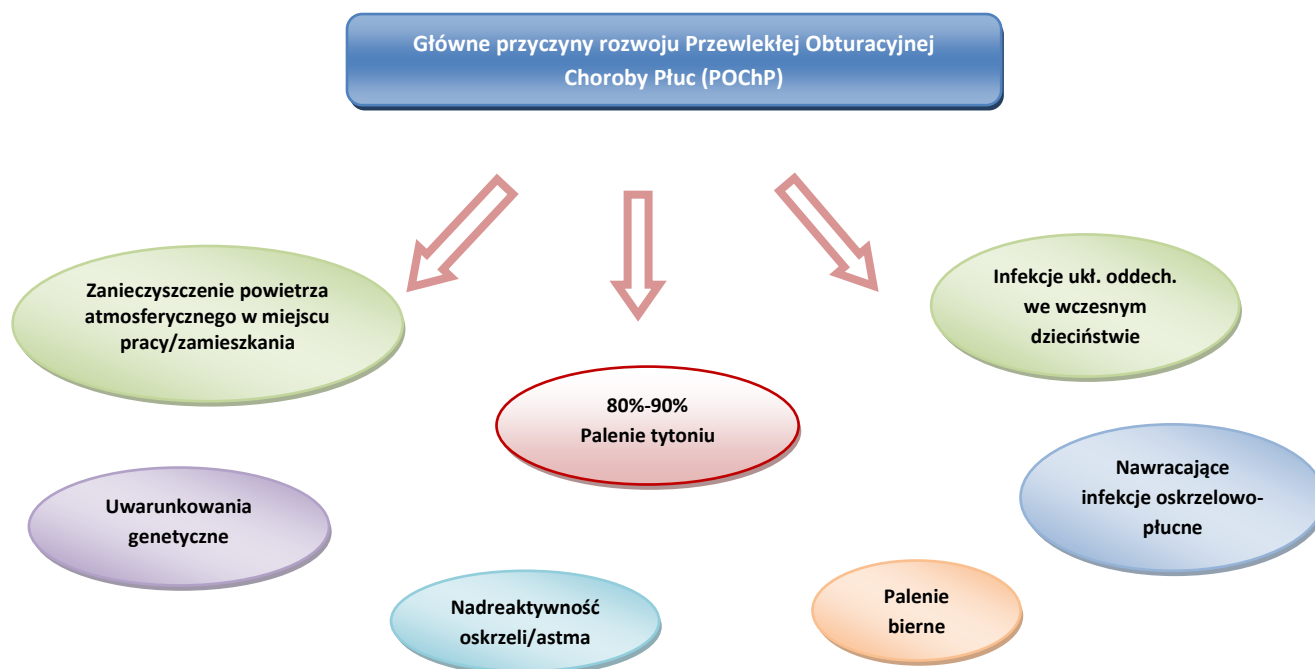
Tabela 6. Zachorowania na gruźlicę osób w wieku 19 lat i więcej będących pod opieką lekarza podstawowej opieki zdrowotnej w 2013 roku z podziałem na powiaty województwa lubuskiego

| Wyszczególnienie | | lubuskie | gorzowski | krośnieński | międzyrzecki | nowosolski | ślubicki | strzelecko-drezdenecki | sulęciński | świebodziński | wschowski | zielonogórski | żagański | żarski | m. Gorzów Wlkp. | m. Zielona Góra | |
|---|---------------------------------|--|-----------|-------------|--------------|------------|----------|------------------------|------------|---------------|-----------|---------------|----------|--------|-----------------|-----------------|-------|
| Ogółem, osoby u których stwierdzono schorzenie – stan na 31.12.2014 | liczba bezw. | 132 | 9 | 9 | 8 | 12 | 2 | 4 | 10 | 2 | 7 | 16 | 21 | 10 | 10 | 12 | |
| | wsk. na 10 tys. zadeklarowanych | 1,68 | 2,24 | 2,10 | 1,93 | 1,67 | 0,57 | 1,05 | 3,37 | 0,47 | 2,44 | 3,03 | 3,35 | 1,32 | 0,88 | 1,07 | |
| w tym w wieku: | 19-34 | liczba bezw. | 12 | 2 | - | 1 | 1 | - | 1 | - | 1 | 1 | - | 2 | 1 | - | 2 |
| | | odsetek osób, u których stwierdzono schorzenia | 9,09% | 22,22 | - | 12,5 | 8,33 | - | 25 | - | 50 | 14,29 | - | 9,52 | 10 | - | 16,67 |
| | 35-54 | liczba bezw. | 44 | 2 | 2 | - | 3 | - | 2 | 5 | 1 | 2 | 6 | 5 | 6 | 5 | 5 |
| | | odsetek osób, u których stwierdzono schorzenia | 33,33 | 22,22 | 22,22 | - | 25 | - | 50 | 50 | 50 | 28,57 | 37,50 | 23,81 | 60 | 50 | 41,67 |
| | 55-64 | liczba bezw. | 46 | 4 | 5 | 2 | 6 | 1 | 1 | 3 | - | 2 | 7 | 9 | 1 | 4 | 1 |
| | | odsetek osób, u których stwierdzono schorzenia | 34,8 | 44,4 | 55,6 | 25 | 50 | 50 | 25 | 30 | - | 28,6 | 43,8 | 42,9 | 10 | 40 | 8,3 |
| | 65 i więcej | liczba bezw. | 30 | 1 | 2 | 5 | 2 | 1 | - | 2 | - | 2 | 3 | 5 | 2 | 1 | 4 |
| | | odsetek osób, u których stwierdzono schorzenia | 22,73 | 11,11 | 22,22 | 62,5 | 16,67 | 50 | - | 20 | - | 28,57 | 18,75 | 23,81 | 20 | 10 | 33,33 |
| Ogółem, osoby u których stwierdzono schorzenia po raz pierwszy | liczba bezw. | 47 | 1 | 6 | 3 | 2 | - | 1 | 1 | - | 1 | 8 | 8 | 4 | 5 | 7 | |
| | wsk. na 10 tys. zadeklarowanych | 0,60 | 0,25 | 1,40 | 0,72 | 0,28 | - | 0,26 | 0,34 | - | 0,35 | 1,52 | 1,28 | 0,53 | 0,44 | 0,62 | |

Źródło: Opracowano przez Wydziału Zdrowia Lubuskiego Urzędu Wojewódzkiego w Gorzowie Wlkp. na podstawie sprawozdania MZ -11 za rok 2013

PRZEWLEKŁA OBTURACYJNA CHOROBA PŁUC - POChP

POChP jest chorobą nieuleczalną, której przebieg można modyfikować poprzez zaprzestanie ekspozycji na zanieczyszczenie powietrza - głównie dym tytoniowy (80%-90% przypadków zachorowania to aktywni lub bierni palacze) oraz odpowiednią terapię farmakologiczną wraz z rehabilitacją oddechową. Według autorów raportu pt. „Przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP) - analiza kosztów ekonomicznych i społecznych” z Instytutu Zarządzania w Ochronie Zdrowia Uczelni Łazarskiego w Warszawie, co roku z budżetu państwa przeznaczana się na leczenie co najmniej 400 mln złotych. Z danych przedstawionych w powyższym Raporcie wynika, że w 2012 r. Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) wydał na ten cel - w ramach leczenia szpitalnego, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej i rehabilitacji leczniczej - ponad 164 mln zł. Jeszcze większe są wydatki ponoszone ze środków Funduszu Ubezpieczeń Społecznych na świadczenia związane z niezdolnością do pracy osób z POChP. W 2012 r. wyniosły one 236 mln zł. Kwota ta nie uwzględnia dodatkowych kosztów związanych z refundacją leków dla pacjentów z tym schorzeniem.



Szacuje się, że POChP jest obecnie jedną z najczęstszych przewlekłych chorób niezakaźnych, której częstość występowania sukcesywnie się zwiększa. Według przewidywań WHO, w 2030 r. POChP będzie trzecią przyczyną zgonów na świecie. W Polsce na POChP

choruje ok. 2 mln osób, głównie mężczyzn po 40. roku życia. Niemniej od kilku lat obserwowany jest wzrost zachorowań u kobiet, wynikający ze wzrostu liczby palących pań. Z powodu przyczyn związanych z POChP rocznie umiera w Polsce ponad 15 tys. osób. Choroba charakteryzuje się ograniczeniem przepływu powietrza przez dolne drogi oddechowe. Schorzenie diagnozuje się na podstawie przeprowadzonego badania spirometrycznego.

Dane liczbowe dotyczące zachorowań na POChP potwierdzają opinie ekspertów, którzy przewidują, że na świecie w nadchodzącym dziesięcioleciu problem POChP będzie narastał z powodu ciągłego narażenia na czynniki ryzyka tej choroby oraz starzenia się populacji.

Cele leczenia POChP dzieli się na dwie grupy: cele ukierunkowane bezpośrednio na szybkie ustąpienie objawów i zmniejszenie ich wpływu na życie chorego oraz cele związane ze zmniejszeniem ryzyka niekorzystnych zdarzeń zdrowotnych, które mogą wystąpić u chorego w przyszłości (przykład takich zdarzeń stanowią zaostrzenia). Zmniejszenie częstości zaostrzeń i hospitalizacji można uzyskać poprzez: zaprzestanie palenia tytoniu, szczepienia przeciw grypie i zakażeniom pneumokokowym, właściwe stosowanie przepisanych leków, w tym właściwą technikę inhalacji oraz wczesną rehabilitację oddechową.

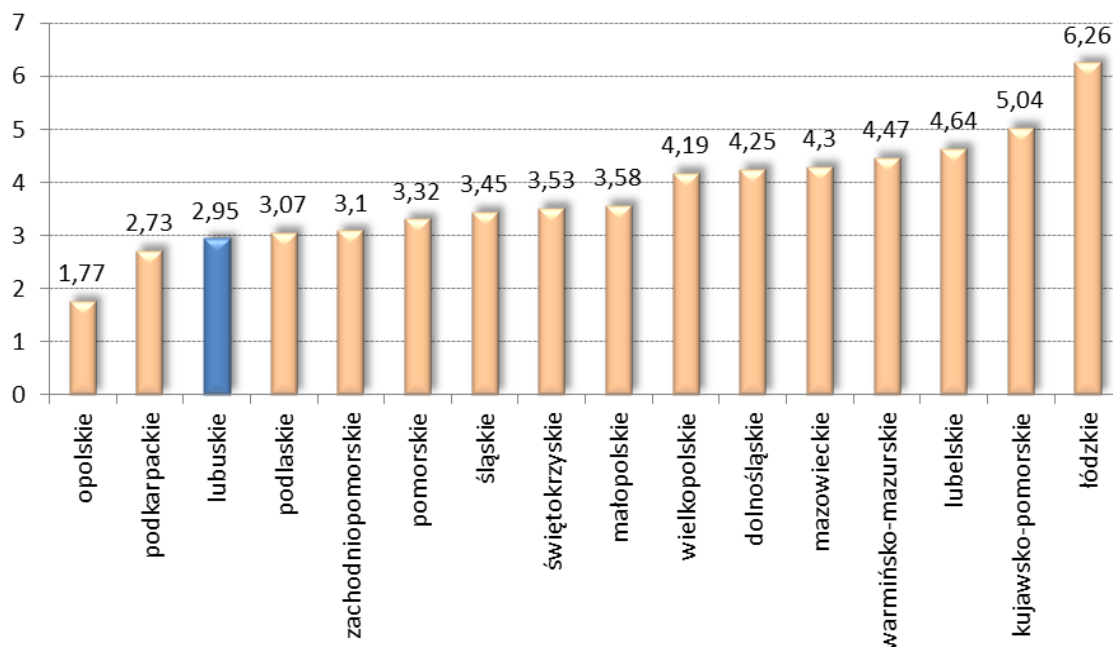
Tabela 7. Liczba zgonów z powodu zachorowania na POChP. według województw w 2010 r.

| Województwo | Wskaźnik |
|---------------------|----------|
| opolskie | 1,77 |
| podkarpackie | 2,73 |
| lubuskie | 2,95 |
| podlaskie | 3,07 |
| zachodniopomorskie | 3,10 |
| pomorskie | 3,32 |
| śląskie | 3,45 |
| świętokrzyskie | 3,53 |
| małopolskie | 3,58 |
| wielkopolskie | 4,19 |
| dolnośląskie | 4,25 |
| mazowieckie | 4,30 |
| warmińsko-mazurskie | 4,47 |
| lubelskie | 4,64 |
| kujawsko-pomorskie | 5,04 |
| łódzkie | 6,26 |

Źródło: Krajowy indeks sprawności ochrony zdrowia 2014

W Polsce POChP to jedna z najczęściej występujących przewlekłych jednostek chorobowych – dotyka bezpośrednio ok. 15% populacji.

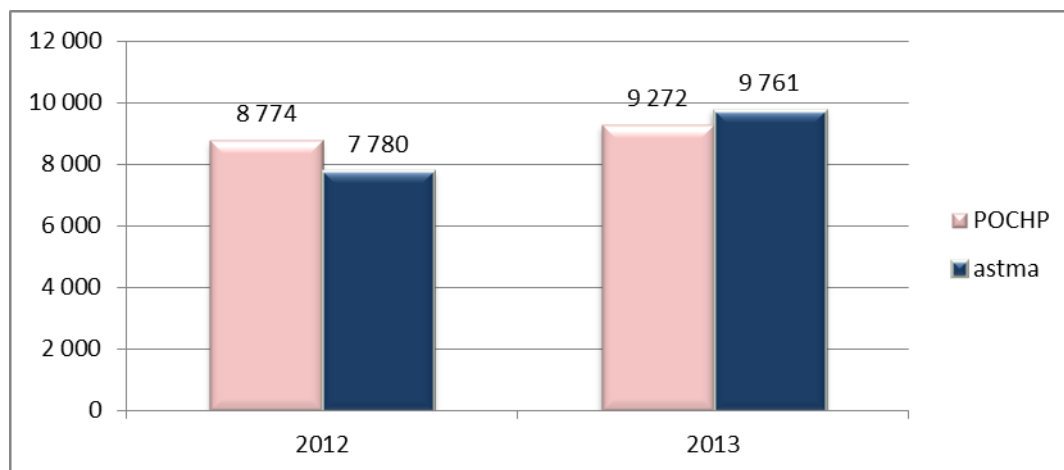
Wykres 5. Wskaźnik zgonów z powodu zachorowania na POChP. według województw w 2010 r. na 100 tys. mieszkańców województwa



Źródło: Krajowy indeks sprawności ochrony zdrowia 2014

Według danych zawartych w sprawozdaniu MZ-13 (tabela 3 i 4.) wyraźnie widać, że w województwie lubuskim dużą grupę chorych stanowią osoby, u których zdiagnozowano POChP. Według stanu na dzień 31 grudnia 2013 r. zarejestrowanych było 9272 pacjentów z tego typu schorzeniem, tj. o 498 więcej niż w 2012 r.

Wykres 6. Liczba zachorowań na POChP i astmę w województwie lubuskim w latach 2012 i 2013



Źródło: Dane opracowane na podstawie sprawozdania MZ-13 – Roczne sprawozdanie o leczonych w poradni gruźlicy i chorób płuc za 2012r. i 2013r.

ASTMA

Astma jest przewlekłą zapalną chorobą dróg oddechowych, najczęściej o podłożu alergicznym, która dotyczy pacjentów we wszystkich grupach wiekowych. Z powodu bardzo wysokiej chorobowości schorzenie to stanowi nie tylko duży problem medyczny, ale również społeczny i ekonomiczny.

Astma w znacznym stopniu upośledza jakość życia, a jej przewlekły charakter i uciążliwość objawów wpływają na życie rodzinne, aktywność społeczną i zawodową chorych. Jest przyczyną spadku wydajności pracy, wzrostu absencji chorobowej i dość częstej hospitalizacji w przypadku ciężkiej astmy. Koszty bezpośrednie i pośrednie związane z leczeniem dużej grupy astmatyków są wysokie i stanowią znaczną część dochodów budżetowych. Istotnym czynnikiem wpływającym na wysokie koszty leczenia jest przewlekły charakter procesu chorobowego. Według aktualnego stanu wiedzy astma oskrzelowa jest chorobą nieuleczalną, prowadzącą do trwałego upośledzenia czynności układu oddechowego. Napadowa duszność i męczący kaszel, które charakteryzują astmę, w znacznym stopniu upośledzają jakość życia chorych. Wśród chorób alergicznych astma stanowi najczęstszą przyczyną absencji chorobowej oraz hospitalizacji, jak również inwalidztwa i zgonów. Dane szacunkowe mówią o 155 mln. ludzi na całym świecie chorujących na astmę (*źródło: J. Komorowski, Epidemiologia astmy w Polsce w oparciu o wyniki badania ECAP, 2012*).

W województwie lubuskim astma obok przewlekłej obturacyjnej choroby płuc jest drugą najczęściej diagnozowaną jednostką chorobową układu oddechowego. Według stanu na dzień 31 grudnia 2013 roku zarejestrowanych w Wojewódzkiej Poradni Gruźlicy i Chorób Płuc w Gorzowie Wlkp. było 9761 osób tj. o 1981 więcej niż przed rokiem. Również w tym zakresie wzrosła liczba nowo zarejestrowanych osób, gdzie w 2012 roku grupa ta stanowiła 839 chorych a w roku 2013 aż 1451.

Zapalenie płuc

Zapalenie płuc to choroba powszechna, dotykająca w Polsce 0,5–1 na 100 osób rocznie. W większości przypadków czynnikiem powodującym tę chorobę są bakterie.

Zapalenie płuc dzieli się na pozaszpitalne (u chorych, którzy nie przebywają w szpitalu) i szpitalne (u chorych przebywających w szpitalu powyżej 48 godzin).

- **Pozaszpitalne zapalenie płuc**

Roczną liczbę zachorowań w Europie szacuje się na około 5-12 przypadków na 1000 osób. Odnosząc te dane do populacji Polski, można przypuszczać, że rocznie choruje co najmniej 300 000 osób. Wśród osób w podeszłym wieku (>75. roku życia) częstość zachorowań jest znacznie większa i wynosi ponad 30 przypadków na 1000 osób. Bakterią, która powoduje ponad 2/3 pozaszpitalnych zapaleń płuc, jest dwoinka zapalenia płuc (*Streptococcus pneumoniae*).

- **Szpitalne zapalenie płuc**

Ryzyko zapalenia płuc u osoby przyjętej do szpitala szacuje się na 5-15 przypadków na 1000 hospitalizacji. Ryzyko to jest znacznie większe u osób ciężko chorych oraz takich, które są mechanicznie wentylowane na oddziałach intensywnej terapii. Ryzyko zapalenia płuc u tych drugich ocenia się na 15% w czasie pierwszych 5 dni mechanicznej wentylacji, 10% w czasie następnych 5 dni i 1% na każdy kolejny dzień mechanicznej wentylacji. Oznacza to, że jeżeli pacjent jest sztucznie wentylowany przez 2 tygodnie, ryzyko zapalenia płuc wynosi około 25%, czyli zapalenie płuc rozwinię się u 1 na 4 osoby. Tak duże ryzyko jest związane z dwoma czynnikami:

- osoby mechanicznie wentylowane są zwykle bardzo ciężko chore i ich naturalna odporność jest obniżona,
- wprowadzenie rurki intubacyjnej do tchawicy, konieczne do prowadzenia inwazyjnej wentylacji mechanicznej, zaburza naturalne mechanizmy zapewniające zachowanie jałowości dolnych dróg oddechowych (czyli tchawicy i oskrzeli) oraz sprzyja dostawaniu się do nich bakterii.

Czynniki zwiększające ryzyko choroby poprzez sprzyjanie kolonizacji przez bakterie odporne na leki:

- antybiotykoterapia w ciągu ostatnich 90 dni,
- czas hospitalizacji ≥ 5 dni,
- hospitalizacja przez ≥ 2 dni w ciągu ostatnich 90 dni,
- pobyt w zakładzie opiekuńczym lub w domu opieki przewlekłej,
- dożylny podawanie leków w warunkach domowych (w tym antybiotyków),

- dializoterapia przewlekła w ciągu 30 dni,
- leczenie rany w domu,
- leczenie immunosupresyjne lub choroba przebiegająca z upośledzeniem odporności.

W czasie pierwszych 4 dni od przyjęcia do szpitala u większości chorych, u których rozwija się zapalenie płuc, przyczyną są podobne bakterie jak w przypadku pozaszpitalnego zapalenia płuc. Po tym okresie przyczyną choroby częściej są szczepy bakterii „rezydujące” w danym szpitalu. Często są one odporne na wiele antybiotyków. Do bakterii tych zaliczamy *Pseudomonas aeruginosa* (pałeczkę ropy błękitnej), szpitalne szczepy *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae*, gatunki z rodzaju *Acinetobacter*, *Legionella pneumophila*, *Staphylococcus aureus* (szczepy odporne na antybiotyki, tzw. MRSA, czyli metycylin-resistant *Staphylococcus aureus*).

Według danych otrzymanych z Wojewódzkiej Stacji Sanitarno Epidemiologicznej w Gorzowie Wlkp. wynika, że w województwie lubuskim w 2013r. odnotowano o ponad 50 przypadków (około 13%) więcej zakażeń szpitalnych niż w 2012 roku.

Wszystkie wykazane w poniższej tabeli bakterie są typowymi dla układu oddechowego patogenami, powodującymi ciężkie, zagrażające życiu zapalenia płuc. Zebrane przez WSSE w Gorzowie Wlkp. dane dotyczące zakażeń szpitalnych, świadczą o polepszającej się ich wykrywalności. Nie bez znaczenia wpływ na ten fakt ma doniosła rola nadzoru epidemiologicznego, wzrastająca ranga problemu, jak również wzrost świadomości personelu medycznego na temat zakażeń szpitalnych. Nie mniej jednak w dalszym ciągu istotne jest, aby doskonalić metody służące ochronie przed zakażeniami szpitalnymi.

Tabela 8. Zakażenia szpitalne w latach 2012 i 2013

| Zakażenia szpitalne w 2012r. | | Zakażenia szpitalne w 2013r. | |
|------------------------------|----------------------------------|------------------------------|----------------------------------|
| Liczba | Czynnik chorobotwórczy | Liczba | Czynnik chorobotwórczy |
| 29 | <i>Staphylococcus ureus</i> MRSA | 32 | <i>Staphylococcus ureus</i> MRSA |
| 0 | <i>Staphylococcus ureus</i> VISA | 19 | <i>Staphylococcus ureus</i> VISA |
| 48 | <i>Escherichia coli</i> | 76 | <i>Escherichia coli</i> |
| 57 | <i>Klebsiella</i> | 117 | <i>Klebsiella</i> |
| 72 | <i>Enterobacter</i> | 74 | <i>Enterobacter</i> |
| 68 | <i>Pseudomonas areuginosa</i> | 61 | <i>Pseudomonas areuginosa</i> |
| 146 | <i>Acinetobacter</i> spp | 91 | <i>Acinetobacter</i> spp |
| 0 | <i>Streptococcus pneumoniae</i> | 4 | <i>Streptococcus pneumoniae</i> |
| 420 | | 474 | |

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Wojewódzkiej Stacji Sanitarno Epidemiologicznej w Gorzowie Wlkp.

W celu zapobiegania szerzeniu się zakażeń szpitalnych wywołujących poważne dla chorób układu oddechowego schorzenia, istotne jest aby w każdym szpitalu mógł być przeszkolony personel medyczny kontrolujący procedury zapobiegające zakażeniom szpitalnym, jak również prawidłowo nadzorujący prowadzoną sprawozdawczość. Dodatkowo, ważne jest aby przynajmniej raz w roku personel biały szpitala uczestniczył w szkoleniu z zakresu higieny i zapobiegania zakażeniom szpitalnym.

Według danych OW NFZ w Zielonej Górze w latach 2012-2013 na zapalenia płuc o różnej etiologii, według głównego rozpoznania od J12 do J18.9 (ICD10) zachorowało odpowiednio 15 201 oraz 17 588 pacjentów. W większości przypadków na tego rodzaju zapalenia płuc pacjenci leczeni są głównie w ramach hospitalizacji.

Zwrócić należy również uwagę na liczbę pacjentów z rozpoznaniem ostrego zapalenia oskrzeli (J20), która znacząco przewyższa zachorowania na groźne dla zdrowia i życia zapalenie płuc. Ostre zapalenie oskrzeli w 2013 roku zdiagnozowano u 64 512 pacjentów, i było to o 10 794 przypadków więcej niż przed rokiem. Nieleczone zapalenie oskrzeli może wywołać groźne powikłania, jednym z nich są pneumokokowe zapalenie płuc. Skala zachorowań na ostre zapalenie oskrzeli jednocześnie świadczy o znacznym obciążeniu pionu ambulatoryjnej opieki medycznej w województwie lubuskim.

Tabela 9. Liczba pacjentów z rozpoznaniem J12-J18.9 i J 20 leczonych w latach 2012 i 2013

| rozpoznanie główne ICD10 | rozpoznanie główne ICD10 (nazwa) | liczba pacjentów z rozpoznaniem głównym J12-J18.9 i J 20 w roku 2012 | liczba pacjentów z rozpoznaniem głównym J12-J18.9 i J 20 w roku 2013 |
|--------------------------|--|--|--|
| J12 | Wirusowe zapalenie płuc niesklasyfikowane gdzie indziej | 150 | 199 |
| J12.1 | Zapalenie płuc wywołane wirusem RS | 0 | 5 |
| J12.2 | Zapalenie płuc wywołane wirusem paragrypowym | 0 | 1 |
| J12.8 | Zapalenie płuc wywołane innym wirusem | 367 | 491 |
| J12.9 | Nieokreślone wirusowe zapalenie płuc | 30 | 110 |
| J13 | Zapalenie płuc wywołane paciorkowcami (<i>Streptococcus pneumoniae</i>) | 107 | 69 |
| J14 | Zapalenie płuc wywołane pałeczką grypy (<i>Haemophilus influenzae</i>) | 52 | 44 |
| J15 | Zapalenie płuc bakteryjne niesklasyfikowane gdzie indziej | 395 | 477 |
| J15.0 | Zapalenie płuc wywołane pałeczką zapalenia płuc (<i>Klebsiella pneumoniae</i>) | 33 | 46 |
| J15.1 | Zapalenie płuc wywołane przez <i>Pseudomonas</i> | 21 | 28 |
| J15.2 | Zapalenie płuc wywołane przez gronkowce | 30 | 32 |
| J15.3 | Zapalenie płuc wywołane przez paciorkowce grupy B | 1 | 2 |
| J15.4 | Zapalenie płuc wywołane przez inne paciorkowce | 14 | 9 |

| | | | |
|---|---|---------------|---------------|
| J15.5 | Zapalenie płuc wywołane przez pałeczkę okrężnicy (<i>Escherichia coli</i>) | 34 | 23 |
| J15.6 | Zapalenie płuc wywołane przez inne tlenowe bakterie Gram-ujemne | 66 | 42 |
| J15.7 | Zapalenie płuc wywołane przez <i>Mycoplasma pneumoniae</i> | 50 | 52 |
| J15.8 | Zapalenie płuc wywołane innymi bakteriami | 451 | 471 |
| J15.9 | Nieokreślone bakteryjne zapalenie płuc | 380 | 447 |
| J16 | Zapalenie płuc wywołane innymi drobnoustrojami niesklasyfikowane gdzie indziej | 458 | 644 |
| J16.0 | Zapalenie płuc wywołane przez chlamydie | 81 | 40 |
| J16.8 | Zapalenie płuc wywołane przez inne określone drobnoustroje | 204 | 302 |
| J17 | Zapalenie płuc w chorobach sklasyfikowanych gdzie indziej | 72 | 51 |
| J17.1 | Zapalenie płuc w przebiegu chorób zakaźnych wirusowych sklasyfikowanych gdzie indziej | 1 | 0 |
| J17.2 | Zapalenie płuc w przebiegu grzybicy | 1 | 0 |
| J17.8 | Zapalenie płuc w przebiegu innych chorób sklasyfikowanych gdzie indziej | 1 | 1 |
| J18 | Zapalenie płuc wywołane nieokreślonym drobnoustrojem | 10 111 | 11 622 |
| J18.0 | Nieokreślone odoskrzelowe zapalenie płuc | 234 | 303 |
| J18.1 | Nieokreślone płatowe zapalenie płuc | 37 | 23 |
| J18.2 | Nieokreślone hipostatyczne zapalenie płuc | 5 | 2 |
| J18.8 | Zapalenie płuc wywołane innymi nieokreślonymi drobnoustrojami | 1 090 | 1 148 |
| J18.9 | Nieokreślone zapalenie płuc | 725 | 904 |
| RAZEM (unikatowe niepowtarzające się nr PESEL) | | 15 201 | 17 588 |
| J20 | Ostre zapalenie oskrzeli | 53 718 | 64 512 |

Źródło: Dane Narodowego Funduszu Zdrowia Lubuskiego Oddziału Wojewódzkiego w Zielonej Górze za rok 2012 i 2013

Obturacyjny bezdech senny

OBPS to najczęstsze zaburzenie oddychania występujące podczas snu. Szacuje się, że w Polsce choruje na nie około 100 tysięcy osób. Bezdech nie zawsze musi niepokoić. Może bowiem występować także u zdrowych osób. Za patologiczne uznaje się te bezdechy, które trwają dłużej niż 10 sekund i występują częściej niż 5 razy w ciągu godziny. Jak dotąd naukowcom nie udało się ustalić konkretnej przyczyny występowania obturacyjnego bezdechu podczas snu. Jednak u osób z OBPS często stwierdza się obecność pewnych zmian (anomalii), które mogą wpływać na powstanie schorzenia. Zalicza się do nich:

- zmiany w obrębie nosa (skrzywienie przegrody nosa, przerost małżowin nosowych, polipy),
- zmiany w obrębie gardła (powiększone migdałki podniebienne, powiększony język, wydłużone podniebienie miękkie),
- wady budowy twarzoczaszki (np. mała, cofnięta żuchwa).

Bezdechy nocne obserwuje się u mężczyzn w średnim wieku, najczęściej otyłych, skarżących się na chrapanie i nadmierną senność w ciągu dnia. U kobiet OBPS występuje znacznie rzadziej. Jest to spowodowane odmienną budową górnych dróg oddechowych mężczyzn i kobiet (źródło: www.medoten.pl)

Tabela 10. Liczba zachorowań na obturacyjny bezdech senny w województwie lubuskim w roku 2012 i 2013 (unikatowe niepowtarzające się nr Pesel)

| Obturacyjny bezdech senny (G47.3) | |
|--|------------|
| liczba zachorowań: | |
| 2012 r. | 2013 r. |
| 549 | 759 |

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z LOW NFZ w Zielonej Górze

Według danych otrzymanych z LOW NFZ w Zielonej Górze w 2013 r. w województwie lubuskim odnotowano 759 zachorowań na OBS, tj. o 210 przypadków więcej niż w roku ubiegłym.

Choroby śródmiąższowe płuc - sarkoidoza

Sarkoidoza jest chorobą stwierdzaną najczęściej u ludzi młodych i w średnim wieku, szczyt zachorowań obserwuje się w grupie wiekowej 20-29 lat. Częstość występowania w Polsce tej choroby szacowana jest na 10/100 000. Poważne znaczenie ma zajęcie mięśnia sercowego (niewydolność krążenia) i układu nerwowego (porażenia, moczówka prosta, zaburzenia równowagi) u części chorych, mimo leczenia, prowadzące do śmierci.

W województwie lubuskim według danych z LOW NFZ w Zielonej Górze w roku 2012 i 2013 choroby śródmiąższowe płuc, w tym sarkoidozy zdiagnozowano odpowiednio u 382 i 395 pacjentów.

Tabela 11. Liczba zachorowań na choroby tkanki śródmiąższowej płuc, w tym sarkoidozy w województwie lubuskim w roku 2012 i 2013 (unikatowe niepowtarzające się nr Pesel)

| Choroby tkanki śródmiąższowej płuc, w tym sarkoidozy | |
|---|------------|
| liczba zachorowań: | |
| 2012 r. | 2013 r. |
| 382 | 395 |

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z LOW NFZ w Zielonej Górze

Nowotwory układu oddechowego

Według danych Krajowego Rejestru Nowotworów, Centrum Onkologii – Instytutu im. M. Skłodowskiej-Curie w Polsce w 2011 roku ogółem na nowotwory złośliwe zachorowało 144 336 osób. Z tego nowotwory złośliwe płuc były główną przyczyną zachorowania u 23% mężczyzn oraz u 9% kobiet. Ryzyko zachorowania na raka płuca jest około 3 razy większe u mężczyzn niż u kobiet.

Wykres 7. Nowotwory złośliwe w Polsce w 2011 r. Liczba zachorowań

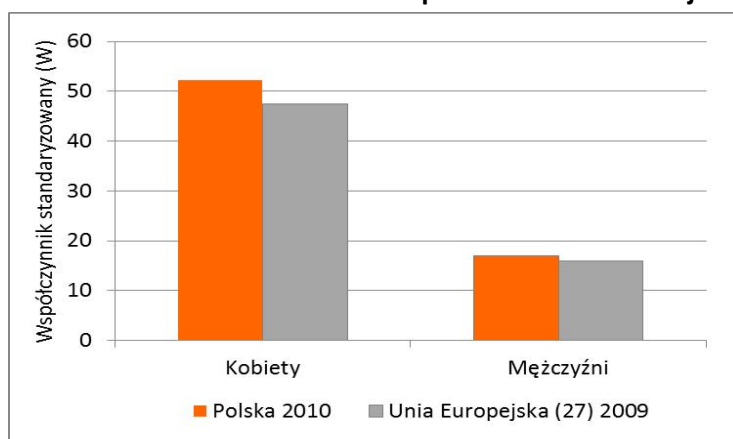


Źródło: <http://onkologia.org.pl/>

Większość zachorowań na nowotwory złośliwe płuca występuje po 50 roku życia (96% zachorowań u mężczyzn i 95% zachorowań u kobiet), przy czym około 50% zachorowań u obu płci przypada na populację osób po 65 roku życia.

W 2010 roku w Polsce częstość zachorowań na nowotwory płuca była wyższa niż średnia dla krajów Unii Europejskiej u obu płci.

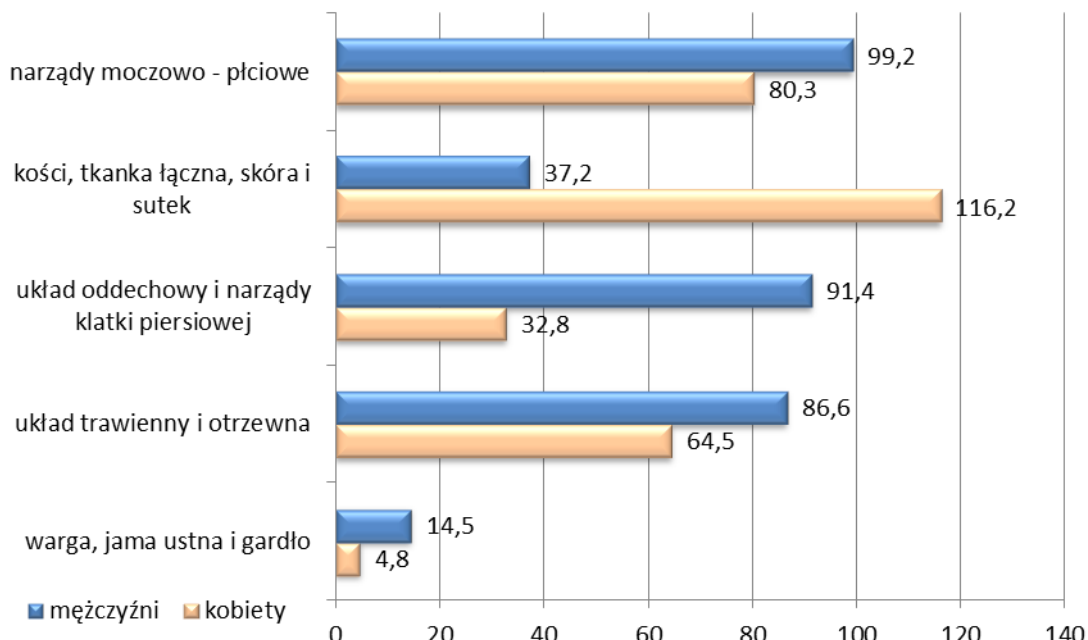
Wykres 8. Porównanie zachorowalności na raka płuca w Polsce i w krajach UE



Źródło: <http://onkologia.org.pl/>

Nowotwory złośliwe płuca powodują u mężczyzn około 31% zgonów, natomiast u kobiet 15% zgonów nowotworowych, wyprzedzając tym samym raka piersi.

Wykres 9. Zachorowania na nowotwory złośliwe według umiejscowienia i płci na 100 tys. ludności w 2010 roku



Źródło: Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia. Biuletyn Statystyczny 2013 Ministerstwa Zdrowia

W województwie lubuskim w 2012 roku na nowotwory złośliwe układu oddechowego zmarło 606 osób, w tego 419 mężczyzn oraz 187 kobiet. Współczynnik na 1 tys. osób wyniósł 1,61. Zgony przeważały u osób pomiędzy 60-64 rokiem życia. U kobiet jak i u mężczyzn największa umieralność była głównie spowodowana nowotworami oskrzeli lub płuc.

Tabela 12. Zgony na nowotwory złośliwe oskrzela i płuca (C34) według płci i wieku zmarłych mieszkańców województwa lubuskiego w 2012 roku

| Przyczyny zgonów wg Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych | Wiek zmarłych | | | | | | | | | | | | | |
|---|---------------|------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|------------|-------|-------|-------|-------|-----------------|
| | Ogółem | 0-29 | 30-34 | 35-39 | 40-44 | 45-49 | 50-54 | 55-59 | 60-64 | 65-69 | 70-74 | 75-79 | 80-84 | 85 lat i więcej |
| Ogółem | 606 | | 1 | | 2 | 15 | 54 | 88 | 115 | 96 | 86 | 77 | 52 | 20 |
| Mężczyźni | 419 | - | - | - | 2 | 10 | 31 | 58 | 79 | 66 | 62 | 61 | 37 | 13 |
| Kobiety | 187 | | 1 | - | - | 5 | 23 | 30 | 36 | 30 | 24 | 16 | 15 | 7 |

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z LUW w Gorzowie Wlkp.

Najwięcej zgonów w 2012r. z powodu chorób układu oddechowego, innych niż nowotwory było w Zielonej Górze – 39, Gorzowie Wlkp. – 36 oraz powiecie żarskim – 35.

Zgony najczęściej występowały u osób w wieku 70 lat i więcej – jest to około 68% wszystkich zgonów spowodowanych schorzeniami ze strony układu oddechowego.

Tabela 13. Zgony z powodu chorób układu oddechowego (J00 – J99) w powiatach województwa lubuskiego w 2012 roku

| Powiaty województwa lubuskiego | ogółem | w tym w wieku lat | | | | | | | | | |
|--------------------------------|------------|-------------------|----------|-------|-------|----------|----------|----------|-----------|-----------|-------------|
| | | 0-4 | 5-9 | 10-14 | 15-19 | 20-29 | 30-39 | 40-49 | 50-59 | 60-69 | 70 i więcej |
| woj. lubuskie ogółem | 360 | 3 | 2 | - | - | 6 | 4 | 5 | 29 | 67 | 244 |
| gorzowski | 19 | - | - | - | - | - | - | 1 | 2 | 3 | 13 |
| krośnieński | 20 | - | - | - | - | - | - | 1 | 3 | 5 | 11 |
| międzyrzecki | 26 | - | - | - | - | 3 | - | - | 2 | 4 | 17 |
| nowosolski | 29 | - | - | - | - | - | 1 | 2 | - | 6 | 20 |
| słubicki | 18 | - | - | - | - | - | - | - | 1 | 1 | 16 |
| strzelecko - drezdenecki | 22 | - | - | - | - | 1 | - | - | 3 | 4 | 14 |
| sulęciński | 17 | - | 1 | - | - | - | - | - | - | - | 16 |
| świebodziński | 22 | 1 | - | - | - | - | 2 | - | 1 | 4 | 14 |
| wschowski | 18 | - | - | - | - | - | - | - | 3 | 1 | 14 |
| zielonogórski | 25 | - | - | - | - | - | - | - | 2 | 3 | 20 |
| żagański | 34 | - | - | - | - | 1 | - | - | 2 | 10 | 21 |
| żarski | 35 | - | - | - | - | - | - | - | 2 | 8 | 25 |
| m. Gorzów Wlkp. | 36 | - | - | - | - | - | - | 1 | 5 | 8 | 22 |
| m. Zielona Góra | 39 | 2 | 1 | - | - | 1 | 1 | - | 3 | 10 | 21 |

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych LUW w Gorzowie Wlkp.

2.5. Zasoby w pulmonologicznej opiece zdrowotnej na terenie województwa lubuskiego

2.5.1. Zatrudnienie w pulmonologicznej opiece zdrowotnej

Liczba kadry medycznej, w szczególności lekarzy w dziedzinie chorób płuc ma istotne znaczenie dla funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej. Według informacji zamieszczonych w dokumencie pn. *Policy paper dla ochrony Zdrowia na lata 2014-2020. Krajowe ramy strategiczne*, głównym problemem obserwowanym od kilku lat w ochronie zdrowia są niedostateczne zasoby kadrowe, szczególnie wśród specjalistów. Wskaźnik liczby lekarzy na 1000 mieszkańców jest w Polsce niższy niż w większości krajów zachodnioeuropejskich. Problemy kadrowe spowodowane są również nierównomiernym rozmieszczeniem kadr medycznych pod względem geograficznym. Największa koncentracja lekarzy obserwowana jest w regionach, w których znajdują się uczelnie i wysokospecjalistyczne ośrodki medyczne.

Braki kadrowe w obszarze ochrony zdrowia w Polsce spowodowane są także dynamicznym wzrostem średniej wieku profesjonalistów medycznych i ich przechodzenia na emeryturę oraz niedostatecznym przyrostem nowych osób. Analiza struktury wieku wśród lekarzy poszczególnych specjalności zawarta w powyższym dokumencie, wykazała, że w 13 dziedzinach medycyny ponad 24% specjalistów ukończyło 70 rok życia, w 10 dziedzinach około 13% specjalistów jest w wieku 61-65 lat, natomiast w 18 dziedzinach ponad 50% specjalistów ukończyło 56 rok życia.

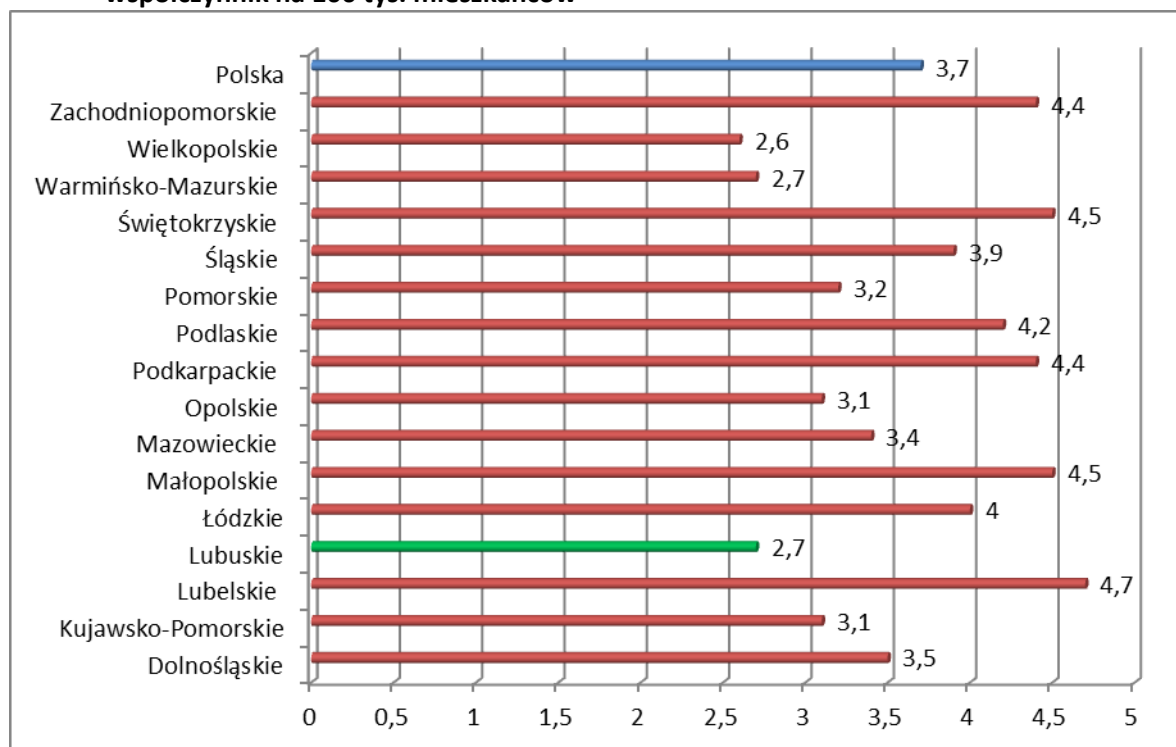
Tabela 14. Lekarze specjaliści zatrudnieni w placówkach ochrony zdrowia według województw i podstawowego miejsca zatrudnienia, stan na 31.12.2011r., współczynnik na 100 tys. mieszkańców

| Region/ województwo | | Ogółem | | | w tym specjaliści | | |
|------------------------|------|-----------------------|--------------------|------------|------------------------|------------|----------------|
| | | Specjaliści ogółem | % ogółu lekarzy | Radiologii | Chorób wewnętrznych | Pediiatrii | Chorób płuc |
| Polska | 2010 | 165,8 | 80,5 | 6,0 | 25,7 | 14,7 | 3,6 |
| | 2011 | 173,5 | 81,2 | 6,2 | 26,6 | 14,7 | 3,7 |
| dolnośląskie | | 172,3 | 80,8 | 6,3 | 28,9 | 14,5 | 3,5 |
| kujawsko-pomorskie | | 173,1 | 83,4 | 6,1 | 26,4 | 16,7 | 3,1 |
| lubelskie | | 194,7 | 80,8 | 7,8 | 21,9 | 12,7 | 4,7 |
| lubuskie | | 159,8 | 87,6 | 4,7 | 15,7 | 14,1 | 2,7 |
| łódzkie | | 189,6 | 77,3 | 5,8 | 34,7 | 18,2 | 4,0 |
| małopolskie | | 170,9 | 77,0 | 5,5 | 28,9 | 5,5 | 4,5 |
| mazowieckie | | 190,5 | 79,0 | 7,4 | 27,6 | 15,6 | 3,4 |
| opolskie | | 147,9 | 83,2 | 3,3 | 23,7 | 13,2 | 3,1 |
| podkarpackie | | 165,5 | 86,4 | 5,4 | 23,0 | 13,2 | 4,4 |
| podlaskie | | 200,7 | 83,2 | 9,6 | 24,2 | 13,7 | 4,2 |
| pomorskie | | 149,4 | 80,0 | 6,1 | 25,2 | 14,8 | 3,2 |
| śląskie | | 196,4 | 84,6 | 7,2 | 35,2 | 16,6 | 3,9 |
| świętokrzyskie | | 188,2 | 87,7 | 7,4 | 29,4 | 14,5 | 4,5 |
| warmińsko-mazurskie | | 158,8 | 85,2 | 4,5 | 22,2 | 13,6 | 2,7 |
| wielkopolskie | | 108,5 | 76,6 | 4,0 | 16,4 | 8,9 | 2,6 |
| zachodniopomorskie | | 194,2 | 79,9 | 7,0 | 24,6 | 16,0 | 4,4 |

Źródło: Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020. Krajowe ramy strategiczne.

W przypadku lekarzy specjalistów w dziedzinie chorób płuc, zatrudnionych w placówkach ochrony zdrowia wg podstawowego miejsca zatrudnienia w województwie lubuskim w 2011r. współczynnik na 100 tys. ludności wynosił - 2,7, i był zdecydowanie niższy niż wynik ogólnopolski - 3,7. Lubuskie w tym przypadku zajmuje równorzędne przedostatnie miejsce obok warmińsko-mazurskiego pod względem liczby specjalistów w zakresie chorób płuc.

Wykres 10. Lekarze specjaliści chorób płuc zatrudnieni w placówkach ochrony zdrowia według województw i podstawowego miejsca zatrudnienia, stan na 31.12.2011r., współczynnik na 100 tys. mieszkańców



Źródło: Opracowanie własne na podstawie Policy paper dla ochrony Zdrowia na lata 2014-2020. Krajowe ramy strategiczne.

W celu poprawy niekorzystnej sytuacji kadry medycznej w województwie lubuskim podjęto działania mające na celu utworzenie w 2015 roku kierunku lekarskiego na Uniwersytecie Zielonogórskim. Oznacza to, że już w 2021 r. uczelnię opuszczą pierwsi absolwenci kierunku lekarskiego, którzy z pewnością będą mogli podjąć zatrudnienie oraz kształcenie specjalizacyjne w lubuskich placówkach ochrony zdrowia. Zakłada się, iż umożliwienie kształcenia przyszłych lekarzy w województwie lubuskim wpłynie na zahamowanie zjawiska migracji młodych lekarzy do innych ośrodków medycznych w kraju oraz zwiększenie liczby personelu medycznego w regionie, a w dalszej kolejności na szybki i skuteczny dostęp do profesjonalnie udzielanych świadczeń zdrowotnych wszystkim mieszkańcom województwa.

Według danych otrzymanych z Wydziału Zdrowia Lubuskiego Urzędu Wojewódzkiego w Gorzowie Wlkp., w 2013 roku w jednostkach ochrony zdrowia na terenie województwa lubuskiego zatrudnionych było 36 specjalistów w zakresie chorób płuc, z tego 2 ze specjalizacją I stopnia oraz 33 posiadających specjalizację II stopnia. Jeden lekarz posiada specjalizację uzyskaną tzw. „nowym trybem”. W porównaniu do roku ubiegłego

kadra powiększyła się o 4 specjalistów chorób płuc. Natomiast lekarzy specjalistów w zakresie chirurgii klatki piersiowej w 2013r. odnotowano 4, z czego 2 to specjaliści II stopnia oraz 2, którzy specjalizację uzyskali „nowym trybem”. Liczba ta utrzymuje się na tym samym poziomie co w roku ubiegłym.

Tabela 15. Liczba lekarzy specjalistów chorób płuc oraz chirurgii klatki piersiowej na podstawie sprawozdania MZ-89 z terenu województwa lubuskiego za rok 2012 i 2013

| Stopnie specjalizacji | Liczba lekarzy specjalistów | | | |
|--|-----------------------------|--------|---|--------|
| | w zakresie chorób płuc* | | w zakresie chirurgii klatki piersiowej* | |
| | 2012r. | 2013r. | 2012r. | 2013r. |
| Ogółem | 32 | 36 | 4 | 4 |
| I stopień | 3 | 2 | 0 | 0 |
| II stopień | 28 | 33 | 2 | 2 |
| specjalność uzyskana tzw. „nowym trybem” | 1 | 1 | 2 | 2 |

* Każdy lekarz specjalista wykazany został tylko w jednej specjalności raz, wg podstawowego miejsca zatrudnienia. 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.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Wydziału Zdrowia Lubuskiego Urzędu Wojewódzkiego w Gorzowie Wlkp.

Według opinii dr n. med. Grzegorza Ziolo – Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie chorób płuc, dotyczącej niepokojących zmian w strukturze demograficznej województwa lubuskiego, wysokiej zapadalności na choroby układu oddechowego, w tym raka płuca i gruźlicę oraz relatywnie niskiej liczbie pulmonologów, konieczne jest podjęcie pilnych działań zmierzających do zwiększenia tej grupy specjalistów. W województwie lubuskim współczynnik liczby pulmonologów na 100 tys ludności wynosi 2,7 przy średniej krajowej 3,7. Ponadto w województwie lubuskim znaczna liczba pulmonologów – ponad 50% przekroczyła 56 rok życia. Biorąc pod uwagę powyższe aspekty, konieczność kształcenia nowej kadry w dziedzinie pulmonologii jest oczywista. Aby dorównać czołówce krajowej, w województwie powinno pracować ponad 60 lekarzy tej specjalności.

2.5.2. Zasoby infrastrukturalne

Na terenie województwa lubuskiego funkcjonują 4 szpitale, które w swojej strukturze posiadają oddziały zajmujące się leczeniem schorzeń układu oddechowego dla osób dorosłych. Prowadzona jest również opieka ambulatoryjna w formie poradni przyszpitalnych, m.in. poradnie gruźlicy i chorób płuc dla dorosłych i dzieci, poradnie chirurgii klatki piersiowej, poradnie alergologiczne, poradnie onkologiczne oraz poradnia domowego leczenia tlenem. W czterech lubuskich szpitalach łącznie na wszystkich oddziałach

zajmujących się diagnostyką oraz leczeniem chorób układu oddechowego zabezpieczono dla pacjentów 295 łóżek.

Na oddziałach w szerokim zakresie diagnozuje się oraz leczy wiele schorzeń m.in.: nowotwory płuc, zapalenia płuc bakteryjne, wirusowe, chemiczne, przewlekłe choroby oskrzelowo – płucne, astmy oskrzelowe, przewlekłe zapalenia spastyczne oskrzeli, sarkoidozy płuc, wysiękowe zapalenia opłucnej, gruźlicę płuc, zatorowości płucne, zwłóknienia płuc, przewlekłe serca płucne w okresie niewydolności, krwawienia układu oddechowego. Jak również wiele schorzeń ze strony układu oddechowego wymagające interwencji chirurgicznej – torakochirurgia.

Tabela 16. Porównanie zasobów stacjonarnych podmiotów leczniczych zajmujących się leczeniem chorób płuc u dorosłych (hospitalizacje) w województwie lubuskim

| Kryteria | Szpital Wojewódzki SP ZOZ im. K. Marcinkowskiego w Zielonej Górze | Wielospecjalistyczny Szpital Wojewódzki Sp. z o.o. w Gorzowie Wlkp. | Lubuski Szpital Specjalistyczny Pulmonologiczno – Kardiologiczny w Torzymiu | 105 Szpital Wojskowy z Przychodnią SP ZOZ w Żarach |
|--|---|---|---|---|
| Struktura pionu w zakresie leczenia chorób płuc | <ul style="list-style-type: none"> • Oddział Pulmonologii i Onkologii Pulmonologicznej, • Oddział Chirurgii Klatki Piersiowej, • Poradnia gruźlicy i chorób płuc dla dorosłych, • Poradnia chirurgii klatki piersiowej, • Poradnia alergologiczna dla dorosłych | <ul style="list-style-type: none"> • Oddział Reumatologii i Chorób płuc, • Wojewódzka Poradnia Onkologiczna oraz Oddział Onkologii Klinicznej z Pododdziałem Diennej Chemioterapii, • Wojewódzka Poradnia Gruźlicy i Chorób Płuc, • Poradnia Pulmonologiczna dla dzieci | <ul style="list-style-type: none"> • Oddział Gruźlicy i Chorób Płuc, • Oddział Pulmonologii, • Oddział Pulmonologii z Pododdziałem Chemioterapii, • Oddział Rehabilitacji Pulmonologicznej, • Poradnia Gruźlicy i Chorób Płuc, • Poradnia Onkologiczna, • Zespół domowego leczenia tlenem, • Pracownia polisomnograficzna, • Pracownia diagnostyki obrazowej, • Pracownia Badań Czynnościowych Układu Oddechowego, • Pracownia leczenia Aerozolami, • Pracownia Anatomopatologiczna, • Pracownia Endoskopii Układu Oddechowego | <ul style="list-style-type: none"> • Oddział Pulmonologiczny – Filia Szpitala w Żaganiu • Poradnia Alergologiczna • Poradnia Gruźlicy i Chorób Płuc, • Poradnia Onkologiczna oraz w Żarach • Poradnia Pulmonologiczna, • Poradnia Domowego Leczenia Tlenem |
| Liczba lekarzy | <p>Oddział Pulmonologii i Onkologii Pulmonologicznej:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 3 specjalistów w zakresie chorób płuc, • 1 specjalista w zakresie chorób wewnętrznych – w trakcie specjalizacji, • 1 specjalista chorób płuc, alergolog • 1 lekarz w trakcie specjalizacji w zakresie chorób wewnętrznych | <ul style="list-style-type: none"> • 4 specjalistów z zakresu chorób płuc, • 1 lekarz w trakcie specjalizacji z zakresu chorób płuc | <ul style="list-style-type: none"> • 5 specjalistów chorób płuc, • 2 lekarzy w trakcie specjalizacji z chorób płuc, 2 specjalistów z torakochirurgii zatrudnionych w ramach umowy cywilno - prawnej | <ul style="list-style-type: none"> • 5 lekarzy specjalistów w zakresie chorób płuc, • 1 specjalista w zakresie torakochirurgii, • 1 lekarz w trakcie specjalizacji w zakresie chorób płuc |

| | | | | |
|---|---|--|---|---|
| | Oddział Chirurgii Klatki Piersiowej: <ul style="list-style-type: none"> 5 specjalistów z zakresu chirurgii klatki piersiowej | | | |
| Liczba łóżek | <ul style="list-style-type: none"> Oddział Pulmonologii i Onkologii Pulmonologicznej: 38, Oddział Chirurgii Klatki Piersiowej: 24 | Oddział Reumatologii i Chorób płuc: ogółem - 30 | <ul style="list-style-type: none"> Oddział Gruźlicy i Chorób Płuc - 48 Oddział Pulmonologii -50 Oddział Pulmonologii z Pododdziałem Chemioterapii - 50 Oddział Rehabilitacji Pulmonologicznej - 25 | 30 w tym 2 łóżka w zakresie intensywnej opieki medycznej |
| Jednostki chorobowe objęte leczeniem | Oddział Pulmonologii i Onkologii Pulmonologicznej: <ul style="list-style-type: none"> Zapalenia płuc bakteryjne, wirusowe, chemiczne, Przewlekłe choroby oskrzelowo – płucne, Astma oskrzelowa, Przewlekłe zapalenie spastyczne oskrzeli, Sarkoidoza płuc, Wysiękowe zapalenie opłucnej, Gruźlica płuc, Zatorowość płucna, Zwłóknienie płuc, Przewlekłe serce płucne w okresie niewydolności, Krwawienia układu oddechowego, Oddział Chirurgii Klatki Piersiowej: <ul style="list-style-type: none"> Nowotwory złośliwe płuc, Choroby ropne klatki piersiowej, tzw. odma samoistna (pęknięcie płuca), zaawansowane choroby tarczycy w postaci wola zwykłego lub zamostkowego także wymagającego dostępu poprzez otwarcie klatki piersiowej lub rozcięcie mostka, ciężkie urazy klatki piersiowej i powikłania oraz choroby z ciałami obcymi w drogach oddechowych | <ul style="list-style-type: none"> schorzenia pulmonologiczne (zapalenia płuc o różnej etiologii, astma, przewlekła obturacyjna choroba płuc - POChP) <p><i>W zakresie chirurgii klatki piersiowej szpital ściśle współpracuje z Kliniką Torakochirurgii w Szczecinie</i></p> | <ul style="list-style-type: none"> leczenie gruźlicy i chorób płuc, leczenie chorób nowotworowych układu oddechowego, realizacja programów terapeutycznych w ramach chemioterapii ambulatoryjnej, leczenie obturacyjnego bezdechu śródsewnego | <ul style="list-style-type: none"> leczenie schorzeń układu oddechowego, |

| | | | | |
|---------------------------|--|--|--|--|
| <p>Diagnostyka</p> | <p>Oddział Pulmonologii i Onkologii Pulmonologicznej:</p> <ul style="list-style-type: none"> • diagnostyka guzów i nowotworów płucnych; • badania endoskopowe płuc (fiberoskopia) z pobraniem wycinków do badania histopatologicznego, • punkcje jamy opłucnej z badaniem bakteriologicznym i cytologicznym, • badania czynnościowe układu oddechowego: spirometria, próba rozkurczowa i wysiłkowa <p>Oddział Chirurgii Klatki Piersiowej:</p> <ul style="list-style-type: none"> • biopsje węzłów chłonnych, powłok, • torakotomia zwiadowcza, • bronchoskopia sztywna oraz fiberobronchoskopia <p>Zakład Diagnostyki Laboratoryjnej Szpitala Wojewódzkiego SP ZOZ w Zielonej Górze prowadzi również diagnostykę mikrobiologiczną w zakresie prątka gruźlicy – identyfikację i lekowrażliwość.</p> | <p>Diagnostyka mikrobiologiczna (mikrobiologia prątka) realizowana przez Pracownię Mikrobiologii (tut. szpitala)</p> | <p>Diagnostyka Gruźlicy i Chorób Płuc, diagnostyka chorób nowotworowych układu oddechowego.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rtg płuc, • spirometria, • bronchofiberoskopia, • próby tuberkulinowe, • badania laboratoryjne, • diagnostyka mikrobiologiczna, w tym mikrobiologia prątka gruźlicy, • badania mikrobiologiczne w kierunku prątka gruźlicy, • pracownia cytologiczna raka klatki piersiowej • badanie obturacyjnego bezdechu śródsewnego | <ul style="list-style-type: none"> • diagnostyka bezdechu sennego (na aparacie CEPAP), • polisomnografia, • pletyzmografia, • badania w zakresie mikrobiologii ogólnej i wrażliwości drobnoustrojów na antybiotyki (<i>badania prątka gruźlicy wykonywane są w Szpitalu Wojewódzkim SPZOZ w Zielonej Górze</i>). |
|---------------------------|--|--|--|--|

Źródło: opracowanie własne na podstawie informacji uzyskanych od podmiotów leczniczych wskazanych w tabeli według stanu na I półrocze 2014r.

Wyposażenie szpitali w odpowiednią aparaturę medyczną ma istotny wpływ na proces diagnostyczno-leczniczy a także rehabilitacyjny każdego pacjenta. Niedostępność specjalistycznego sprzętu, jak np.: bodypletyzmoğrafów, bronchofiberoskopów czy tomografów komputerowych niewątpliwie wpływa na opóźnienie rozpoznania lub brak prawidłowego rozpoznania choroby, która niesie konsekwencje dla dalszego leczenia, a nawet powoduje zgon pacjenta.

Tabela 17. Wyposażenie podmiotów leczniczych w województwie lubuskim w aparaturę medyczną do diagnostyki chorób układu oddechowego u dorosłych

| Szpital Wojewódzki SP ZOZ im. K. Marcinkowskiego w Zielonej Górze | Wielospecjalistyczny Szpital Wojewódzki Sp. z o.o. w Gorzowie Wlkp. | Lubuski Szpital Specjalistyczny Pulmonologiczno – Kardiologiczny w Torzymiu | 105 Szpital Wojskowy z Przychodnią SP ZOZ w Żarach |
|---|--|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Radiologia obrazowa: tomograf komputerowy, rezonans magnetyczny, • Bronchoskop z torem wizyjnym, • Spirometr – 2 aparaty na oddziale oraz w poradni <p>Badania czynnościowe jak pletyzmografia i pojemność dyfuzyjna wykonywane są w <i>Dolnośląskim Centrum Chorób Płuc we Wrocławiu</i> (w ramach zawartej umowy).</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Radiologia obrazowa: tomograf komputerowy, rezonans magnetyczny, • Bronchoskop, • Spirometr, | <p>Badania rezonansem magnetycznym oraz tomografem komputerowym wykonywane są w szpitalu w Świebodzinie, Gorzowie Wlkp. i Słubicach w ramach zawartej umowy.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bronchoskop-wideobronchoskop z torem wizyjnym, bronchoskop optyczny, • Spirometr, • Ergospirometr | <ul style="list-style-type: none"> • 2 klasyczne aparaty RTG, • Aparat cyfrowy RTG, • Tomograf komputerowy jednorzędowy, • Tomograf komputerowy 64 rzędowy do wczesnego wykrywania chorób nowotworowych, • Aparat ultrasonograficzny, • 5 szt. Bronchoskopów oraz 1 bronchoskop sztywny, • Spirometr – 3 aparaty, • Rezonans magnetyczny – badania wykonywane na postawie zawartej umowy z firma zewnętrzną |

Źródło: opracowanie własne na podstawie informacji uzyskanych od podmiotów leczniczych wskazanych w tabeli według stanu na I półrocze 2014 r.

W ocenie dr n. med. Grzegorza Ziolo – Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie chorób układu oddechowego istnieje konieczność doposażenia lubuskich szpitali w Gorzowie Wlkp., Torzymiu i Zielonej Górze w specjalistyczny sprzęt do prawidłowej diagnostyki i leczenia pacjentów - bodypletymograf z opcją pomiaru dyfuzji płucnej. Na chwilę obecną chorzy z województwa lubuskiego kierowani są na badanie bodypletymograficzne do lecznicy we Wrocławiu.

Niezbędny jest również zakup tomografu komputerowego do Lubuskiego Szpitala Specjalistycznego Pulmonologiczno-Kardiologicznego w Torzymiu.

Ponadto, z uwagi na „mocne” zaplecze rehabilitacyjne oraz centralną lokalizację w województwie, rekomenduje się uruchomienie w Lubuskim Szpitalu Specjalistycznym Pulmonologiczno-Kardiologicznym w Torzymiu ośrodka diagnostyki i leczenia mukowiscydozy. Pacjenci na chwilę obecną są kierowani na leczenie do innych województw, najczęściej do województwa wielkopolskiego. W latach 2012 i 2013 w województwie

lubuskim zarejestrowano odpowiednio 37 i 36 chorych z rozpoznaniem mukowiscydozy. Łącznie w 2012 i 2013 roku LOW NFZ przeznaczył na leczenie pacjentów z rozpoznaniem mukowiscydozy, poza województwem odpowiednio: 557 206,46 zł i 458 047,64 zł.

Tabela 18. Działalność oddziałów chorób płuc, rehabilitacji pulmonologicznej i chirurgii klatki piersiowej na terenie województwa lubuskiego w 2012 r.

| Lp. | Oddziały | Łóżka rzeczywiste według stanu na 31.12.2012r. | Liczba leczonych | Ilość osobodni | Średnie wykorzystanie łóżek w % | Średni pobyt pacjenta | Wskaźnik na 10 tys. ludności* |
|-----|---|--|------------------|----------------|---------------------------------|-----------------------|-------------------------------|
| 1. | Gruźlicy i chorób płuc | 48 | 710 | 10 802 | 61,7 | 15,2 | 0,47 |
| 2. | Choroby płuc | 93 | 3 361 | 27 070 | 80,6 | 8,1 | 0,91 |
| 3. | Rehabilitacji pulmonologicznej | 25 | 236 | 4 143 | 45,4 | 17,6 | 0,24 |
| 4. | Rehabilitacji pulmonologicznej dla dzieci | 50 | 725 | 14 548 | 79,7 | 20,1 | 0,49 |
| 5. | Chirurgii klatki piersiowej | 24 | 541 | 4 716 | 53,8 | 8,7 | 0,23 |

*Ludność według stanu na koniec 2012 r. – 1 023 317

Źródło: Dane opracowane przez Wydział Zdrowia Lubuskiego Urzędu Wojewódzkiego w Gorzowie Wlkp. na podstawie sprawozdania Mz-29 za 2012 r.

Tabela 19. Działalność oddziałów chorób płuc, rehabilitacji pulmonologicznej i chirurgii klatki piersiowej na terenie województwa lubuskiego w 2013 r.

| Lp. | Oddziały | Łóżka rzeczywiste według stanu na 31.12.2013 r. | Liczba leczonych | Ilość osobodni | Średnie wykorzystanie łóżek w % | Średni pobyt pacjenta | Wskaźnik na 10 tys. ludności* |
|-----|---|---|------------------|----------------|---------------------------------|-----------------------|-------------------------------|
| 1. | Gruźlicy i chorób płuc | 48 | 670 | 11 587 | 66,1 | 17,3 | 0,47 |
| 2. | Choroby płuc | 93 | 3 681 | 29 035 | 85,5 | 7,9 | 0,91 |
| 3. | Rehabilitacji pulmonologicznej | 25 | 315 | 6 221 | 68,2 | 19,7 | 0,24 |
| 4. | Rehabilitacji pulmonologicznej dla dzieci | 46 | 716 | 14 477 | 86,2 | 20,2 | 0,45 |
| 5. | Chirurgii klatki piersiowej | 24 | 635 | 5 435 | 62,2 | 8,6 | 0,23 |

*Ludność według stanu na koniec 2012 r. – 1 023 317

Źródło: Dane opracowane przez Wydział Zdrowia Lubuskiego Urzędu Wojewódzkiego w Gorzowie Wlkp. na podstawie sprawozdania Mz-29 za 2013 r.

Na terenie województwa lubuskiego funkcjonuje 13 Poradni Gruźlicy i Chorób Płuc. Leczenie ambulatoryjne prowadzone jest także, według danych z OW Narodowego Funduszu Zdrowia w Zielonej Górze w innych podmiotach leczniczych na terenie województwa lubuskiego, z którymi zawarto umowy na świadczenia medyczne w zakresie chorób płuc, wymienione w tabeli 21.

Tabela 20. Wykaz Poradni Gruźlicy i Chorób Płuc na terenie województwa lubuskiego w 2014r.

| Lp. | Nazwa podmiotu leczniczego | Adres | Telefon kontaktowy |
|-----|--|---|--------------------|
| 1. | Wojewódzka Poradnia Gruźlicy i Chorób Płuc | 66-400 Gorzów Wlkp. ul. Walczaka 42 | 95/7331860 |
| 2. | Poradnia Gruźlicy i Chorób Płuc | 65-213 Zielona Góra ul. Zyty 26 | 68/3296505 |
| 3. | Lubuski Szpital Specjalistyczny Pulmonologiczno-Kardiologiczny Poradnia Gruźlicy i Chorób Płuc | 66-235 Torzym ul. Wojska Polskiego 52 | 68/3416300 |
| 4. | 105 Szpital Wojskowy z Przychodnią SP ZOZ w Żarach Poradnia Pulmonologiczna | 68-100 Żagań ul. Szprotawska 30A | 68/4771232 |
| 5. | Samodzielny Publiczny ZOZ Poradnia Gruźlicy i Chorób Płuc | 68-200 Żary ul. Skarbowa 2 | 68/4703686 |
| 6. | Powiatowe Centrum Zdrowia sp. z o.o. NZOZ Poradnia Gruźlicy i Chorób Płuc | 66-530 Drezdenko ul. J. Piłsudskiego 8 | 95/7639961 |
| 7. | Specjalistyczny Publiczny ZOZ Poradnia Gruźlicy i Chorób Płuc | 66-300 Międzyrzecz ul. Konstytucji 3 Maja 35 | 095/7428230 |
| 8. | Niepubliczny Specjalistyczny ZOZ Poradnia Gruźlicy i Chorób Płuc | 67-100 Nowa Sól ul. Witosa 8 | 68/387499 |
| 9. | Poradnia Gruźlicy i Chorób Płuc MEDKOL | 65-019 Zielona Góra ul. Dworcowa 34A | 68/4521524 |
| 10. | Niepubliczny ZOZ sp. cywilna PULMED | 66-400 Gorzów Wlkp. ul. 30-go Stycznia 17 | 95/7227428 |
| 11. | Niepubliczny ZOZ ALERGOMED | 66-400 Gorzów Wlkp. ul. Jana Pawła II | 95/7226333 |
| 12. | Wielospecjalistyczny Niepubliczny ZOZ KATHARSIS sp. z o.o. | 65-500 Strzelce Krajeńskie Al. Wolności 9 | 95/7630700 |
| 13. | Specjalistyczna Przychodnia Lekarska MEDYK | 66-600 Krosno Odrz. ul. Słoneczna 1 | 697 698 795 |

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Wojewódzkiej Poradni Gruźlicy i Chorób Płuc w Gorzowie

Tabela 21. Wykaz poradni i oddziałów szpitalnych realizujących świadczenia w ramach umowy z Lubuskim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia

| Podmioty lecznicze z terenu województwa lubuskiego realizujące świadczenia w zakresie gruźlicy i chorób płuc w 2013 roku | | miejsowość | Adres i miejsce realizacji świadczeń |
|---|---|--|---|
| <p style="text-align: center;">ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE GRUŹLICY I CHOROÓB PŁUC</p> <p style="text-align: center;">-opieka ambulatoryjna</p> | 105 Szpital Wojskowy z Przychodnią Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Żarach | Żary | ul. DOMAŃSKIEGO 2, 68-200 Żary |
| | 105 Szpital Wojskowy z Przychodnią Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Żarach | Żary | ul. Żelazna 1a, 68-100 Żagań |
| | SZPITAL WOJEWÓDZKI SPZOZ W Zielonej Górze | Zielona Góra | ul. Zyty 26, 65-046 Zielona Góra |
| | Wielospecjalistyczny Szpital Wojewódzki w Gorzowie Wlkp. Sp. z o.o. | Gorzów Wielkopolski | ul. Walczaka 42, 66-400 Gorzów Wielkopolski |
| | Szpital Międzyrzeczki Sp. z o.o. | Międzyrzecz | ul. Konstytucji 3 Maja 35, 66-300 Międzyrzecz |
| | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Sulęcín | Sulęcín | ul. W.WITOSA 4, 69-200 Sulęcín |
| | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Medkol" | Zielona Góra | ul. Dworcowa 34 a, 65-019 Zielona Góra |
| | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych w Zielonej Górze | Zielona Góra | ul. WAZÓW 42, 65-044 Zielona Góra |
| | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych w Zielonej Górze | Zielona Góra | ul. WALCZAKA 27, 66-400 Gorzów Wielkopolski |
| | "Powiatowe Centrum Zdrowia" Sp. z o.o. | Drezdenko | ul. Piłsudskiego 8, 66-530 Drezdenko |
| | Lubuski Szpital Specjalistyczny Pulmonologiczno-Kardiologiczny w Torzymiu Sp. z o.o. | Torzym | ul. Wojska Polskiego 52, 66-235 Torzym |
| | Zakład Opieki Zdrowotnej Lekarza Rodzinnego | Szlichtyngowa | ul. Zielony Rynek 7, 67-400 Wschowa |
| | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital im. dr nauk medycznych Radzimira Śmigielskiego Sp. z o.o. | Skwierzyna | ul. Szpitalna 5, 66-440 Skwierzyna |
| | Niepubliczny Specjalistyczny Zakład Opieki Zdrowotnej Poradnia Chorób Płuc I Gruźlicy | Nowa Sól | ul. Witosa 18, 67-100 Nowa Sól |
| | Doradztwo Farmaceutyczne i Medyczne Specjalistyczna Przychodnia Lekarska MEDYK Kazimierz Harnasz | Zielona Góra | ul. SŁONECZNA 1/3, 66-600 KROSNO ODRZAŃSKIE |
| | Aldemed Centrum Medyczne | Zielona Góra | ul. AL. NIEPODLEGŁOŚCI 1, 65-048 Zielona Góra |
| | Aldemed Centrum Medyczne | Zielona Góra | ul. TOWAROWA 20, 65-114 Zielona Góra |
| Medyczne Centrum Zdrovita | Nowy Tomyśl | ul. Kosieczńska 4, 66-210 Zbąszynek | |
| Wielospecjalistyczny NZOZ ALERGOMED S.C. | Gorzów Wielkopolski | ul. Pl. Jana Pawła II 50a01-02, 66-400 Gorzów Wielkopolski | |

| | | | |
|---|--|---------------------|--|
| | Nowy Szpital w Kostrzynie Nad Odrą Sp. z o.o. | Kostrzyn Nad Odrą | ul. Narutowicza 6, 66-470 Kostrzyn nad Odrą |
| | Nowy Szpital w Świebodzinie sp. z o.o. z siedzibą w Świebodzinie | Świebodzin | ul. Młyńska 6, 66-200 Świebodzin |
| | NZOZ Poradnie Specjalistyczne Pul-Med Grażyna Szwankowska | Gorzów Wielkopolski | ul. 30 Stycznia 15/3, 66-400 Gorzów Wielkopolski |
| | KATHARSIS sp. z o.o. Wielospecjalistyczny Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Katharsis" sp. z o.o. | Gorzów Wlkp. | ul. Al. Wolności 9k, 66-500 Strzelce Krajeńskie |
| | Centrum Medyczne Dormed Piotrowska Dorota | Sulechów | ul. Bankowa 1, 66-100 Sulechów |
| | NZOZ Przychodnia Lekarska Specjalistyczna "Aler-Pul" | Nowa Sól | ul. oś. Konstytucji 3 Maja 23/G, 67-100 Nowa Sól |
| ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE GRUŹLICY I CHOROÓB PŁUC DLA DZIECI -opieka ambulatoryjna | Wielospecjalistyczny Szpital Wojewódzki w Gorzowie Wlkp. Sp. z o.o. | Gorzów Wielkopolski | ul. Walczaka 42, 66-400 Gorzów Wielkopolski |
| | Szpital Rehabilitacyjno-Lecznicy dla Dzieci Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Wojnowie | Wojnowo | ul. Wojnowo 7A, 66-120 Wojnowo |
| | "Powiatowe Centrum Zdrowia" Sp. z o.o. | Drezdenko | ul. Piłsudskiego 8, 66-530 Drezdenko |
| | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital im. Dr Nauk Medycznych Radzimira Śmigielskiego sp. o.o. | Skwierzyna | ul. Szpitalna 5, 66-440 Skwierzyna |
| | Przychodnia Specjalistyczna Pulmonologia I Alergologia | Zielona Góra | ul. Podgórna 46 B, 65-213 Zielona Góra |
| ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE CHIRURGII KLATKI PIERSIOWEJ -opieka ambulatoryjna | Szpital Wojewódzki sp. z o.o. w Zielonej Górze | Zielona Góra | ul. Zyty 26, 65-046 Zielona Góra |
| CHOROBY PŁUC -opieka stacjonarna | 105 Szpital Wojskowy Z Przychodnią Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Żarach | Żary | ul. Żelazna 1a, 68-100 Żagań |
| | Szpital Wojewódzki sp. z o.o. w Zielonej Górze | Zielona Góra | ul. Zyty 26, 65-046 Zielona Góra |
| | Wielospecjalistyczny Szpital Wojewódzki w Gorzowie Wlkp. sp. z o.o. | Gorzów Wielkopolski | ul. Walczaka 42, 66-400 Gorzów Wielkopolski |
| | Lubuski Szpital Specjalistyczny Pulmonologiczno-Kardiologiczny w Torzymiu spółka z o.o. | Torzym | ul. Wojska Polskiego 52, 66-235 Torzym |
| | Szpital Rehabilitacyjno-Lecznicy dla Dzieci Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Wojnowie | Wojnowo | ul. Wojnowo 7A, 66-120 Wojnowo |
| CHIRURGIA KLATKI PIERSIOWEJ -opieka stacjonarna | Szpital Wojewódzki SPZOZ W Zielonej Górze | Zielona Góra | ul. Zyty 26, 65-046 Zielona Góra |

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z LOW NFZ w Zielonej Górze za 2013 rok.

2.6. Rehabilitacja pulmonologiczna wieku rozwojowego w województwie lubuskim

Choroby układu oddechowego stanowią grupę chorób, na które szczególnie narażone są dzieci. Profil chorób układu oddechowego u dzieci różni się od profilu chorób u osób dorosłych. W pierwszych latach życia nie stwierdza się wielu ważnych schorzeń, które są typowe u osób dorosłych, takich jak m.in. POChP, rak płuca czy choroby zawodowe układu oddechowego. Jednak częste występowanie wielu innych chorób, jak np. astma, zakażenia czy mukowiscydoza powoduje, że schorzenia układu oddechowego są również istotnym problemem zdrowotnym populacji wieku rozwojowego. Szczególnie poważnym stanem chorobowym u dzieci staje się astma, która jest najczęstszą chorobą przewlekłą wieku rozwojowego. Dużo większe znaczenie u dzieci mają wszelkiego rodzaju wady rozwojowe i choroby genetyczne związane z układem oddechowym. W praktyce jednak najczęściej pediatrzy mają do czynienia z zakażeniami układu oddechowego, które są najważniejszą przyczyną wizyt u lekarzy (<http://www.czytelniamedyczna.pl/3018,epidemiologia-chorob-ukladu-oddechowego-u-dzieci.html>).

W województwie lubuskim udzielaniem świadczeń w ramach stacjonarnej opieki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji pulmonologicznej wieku rozwojowego, zajmuje się **Szpital Rehabilitacyjno-Leczniczy dla dzieci Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Wojnowie**. Świadczenia medyczne obejmują leczenie oraz rehabilitację dzieci z terenu całej Polski, w wieku od 3 do 18 lat ze schorzeniami układu oddechowego i chorobami o podłożu alergicznym. Pacjenci kierowani z innych województw stanowią około 40% ogólnej liczby dzieci leczonych z powodu chorób układu oddechowego.

Do rehabilitacji pulmonologicznej wieku rozwojowego w warunkach stacjonarnych kierowane są w szczególności dzieci chorujące na:

- nawracające zapalenia oskrzeli,
- stany po zapaleniu płuc (do 3 tygodni od zakończenia leczenia),
- stany po przebytych RDS (zespół niewydolności oddechowej noworodka),
- astmę oskrzelową,
- mukowiscydozę (rehabilitacja w stanach remisji choroby),
- wrodzone wady układu oddechowego,
- stany po aspiracji ciała obcego,

- stany po zabiegach torakochirurgicznych,
- zespoły zatokowo-oskrzelowe,
- rozstrzelenie oskrzeli z towarzyszącym nieżytem,
- wszelkie nawracające schorzenia dróg oddechowych towarzyszące innym przewlekłym chorobom, takim jak epilepsja i inne schorzenia neurologiczne lub zespoły złego wchłaniania,
- wrodzone wady serca.

Tabela 22. Liczba dzieci leczonych z terenu województwa lubuskiego oraz spoza terenu województwa w latach 2012 i 2013

| Liczba dzieci leczona z terenu: | w 2012 r. | w 2013 r. |
|---------------------------------|------------|------------|
| województwa lubuskiego | 446 | 435 |
| spoza terenu województwa | 241 | 281 |
| Razem | 687 | 716 |

Źródło: dane uzyskane ze Szpitala Rehabilitacyjno-Leczniczego SP ZOZ w Wojnowie

Szpital w swojej strukturze posiada oddział rehabilitacji pulmonologicznej, który zapewnia 46 miejsc dla dzieci ze schorzeniami górnych i dolnych dróg oddechowych a także Poradnię Chorób Płuc dla Dzieci. W szpitalu oprócz lekarzy ze specjalizacją w zakresie rehabilitacji ogólnoustrojowej zatrudnionych jest także dwóch lekarzy specjalistów w zakresie pulmonologii dziecięcej, jeden lekarz specjalista pediatra, alergolog oraz jeden lekarz pediatra.

Szpital posiada kompletne wyposażenie zarówno w sprzęt do diagnostyki chorób układu oddechowego, jak również w sprzęt do rehabilitacji pulmonologicznej. Z uwagi na bardzo dużą jego eksploatację, Szpital zmuszony jest do systematycznej naprawy oraz wymiany zużytego sprzętu, co wiąże się z ponoszeniem wysokich kosztów.

Tabela 23. Wyposażenie Szpitala Rehabilitacyjno-Leczniczego dla dzieci SPZOZ w Wojnowie w sprzęt do diagnostyki oraz rehabilitacji pulmonologicznej

| Sprzęt do diagnostyki | Sprzęt do rehabilitacji pulmonologicznej |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ spirometr – 2 szt. ▪ zestaw do prób spiroergometrycznych ▪ ergospirometr | <ul style="list-style-type: none"> ▪ laser – 2 szt. ▪ zestaw do magnetoterapii – 5 ▪ lampa sollux – 6 szt. ▪ aquavibron – 2 szt. ▪ stanowiska inhalacyjne – 11 szt. ▪ baza sprzętu do ćwiczeń oddechowych, ▪ bieżnia ▪ atlas Kettler, ▪ rowery stacjonarne Kettler – 7 szt. |

Źródło: dane uzyskane ze Szpitala Rehabilitacyjno-Leczniczego w Wojnowie

Tabela 24. Zakres diagnostyki schorzeń układu oddechowego, zakres/rodzaje zabiegów rehabilitacyjnych prowadzonych w Szpitalu Rehabilitacyjno-Lecznicznym dla dzieci SPZOZ w Wojnowie

| Zakres diagnostyki schorzeń układu oddechowego u dzieci w wieku 3-18 lat: | Zakres/rodzaje zabiegów rehabilitacyjnych wspomagających leczenie chorób układu oddechowego: |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Zapalenie płuc wywołane paciorkowcami, ▪ Zapalenia płuc wywołane przez inne paciorkowce, ▪ Zapalenia płuc wywołane innymi bakteriami, ▪ Nieokreślone zapalenie płuc, ▪ Nieokreślone ostre zapalenie oskrzeli, ▪ Naczynioruchowe i uczuleniowe zapalenia błony śluzowej nosa, ▪ Zapalenie oskrzeli nieokreślone jako ostre albo przewlekłe, ▪ Przewlekłe proste zapalenie oskrzeli, ▪ Nieokreślone proste zapalenie oskrzeli, ▪ Dychawica oskrzelowa, ▪ Nieokreślona choroba układu oddechowego, | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Czynne ćwiczenia oddechowe, ▪ Ćwiczenia oddechowe czynne z oporem, ▪ Nauka kaszlu i odksztuśnięcia – oklepywanie, ▪ Ćwiczenia ogólnousprawniające indywidualne i grupowe, ▪ Trening interwałowy na bieżni lub cykloergometrze rowerowym, ▪ Trening ciągły na bieżni lub cykloergometrze rowerowym, ▪ Trening stacyjny, ▪ Trening marszowy, ▪ Inhalacje indywidualne pneumatyczne, ▪ Masaże: klasyczne - częściowe, segmentalne, punktowe, ▪ Naświetlanie promieniami IR-miejscowe SOLLUX, ▪ Laseroterapia, ▪ Pole magnetyczne stałe i niskiej częstotliwości, ▪ Drenaż limfatyczny miejscowy, ▪ Ledoterapia, ▪ Usprawnianie układu oddechowego, ▪ Terapia zajęciowa, ▪ Terapia muzyczna, ▪ Nebulizacja leków. |

Źródło: dane uzyskane ze Szpitala Rehabilitacyjno-Lecznicznego w Wojnowie

Tabela 25. Liczba dzieci leczonych według rodzaju schorzenia w latach 2012 i 2013 w Szpitalu Rehabilitacyjno- Lecznicznym dla dzieci SPZOZ w Wojnowie

| Rodzaj schorzenia | Liczba pacjentów | |
|---|------------------|------------|
| | 2012 r. | 2013 r. |
| Zapalenie płuc wywołane paciorkowcami (<i>Streptococcus pneumoniae</i>) | 0 | 1 |
| Zapalenie płuc wywołane przez inne paciorkowce | 0 | 1 |
| Zapalenie płuc wywołane innymi nieokreślonymi drobnoustrojami | 1 | 0 |
| Nieokreślone zapalenie płuc | 5 | 3 |
| Nieokreślone ostre zapalenie oskrzeli | 0 | 1 |
| Zapalenie oskrzeli nie określone jako ostre albo przewlekłe | 9 | 12 |
| Przewlekłe proste zapalenie oskrzeli | 31 | 24 |
| Nieokreślone przewlekłe zapalenie oskrzeli | 1 | 1 |
| Dychawica oskrzelowa | 0 | 56 |
| Dychawica oskrzelowa w głównej mierze z przyczyn uczuleniowych | 239 | 209 |
| Dychawica oskrzelowa nieuczuleniowa | 5 | 0 |
| Dychawica oskrzelowa mieszana | 3 | 0 |
| Nieokreślona dychawica oskrzelowa | 12 | 8 |
| Płuco rolnika | 1 | 0 |
| Nieokreślona choroba układu oddechowego | 380 | 399 |
| Kaszel | 0 | 1 |
| Ogółem: | 687 | 716 |

Źródło: dane uzyskane ze Szpitala Rehabilitacyjno-Lecznicznego w Wojnowie

Tabela 26. Liczba dzieci leczonych z podziałem na wiek w oddziale rehabilitacyjno-pulmonologicznym w latach 2012 i 2013 w Szpitalu Rehabilitacyjno-Lecznicznym dla dzieci SPZOZ w Wojnowie

| Rok urodzenia | 2012 r. | | 2013 r. | |
|----------------|---------|---------------|---------|---------------|
| | Wiek | Liczba dzieci | Wiek | Liczba dzieci |
| 1995 | 17 | 6 | 18 | 5 |
| 1996 | 16 | 25 | 17 | 11 |
| 1997 | 15 | 49 | 16 | 32 |
| 1998 | 14 | 88 | 15 | 69 |
| 1999 | 13 | 57 | 14 | 60 |
| 2000 | 13 | 76 | 13 | 62 |
| 2001 | 11 | 69 | 12 | 85 |
| 2002 | 10 | 66 | 11 | 70 |
| 2003 | 9 | 53 | 10 | 64 |
| 2004 | 8 | 55 | 9 | 63 |
| 2005 | 8 | 50 | 8 | 63 |
| 2006 | 6 | 34 | 7 | 40 |
| 2007 | 5 | 27 | 6 | 31 |
| 2008 | 4 | 19 | 5 | 22 |
| 2009 | 3 | 7 | 4 | 15 |
| 2010 | 2 | 6 | 3 | 19 |
| 2011 | - | 0 | 2 | 5 |
| Ogółem: | | 687 | | 716 |

Źródło: dane uzyskane ze Szpitala Rehabilitacyjno-Lecznicznego w Wojnowie

1.3. Nakłady finansowe oraz dostępność do świadczeń w zakresie pulmonologii w województwie lubuskim

Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Zielonej Górze zawiera kontrakty z podmiotami leczniczymi z województwa lubuskiego na świadczenia zdrowotne w ramach stacjonarnej oraz ambulatoryjnej opieki medycznej w zakresie chorób płuc skierowanej do dorosłych oraz dzieci.

W 2013 r. wartość świadczeń medycznych wyniosła 28 107 282,80 zł tj. o 2 597 835,20 zł więcej niż w roku poprzednim. Kwota leczenia szpitalnego w zakresie chorób płuc (hospitalizacja) objęła ok. 58% wartości świadczeń w tym zakresie.

Tabela 27. Wysokość kontraktów na świadczenia w 2012 i 2013 roku – stan na koniec roku

| Nazwa świadczenia | 2012 r. | 2013 r. |
|--|----------------------|----------------------|
| Świadczenia w zakresie Gruźlicy i Chorób Płuc | 3 752 470,00 | 3 886 020,00 |
| Świadczenia w zakresie Gruźlicy i Chorób Płuc dla Dzieci | 440 860,00 | 434 881,60 |
| Świadczenia w zakresie Chirurgii Klatki Piersiowej | 62 955,60 | 68 825,20 |
| Choroby Płuc - Hospitalizacja | 14 886 378,00 | 16 181 516,00 |
| Chirurgia Klatki Piersiowej - Hospitalizacja | 1 303 900,00 | 1 593 540,00 |
| Chirurgia Klatki Piersiowej - Hospitalizacja - D01,D02 | 3 151 824,00 | 3 703 336,00 |
| Rehabilitacja Pulmonologiczna w warunkach stacjonarnych | 1 911 060,00 | 2 239 164,00 |
| Ogółem: | 25 509 447,60 | 28 107 282,80 |

Źródło: Dane Lubuskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w Zielonej Górze

Największą liczbę pacjentów korzystających ze świadczeń medycznych związanych z leczeniem w zakresie chorób płuc, odnotowano zarówno w roku 2012 jak i 2013 w miastach na prawach powiatu Gorzów Wlkp. i Zielona Góra oraz powiatów wschowskiego, żagańskiego oraz nowosolskiego. Dane zawarte w poniższej tabeli oraz ich analiza wyraźnie wskazuje na wzrost liczby pacjentów z rozpoznaniem chorób układu oddechowego.

Tabela 28. Liczba świadczeń oraz liczba pacjentów z powiatów województwa lubuskiego z rozpoznaniem chorób układu oddechowego leczonych w latach 2012 i 2013

| powiat pacjenta | rok 2012 | | rok 2013 | |
|-----------------------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|
| | liczba świadczeń | liczba pacjentów | Liczba świadczeń | liczba pacjentów |
| pacjenci spoza lubuskiego | 29 860 | 12 529 | 32 544 | 13 700 |
| gorzowski | 63 235 | 22 015 | 74 366 | 25 589 |
| krośnieński | 58 891 | 19 886 | 66 512 | 22 192 |
| międzyrzecki | 66 250 | 19 799 | 68 521 | 21 293 |
| nowosolski | 88 805 | 31 649 | 102 017 | 35 381 |
| słubicki | 39 779 | 14 786 | 43 063 | 16 338 |
| strzelecko-drezdenecki | 44 763 | 15 088 | 59 684 | 18 732 |
| sulęciński | 38 999 | 12 574 | 44 841 | 14 200 |
| świebodziński | 53 758 | 18 540 | 63 814 | 21 218 |
| wschowski | 103 379 | 33 594 | 116 852 | 37 795 |
| zielonogórski | 82 615 | 25 768 | 94 704 | 29 163 |
| żagański | 105 867 | 32 079 | 111 369 | 34 317 |
| żarski | 34 226 | 11 873 | 35 716 | 12 624 |
| Miasto Gorzów Wlkp. | 126 761 | 41 791 | 144 733 | 47 299 |
| Miasto Zielona Góra | 137 323 | 42 376 | 152 619 | 46 920 |
| brak kodu terytorialnego pacjenta | 872 | 379 | 823 | 381 |
| Ogółem: | 1 075 383 | 354 726 | 1 212 178 | 397 142 |

Źródło: dane Lubuskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w Zielonej Górze

Najdłuższy czas oczekiwania pacjentów na leczenie hospitalizacyjne w 2013 r. miało miejsce w Wielospecjalistycznym Szpitalu Wojewódzkim Sp. z o.o. w Gorzowie Wlkp. Średni czas oczekiwania wyniósł 105 dni. W ramach ambulatoryjnej opieki medycznej najdłuższy czas oczekiwania zanotowano w Poradni Gruźlicy i Chorób Płuc Szpitala Wojewódzkiego SP ZOZ w Zielonej Górze. Średni czas oczekiwania wyniósł 111 dni.

Tabela 29. Średni czas oczekiwania na świadczenia zdrowotne zakresie chorób układu oddechowego na koniec 2012 i 2013 roku

| | Nazwa świadczeniodawcy | Nazwa komórki | Średni czas oczekiwania 2012 | Średni czas oczekiwania 2013 | Średni czas oczekiwania 2012 | Średni czas oczekiwania 2013 |
|---|--|--------------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| | | | Przypadki stabilne | | Przypadki pilne | |
| Choroby płuc - hospitalizacja | Szpital Wojewódzki Sp. z o.o. w Zielonej Górze | Oddział Chirurgii Klatki Piersiowej | 0 | 44 | 0 | 25 |
| | 105 Szpital Wojskowy Z Przychodnią Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Żarach | Oddział Chorób Płuc | 20 | 14 | 0 | 0 |
| | SZPITAL WOJEWÓDZKI SPZOZ W Zielonej Górze | Oddział Chorób Płuc | 101 | 52 | 92 | 10 |
| | Wielospecjalistyczny Szpital Wojewódzki w Gorzowie Wlkp. Spółka z Ograniczoną Odpowiedzialnością | Oddział Reumatologii i Chorób Płuc | 130 | 105 | 83 | 0 |
| | Lubuski Szpital Specjalistyczny Pulmonologiczno-Kardiologiczny w Torzymiu Sp. z o.o. | Oddział Gruźlicy i Chorób Płuc | 6 | 2 | 0 | 0 |
| Świadczenia w zakresie gruźlicy i chorób płuc | Szpital Wojewódzki SPZOZ w Zielonej Górze | Poradnia Chirurgii Klatki Piersiowej | 52 | 20 | 0 | 0 |
| | 105 Szpital Wojskowy z Przychodnią Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Żarach | Poradnia Chorób Płuc | 27 | 45 | 2 | 8 |
| | 105 Szpital Wojskowy z Przychodnią Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Żarach | Poradnia Gruźlicy i Chorób Płuc | 122 | 64 | 5 | 3 |
| | Szpital Wojewódzki SPZOZ w Zielonej Górze | Poradnia Gruźlicy i Chorób Płuc | 94 | 111 | 0 | 0 |
| | Wielospecjalistyczny Szpital Wojewódzki w Gorzowie Wlkp. spółka z ograniczoną odpowiedzialnością | Poradnia Gruźlicy i Chorób Płuc | 28 | 18 | 7 | 9 |
| | Szpital Międzyrzecki sp. z o.o. | Poradnia Gruźlicy i Chorób Płuc | 0 | 97 | 0 | 0 |
| | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Sulęcín | Poradnia Chorób Płuc | 3 | 27 | 0 | 2 |
| | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej "MEDKOL" | Poradnia Gruźlicy i Chorób Płuc | 77 | 76 | 7 | 42 |
| | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych w Zielonej Górze | Poradnia Gruźlicy i Chorób Płuc | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych w Zielonej Górze | Poradnia Gruźlicy i Chorób Płuc | 18 | 38 | 3 | 12 |
| | "Powiatowe Centrum Zdrowia" sp. z o.o. w Dreźnie | Poradnia Gruźlicy i Chorób Płuc | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | Lubuski Szpital Specjalistyczny Pulmonologiczno-Kardiologiczny w Torzymiu sp. z o.o. | Poradnia Gruźlicy i Chorób Płuc | 82 | 15 | 0 | 0 |
| | Zakład Opieki Zdrowotnej Lekarza Rodzinnego Szlichtyngowa | Poradnia Chorób Płuc | 25 | 29 | 0 | 0 |

| | | | | | | |
|---|---|--|----|----|---|----|
| | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital im. dr n.med. Radzimira Śmigiełskiego sp. z o. w Skwierzynie | Poradnia Gruźlicy i Chorób Płuc | 0 | 14 | 0 | 0 |
| | Niepubliczny Specjalistyczny Zakład Opieki Zdrowotnej Poradnia Chorób Płuc i Gruźlicy | Poradnia Gruźlicy i Chorób Płuc | 36 | 27 | 0 | 0 |
| | Doradztwo Farmaceutyczne i Medyczne Specjalistyczna Przychodnia Lekarska MEDYK Kazimierz Harnasz/Jolanta Sieprawska-Harnasz | Poradnia Chorób Płuc | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | Aldemed Centrum Medyczne | Poradnia Chorób Płuc | 9 | 20 | 3 | 0 |
| | Aldemed Centrum Medyczne | Poradnia Chorób Płuc | 8 | 4 | 0 | 5 |
| | Medyczne Centrum Zdrowita | Poradnia Chorób Płuc | 18 | 23 | 0 | 0 |
| | Wielospecjalistyczny NZOZ ALERGOMED S.C. | Poradnia Gruźlicy i Chorób Płuc | 0 | 60 | 0 | 3 |
| | Nowy Szpital W Kostrzynie Nad Odrą Sp. z o.o. | Poradnia Chorób Płuc | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | Nowy Szpital W Świebodzinie Sp. z o.o. Z Siedzibą w Świebodzinie | Poradnia Chorób Płuc | 23 | 15 | 2 | 8 |
| | Nzoz Poradnie Specjalistyczne Pul-Med Grażyna Szwankowska | Poradnia Gruźlicy i Chorób Płuc | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | KATHARSIS sp. z o.o. Wielospecjalistyczny Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Katharsis" sp. z o.o. | Poradnia Gruźlicy i Chorób Płuc | 0 | 12 | 0 | 0 |
| | Centrum Medyczne Dormed Piotrowska Dorota w Sulechowie | Poradnia Gruźlicy i Chorób Płuc | 56 | 61 | 0 | 0 |
| NZOZ Przychodnia Lekarska Specjalistyczna "Aler-Pul" w Nowej Soli | Poradnia Chorób Płuc | 67 | 66 | 0 | 2 | |
| Świadczenia w zakresie gruźlicy i chorób płuc dla dzieci | Wielospecjalistyczny Szpital Wojewódzki w Gorzowie Wlkp. spółka z ograniczoną odpowiedzialnością | Poradnia Chorób Płuc Dla Dzieci | 7 | 16 | 0 | 13 |
| | Szpital Rehabilitacyjno-Lecznicy dla Dzieci Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Wojnowie | Poradnia Chorób Płuc Dla Dzieci | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | "Powiatowe Centrum Zdrowia" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością | Poradnia Chorób Płuc Dla Dzieci | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital im. dr n. med. Radzimira Śmigiełskiego sp. z o.o. | Poradnia Gruźlicy i Chorób Płuc Dla Dzieci | 0 | 14 | 0 | 0 |
| | Przychodnia Specjalistyczna Pulmonologia i Alergologia w Zielonej Górze | Poradnia Chorób Płuc dla Dzieci | 8 | 6 | 1 | 4 |

Źródło: Dane Lubuskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w Zielonej Górze

2.7. Migracje pacjentów z województwa lubuskiego na leczenie w zakresie chorób układu oddechowego

Najwyższą wartość świadczeń dotyczącą migracji pacjentów z województwa lubuskiego, w związku z podejmowanym leczeniem w innych województwach, zarówno w roku 2012 jak i 2013 odnotowano w powiecie gorzowskim, w m. Gorzów Wlkp. oraz powiecie świebodzińskim.

Główną przyczyną migracji pacjentów były świadczenia w zakresie chirurgii klatki piersiowej i odbywające się w związku z tym hospitalizacje. Świadczenia medyczne dotyczące torakochirurgii, realizowane poza województwem stanowiły ok. 60% przypadków z powodu których, mieszkańcy województwa lubuskiego decydowali się na leczenie w innych województwach.

Tabela 30. Migracje Lubuszan – wartość w zł na podstawie otrzymanych not – dane za rok 2012 i 2013

| Nazwa świadczenia | Rok 2012 | Rok 2013 |
|---|---------------------|---------------------|
| Świadczenia w zakresie gruźlicy i chorób płuc | 101 555,00 | 106 820,00 |
| Świadczenia w zakresie gruźlicy chorób płuc dla dzieci | 13 022,00 | 14 292,00 |
| Świadczenia w zakresie chirurgii klatki piersiowej | 36108,00 | 40 957,00 |
| Choroby płuc – hospitalizacja | 1 636 582,00 | 1 738 638,00 |
| Choroby płuc dziecięce – hospitalizacja | 954 754,00 | 935 625,00 |
| Chirurgia klatki piersiowej – hospitalizacja | 1 388 827,00 | 1 162 063,00 |
| Chirurgia klatki piersiowej – hospitalizacja (D01, D02) | 2 682 733,00 | 2 732 891,00 |
| Razem: | 6 808 581,00 | 6 731 286,00 |

Źródło: Dane Lubuskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w Zielonej Górze

Tabela 31. Migracje Lubuszan - wartość według powiatów

| Nazwa powiatu | 2012r. | 2013r. |
|------------------------|---------------------|---------------------|
| gorzowski | 499 989,00 | 631 375,00 |
| krośnieński | 204 623,00 | 170 089,00 |
| międzyrzecki | 422 165,00 | 582 729,00 |
| nowosolski | 371 176,00 | 478 691,00 |
| słubicki | 392 553,00 | 232 152,00 |
| strzelecko-drezdenecki | 446 832,00 | 638 877,00 |
| sulęciński | 299 181,00 | 176 769,00 |
| świebodziński | 498 233,00 | 305 313,00 |
| zielonogórski | 481 521,00 | 574 775,00 |
| żagański | 472 601,00 | 373 372,00 |
| żarski | 347 596,00 | 396 084,00 |
| wschowski | 341 835,00 | 137 193,00 |
| m. Gorzów Wlkp. | 1 622 230,00 | 1 529 006,00 |
| m. Zielona Góra | 407 618,00 | 497 737,00 |
| b/d | 428,00 | 7 124,00 |
| Razem: | 6 808 581,00 | 6 731 286,00 |

Źródło: Dane Lubuskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w Zielonej Górze

Jednym z najbardziej istotnych powodów migracji, które wyraźnie przodują w powiecie gorzowskim, jak również w Gorzowie Wlkp., jest brak w strukturze organizacyjnej Wielospecjalistycznego Szpitala Wojewódzkiego w Gorzowie Wlkp. oddziału chirurgii klatki piersiowej. Na terenie województwa oddział chirurgii klatki piersiowej z 24 łózkami, jako jedyny funkcjonuje tylko w Szpitalu Wojewódzkim SP ZOZ w Zielonej Górze.

Dużą wartość stanowiły hospitalizacje w związku z chorobami płuc u dzieci, które były głównym powodem migracji pacjentów z powiatów żarskiego oraz żagańskiego.

Tabela 32. Przyczyny migracji Lubuszan do innych województw – według zakresu i powiatu pacjenta

| Nazwa powiatu | Zakres świadczeń, które stanowią główną przyczynę migracji Lubuszan do innych województw | |
|------------------------|--|--|
| | 2012r. | 2013r. |
| gorzowski | Chirurgia klatki piersiowej - hospitalizacja | Chirurgia klatki piersiowej - hospitalizacja |
| krośnieński | Choroby płuc - hospitalizacja | Chirurgia klatki piersiowej - hospitalizacja |
| międzyrzecki | Chirurgia klatki piersiowej - hospitalizacja | Chirurgia klatki piersiowej - hospitalizacja |
| nowosolski | Choroby płuc - hospitalizacja | Choroby płuc - hospitalizacja |
| słubicki | Chirurgia klatki piersiowej - hospitalizacja | Chirurgia klatki piersiowej - hospitalizacja |
| strzelecko-drezdenecki | Chirurgia klatki piersiowej - hospitalizacja | Chirurgia klatki piersiowej - hospitalizacja |
| sulęciński | Chirurgia klatki piersiowej - hospitalizacja | Chirurgia klatki piersiowej - hospitalizacja |
| świebodziński | Chirurgia klatki piersiowej - hospitalizacja | Chirurgia klatki piersiowej - hospitalizacja |
| zielonogórski | Choroby płuc - hospitalizacja | Choroby płuc - hospitalizacja |
| żagański | Choroby płuc dziecięce-hospitalizacja | Choroby płuc dziecięce-hospitalizacja |
| żarski | Choroby płuc dziecięce-hospitalizacja | Choroby płuc dziecięce-hospitalizacja |
| wschowski | Choroby płuc - hospitalizacja | Choroby płuc - hospitalizacja |
| m. Gorzów Wlkp. | Chirurgia klatki piersiowej - hospitalizacja | Chirurgia klatki piersiowej - hospitalizacja |
| m. Zielona Góra | Choroby płuc - hospitalizacja | Choroby płuc - hospitalizacja |

Źródło: Dane Lubuskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w Zielonej Górze

Lubuski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Zielonej Górze również przeznaczył środki finansowe na leczenie pacjentów poza województwem lubuskim z rozpoznaniem mukowiscydozy. W roku 2012 i 2013 łącznie koszt leczenia pacjentów w innych województwach niż lubuskie wyniósł 1 015 254,10 zł. W latach tych w województwie zarejestrowano odpowiednio 37 i 36 chorych. Lubuscy pacjenci dotknięci tą chorobą na chwilę obecną nie mają możliwości leczenia w lubuskich placówkach ochrony zdrowia stricte zajmujących się leczeniem mukowiscydozy. Jednakże pacjenci z tym rozpoznaniem są pod opieką lubuskich lekarzy między innymi w poradniach gruźlicy i chorób

płuc. W 2012 roku na terenie województwa lubuskiego z tego powodu w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej leczono 21 pacjentów, a w 2013 r. 19 osób. Najwięcej pacjentów z rozpoznaniem mukowiscydozy zarówno w 2012 jak i w 2013 roku podjęto leczenie w województwach: wielkopolskim oraz małopolskim.

Tabela 33. Liczba Lubuszan z rozpoznaniem mukowiscydozy leczona w innych województwach w 2012 roku (unikatowe nr PESEL)

| powiat pacjenta | łączna liczba Lubuszan w roku 2012 | Dolnośląski Oddział Wojewódzki NFZ | Kujawsko-Pomorski Oddział Wojewódzki NFZ | Małopolski Oddział Wojewódzki NFZ | Mazowiecki Oddział Wojewódzki NFZ | Opolski Oddział Wojewódzki NFZ | Podlaski Oddział Wojewódzki NFZ | Wielkopolski Oddział Wojewódzki NFZ | Zachodniopomorski Oddział Wojewódzki NFZ |
|--------------------------|------------------------------------|------------------------------------|--|-----------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|--|
| gorzowski | 2 | | | | | | | | 2 |
| krośnieński | 3 | 1 | | 2 | | | | | |
| międzyrzecki | 3 | | | 2 | | | | 1 | 1 |
| nowosolski | 4 | 2 | | 2 | | | | 1 | |
| strzelecko-drezdenecki | 1 | | | 1 | | | | 1 | |
| świebodziński | 2 | | | | | | | 2 | |
| zielonogórski | 7 | | | 3 | 2 | | | 2 | |
| żagański | 2 | | | 1 | | | | 1 | |
| żarski | 3 | | | 1 | | | | 2 | |
| Miasto Gorzów Wlkp. | 7 | | | | 1 | | 2 | 4 | |
| Miasto Zielona Góra | 3 | | 1 | | 1 | | | 2 | |
| RAZEM w roku 2012 | 37 | 3 | 1 | 12 | 4 | 0 | 2 | 16 | 3 |

Źródło: Dane Lubuskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w Zielonej Górze

Tabela 34. Liczba Lubuszan z rozpoznaniem mukowiscydozy leczona w innych województwach w 2013 roku (unikatowe nr PESEL)

| powiat pacjenta | łączna liczba Lubuszan w roku 2013 | Dolnośląski Oddział Wojewódzki NFZ | Kujawsko-Pomorski Oddział Wojewódzki NFZ | Małopolski Oddział Wojewódzki NFZ | Mazowiecki Oddział Wojewódzki NFZ | Opolski Oddział Wojewódzki NFZ | Podlaski Oddział Wojewódzki NFZ | Wielkopolski Oddział Wojewódzki NFZ | Zachodniopomorski Oddział Wojewódzki NFZ |
|--------------------------|------------------------------------|------------------------------------|--|-----------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|--|
| gorzowski | 3 | | | | | 1 | | | 2 |
| krośnieński | 3 | 1 | | 2 | | | | | |
| międzyrzecki | 2 | | | 1 | | | | 1 | |
| nowosolski | 6 | 1 | | 1 | 1 | | | 4 | |
| słubicki | 1 | | | | | | | 1 | |
| strzelecko-drezdenecki | 2 | | | 1 | | | | | 1 |
| świebodziński | 2 | | | 1 | | | | 2 | |
| wschowski | 5 | | | 3 | | | | 2 | |
| zielonogórski | 2 | | | 1 | | | | 1 | |
| żagański | 2 | | | | | | | 2 | |
| żarski | 1 | | | | | | | 1 | |
| Miasto Gorzów Wlkp. | 3 | | | | | | | 3 | |
| Miasto Zielona Góra | 4 | 1 | | | 2 | | | 2 | |
| RAZEM w roku 2013 | 36 | 3 | 0 | 10 | 3 | 1 | 0 | 19 | 3 |

Źródło: Dane Lubuskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w Zielonej Górze

Mukowiscydoza jest najczęściej występującą chorobą genetyczną w ludzkiej populacji. Według najnowszych badań, co 25 osoba jest nosicielem nieprawidłowego genu cystic fibrosis transmembrane regulator (CFTR). Na 2500 noworodków jeden rodzi się z mukowiscydozą. Statystycznie więc przybywa rocznie około 120 dzieci cierpiących na tę chorobę, niestety niewiele z nich ma szansę na wczesną diagnozę.

Szacuje się, że w Polsce żyje około 1000 osób chorych na mukowiscydozę. Te dane obejmują jednak tylko osoby zdiagnozowane. Tę liczbę należy więc powiększyć o chorych, u których choroby nie rozpoznano. Mukowiscydoza na dzień dzisiejszy jest chorobą nieuleczalną. Leczenie polega na łagodzeniu objawów oraz zmniejszaniu uciążliwych dolegliwości, jednak nie można pacjenta wyleczyć, ani zatrzymać postępu choroby. Objawia się głównie w postaci przewlekłego i napadowego kaszlu, nawracającego zapalenia płuc i/lub oskrzeli, obturacyjnego zapalenia oskrzeli, polipów nosa, przewlekłych zapaleń zatok obocznych nosa.

Tabela 35. Wartość świadczeń na leczenie z rozpoznaniem mukowiscydozy w innych OW NFZ w 2012 roku

| powiat pacjenta | łączna wartość w roku 2012 | Dolnośląski Oddział Wojewódzki NFZ | Kujawsko-Pomorski Oddział Wojewódzki i NFZ | Małopolski Oddział Wojewódzki NFZ | Mazowiecki Oddział Wojewódzki NFZ | Opolski Oddział Wojewódzki NFZ | Podlaski Oddział Wojewódzki NFZ | Wielkopolski Oddział Wojewódzki NFZ |
|------------------------|----------------------------|------------------------------------|--|-----------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|
| gorzowski | 39 515,21 | | | | | | | |
| krośnieński | 30 209,60 | 257,60 | | 29 952,00 | | | | |
| międzyrzecki | 37 434,67 | | | 3 952,00 | | | | 33 448,40 |
| nowosolski | 34 281,60 | 19 401,40 | | 12 688,00 | | | | 2 192,20 |
| strzelecko-drezdenecki | 2 008,20 | | | 1 976,00 | | | | 32,20 |
| świebodziński | 64 695,94 | | | | | | | 64 695,94 |
| zielonogórski | 90 200,20 | | | 29 328,00 | 19 552,00 | | | 41 320,20 |
| żagański | 21 082,64 | | | 1 976,00 | | | | 19 106,64 |
| żarski | 70 200,00 | | | 19 864,00 | | | | 50 336,00 |
| Miasto Gorzów Wlkp. | 66 338,80 | | | | 1 976,00 | | 1 980,00 | 62 382,80 |
| Miasto Zielona Góra | 101 239,60 | | 10 712,00 | | 70 856,00 | | | 19 671,60 |
| | 557 206,46 | 19 659,00 | 10 712,00 | 99 736,00 | 92 384,00 | 0,00 | 1 980,00 | 293 185,98 |

Źródło: Dane Lubuskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w Zielonej Górze

Tabela 36. Wartość świadczeń na leczenie z rozpoznaniem mukowiscydozy w innych OW NFZ w 2013 roku

| powiat pacjenta | łącna wartość w roku 2013 | Dolnośląski Oddział Wojewódzki NFZ | Kujawsko-Pomorski Oddział Wojewódzki i NFZ | Małopolski Oddział Wojewódzki NFZ | Mazowiecki Oddział Wojewódzki NFZ | Opolski Oddział Wojewódzki NFZ | Podlaski Oddział Wojewódzki NFZ | Wielkopolski Oddział Wojewódzki NFZ |
|------------------------|---------------------------|------------------------------------|--|-----------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|
| gorzowski | 12 970,74 | | | | | 900,00 | | |
| krośnieński | 21 645,20 | 2 093,20 | | 19 552,00 | | | | |
| międzyrzecki | 59 720,80 | | | 3 952,00 | | | | 55 768,80 |
| nowosolski | 99 627,40 | 32 332,20 | | 20 176,00 | 33 193,00 | | | 13 926,20 |
| słubicki | 32,20 | | | | | | | 32,20 |
| strzelecko-drezdenecki | 2 010,27 | | | 1 976,00 | | | | |
| świebodziński | 70 223,92 | | | 1 976,00 | | | | 68 247,92 |
| wschowski | 53 526,80 | | | 30 576,00 | | | | 22 950,80 |
| zielonogórski | 4 016,40 | | | 3 952,00 | | | | 64,40 |
| żagański | 69 786,96 | | | | | | | 69 786,96 |
| żarski | 119,60 | | | | | | | 119,60 |
| Miasto Gorzów Wlkp. | 20 453,60 | | | | | | | 20 453,60 |
| Miasto Zielona Góra | 43 913,75 | 184,00 | | | 43 559,55 | | | 170,20 |
| | 458 047,64 | 34 609,40 | 0,00 | 82 160,00 | 76 752,55 | 900,00 | 0,00 | 251 520,68 |

Źródło: Dane Lubuskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w Zielonej Górze

2.8. Ocena sytuacji udzielania świadczeń w zakresie chirurgii klatki piersiowej oraz mikrobiologii lekarskiej na podstawie rocznych sprawozdań konsultantów wojewódzkich

- **Choroby płuc** - dr n. med. Grzegorz Ziolo

Konsultant wojewódzki od czerwca 2014 roku skontrolował oddziały pulmonologiczne w Szpitalu Wojewódzkim SPZOZ w Zielonej Górze, Lubuskim Specjalistycznym Szpitalu Kardiologiczno-Pulmonologicznym Sp. z o.o. w Torzymiu oraz 105 Szpitalu Wojskowym SP ZOZ z Przychodnią w Żarach. Kolejna kontrola zaplanowana została na grudzień br. w Wielospecjalistycznym Szpitalu Wojewódzkim Sp. z o.o. w Gorzowie Wlkp.

W ocenie konsultanta kierunki działań mające na celu poprawę zdrowia Lubuszan, muszą obejmować pięć obszarów:

1. Działania profilaktyczne i promujące zdrowie.

Należy wspierać akcje i działania ukierunkowane na wczesne wykrywanie chorób układu oddechowego (przesiewowe badania spirometryczne, w tym w placówkach POZ -

podstawowej opieki zdrowotnej), działania zachęcające do zdrowego trybu życia (tworzenie poradni antynikotynowych, realizacja szczepienia przeciw wirusowi grypy oraz pneumokokom, organizacja Szkoły Astmy, ect.)

2. Remonty i modernizacje bazy lokalowej placówek medycznych zgodnie ze standardami Unii Europejskiej.

Konieczny jest szybki remont i kontynuacja pełnoprofilowej pracy oddziału pulmonologicznego w Wojewódzkim Szpitalu SP ZOZ w Zielonej Górze. Ponadto wskazane jest uruchomienie oddziału intensywnej opieki medycznej w Lubuskim Specjalistycznym Szpitalu Kardiologiczno-Pulmonologicznym w Torzymiu, co umożliwiłoby rozszerzenie zakresu usług medycznych o objęcie opieką pacjentów z mukowiscydozą.

3. Zwiększenie kadry medycznej i stałe jej szkolenie.

W opinii konsultanta w województwie lubuskim istnieje niedobór kadry medycznej, a zawłaszcza lekarzy specjalistów z zakresu chorób płuc. Szczególny niedobór kadry widoczny jest na oddziałach pulmonologicznych w Wielospecjalistycznym Szpitalu Wojewódzkim Gorzowie Wielkopolskim oraz Lubuskim Specjalistycznym Szpitalu Kardiologiczno-Pulmonologicznym Torzymiu. Aby zapewnić właściwą opiekę należałoby zwiększyć liczbę lekarzy specjalistów, zarówno w poradniach jak i oddziałach szpitalnych łącznie o 14 osób. Kadra medyczna winna podlegać procesowi systematycznego szkolenia, na co niewątpliwie miało by wpływ utworzenie w województwie lubuskim terenowego oddziału Polskiego Towarzystwa Chorób Płuc. Wszystkie oddziały pulmonologiczne powinny podjąć starania o uzyskanie akredytacji dla umożliwienia szkolenia stażystów i lekarzy specjalizujących się w pulmonologii. W październiku br. konsultant poparł wniosek o akredytację Oddziału Pulmonologicznego w 105 Szpitalu Wojskowym z Przychodnią w Żarach.

Wskazane jest również rozpoczęcie szkolenia kadry medycznej oraz doposażenie wiodących jednostek w kierunku uruchomienia w województwie lubuskim telemedycyny obejmującej astmę, POChP, mukowiscydozę i nadciśnienie płucne.

4. Doposażenie placówek w nowoczesny sprzęt diagnostyczny.

W zakresie doposażenia placówek medycznych w nowoczesny sprzęt medyczny niezbędne jest wyposażenie oddziałów pulmonologicznych w bronchofiberoskopy z myjnią automatyczną w Gorzowie Wielkopolskim, Zielonej Górze i Torzymiu. Szpitale te również

powinny być doposażone w bodypletyzmozografy z opcją pomiaru dyfuzji płucnej. Ponadto każdy oddział pulmonologiczny powinien być wyposażony w aparat USG. Dodatkowo Szpital w Torzymiu winien dysponować własnym tomografem komputerowym. Oddział Pulmonologiczny w 105 Szpitalu Wojskowym z Przychodnią w Żarach powinien być doposażony w przystawkę pomiaru DLCO. Konsultant w pełni popiera wniosek konsultanta z zakresu mikrobiologii dotyczący doposażenia placówek diagnostyki mikrobiologicznej w wysokiej klasy aparaturę diagnostyczną, w tym aparaty do hodowli prątków jak i badań genetycznych z możliwością wykrywania lekooporności np. GeneXpert MTB/RIF. Zdaniem konsultanta w powyższy sprzęt należy wyposażyć Laboratorium mikrobiologiczne w Lubuskim Specjalistycznym Szpitalu Kardiologiczno-Pulmonologicznym Sp. z o. o. Torzymiu.

5. Rozwój ośrodków rehabilitacji pulmonologicznej i leczenia domowego.

Tradycyjnie zajmujące się rehabilitacją oddechową szpitale w Torzymiu i Wojnowie winny być nadal wspierane w swoim rozwoju, w tym sukcesywnie wyposażane w nowoczesne sprzęty rehabilitacyjne. Oddziały pulmonologiczne muszą rozwijać swoją bazę diagnostyczną, potrzebną do diagnostyki i leczenia bezdechu sennego, z uwagi na zbyt niską liczbę świadczeń z tego zakresu. Konsultant zauważa konieczność zakupu co najmniej 4 aparatów do pełnej polisomnografii, po jednym do każdego oddziału pulmonologicznego. Stwierdził również potrzebę rozwoju domowego leczenia tlenem oraz nieinwazyjnej wentylacji mechanicznej. Tym zagadnieniem zdaniem konsultanta powinny się zająć 4 wiodące ośrodki pulmonologiczne w województwie lubuskim. Wiąże się to także z koniecznością zakupu lub dzierżawy 8 aparatów do NIV (nieinwazyjnej wentylacji).

Konsultant wojewódzki ocenia na obecnym etapie zabezpieczenie opieki zdrowotnej w zakresie chorób układu oddechowego, jako niewystarczające, zarówno w zakresie opieki ambulatoryjnej jak i szpitalnej. Aby w pełni podjąć i skutecznie realizować założenia opracowanego programu, należałoby re negocjować kontrakt w poszczególnych placówkach z Narodowym Funduszem Zdrowia, gdyż obecnie nie zabezpiecza on dostatecznie potrzeb regionu.

- **Chirurgia klatki piersiowej** - *prof. dr hab. n. med. Wojciech Dyszkiewicz*

W roku 2013 konsultant kontrolował jedyny w województwie lubuskim Oddział Chirurgii Klatki Piersiowej funkcjonujący w Szpitalu Wojewódzkim SP ZOZ w Zielonej Górze, w którym w ocenie prof. Wojciecha Dyszkiewicza poziom udzielanych świadczeń zdrowotnych odpowiada ustalonym przez nadzór krajowy standardom medycznym i jest adekwatny do możliwości Oddziału. Jednocześnie, mimo poprawy warunków pracy personelu i pobytu chorych po zrealizowanym remoncie prof. Wojciech Dyszkiewicz ocenia je jako niewystarczające w stosunku do potencjału Oddziału. Korzystny wpływ na działalność leczniczo-usługową miałyby przeniesienie oddziału do głównego budynku szpitala. Przy Oddziale nie funkcjonuje Oddział Intensywnej Opieki Medycznej, co ogranicza wykonywanie zabiegów do 3 razy w tygodniu. Sala operacyjna pomimo remontu i doposażenia nadal nie odpowiada standardom unijnym.

W zakresie nadzoru nad szkoleniem podyplomowym wyższego personelu medycznego konsultant zaleca ww. jednostce uzyskanie akredytacji do prowadzenia specjalizacji dla umożliwienia szkolenia stażystów i lekarzy specjalizujących się w zakresie chirurgii ogólnej, ortopedii i pulmonologii.

Zabezpieczenie opieki zdrowotnej w zakresie chirurgii klatki piersiowej konsultant ocenia jako niewystarczające zarówno w zakresie opieki ambulatoryjnej, jak i szpitalnej (mała liczba hospitalizacji oraz operacji) – w jego opinii kontrakt z NFZ odzwierciedla obecne możliwości oddziału, ale nie zabezpiecza dostatecznie regionu – interwencje Konsultanta w NFZ w latach 2012 i 2013 nie spowodowały zwiększenia kontraktu. Prof. Wojciech Dyszkiewicz pozytywnie ocenia strukturę wykonywanych operacji, która poprawiła się – wzrosła liczba operacji anatomicznych resekcji w raku płuca, VAT, czy w urazach (odmy, rany kłute klatki piersiowej, zmiążdżenia, drenaże, bronchofiberoskopie).

Konsultant wnioskuje o dalsze uzupełnianie sprzętu i urządzeń diagnostycznych, poprawę warunków hospitalizacji oraz zwiększenie zakontraktowania w latach 2014/2015.

- **Mikrobiologia lekarska – dr n. med. Ewa Mróz**

W roku 2013 konsultant skontrolowała wszystkie funkcjonujące w województwie lubuskim laboratoria mikrobiologiczne (tylko jedno z nich funkcjonuje jako samodzielne – pozostałe usytuowane są w strukturach laboratoriów analitycznych):

1. Szpitalne Laboratorium Bakteriologiczno-Serologiczne, Wielospecjalistyczny Wojewódzki, SPZOZ Nowa Sól – laboratorium samodzielnie działające w strukturach Szpitala.

2. Pracownia Badań Mikrobiologicznych – Zakład Diagnostyki Laboratoryjnej, Szpital Wojewódzki SP ZOZ w Zielonej Górze – laboratorium przyszpitalne, niesamodzielne działające w strukturze Zakładu Diagnostyki Laboratoryjnej.
3. Pracownia Bakteriologiczna w strukturze Centralnego Laboratorium, Lubuski Specjalistyczny Szpital Kardiologiczno-Pulmonologiczny NZOZ Szpital w Torzymiu – pracownia przyszpitalna działająca w strukturze Centralnego Laboratorium.
4. Pracownia Mikrobiologii, Zakład Diagnostyki Laboratoryjnej, NZOZ Nowy Szpital w Kostrzynie nad Odrą – pracownia przyszpitalna, niesamodzielna, działająca w obrębie Zakładu Diagnostyki Laboratoryjnej.
5. Pracownia Diagnostyki Laboratoryjnej, Powiatowe Centrum Zdrowia Sp. z o.o. – Pracownia Bakteriologiczna działająca w strukturze Pracowni Diagnostyki Laboratoryjnej.
6. Pracownia Mikrobiologii, Zakład Diagnostyki Laboratoryjnej, Wielospecjalistyczny Szpital Wojewódzki w Gorzowie Wielkopolskim – od 1.02.2013 r. samodzielny Zakład Mikrobiologii został włączony w struktury Zakładu Diagnostyki Laboratoryjnej Wielospecjalistycznego Szpitala Wojewódzkiego w Gorzowie Wlkp.
7. Pracownia Mikrobiologii, Laboratorium Medyczne SYNEVO Zielona Góra – pracownia niesamodzielna, działająca w strukturach Laboratorium Medycznego SYNEVO.
8. Pracownia Bakteriologiczna-Pracownia Diagnostyki Laboratoryjnej 105 Szpital Wojskowy z Przychodnią, SPZOZ w Żarach – pracownia przyszpitalna, niesamodzielna, działająca w strukturze Pracowni Diagnostyki Laboratoryjnej.

W województwie lubuskim nie ma lekarzy mikrobiologów oraz chętnych do otwarcia tej specjalizacji. Laboratoria w woj. lubuskim nie mają uprawnień do prowadzenia stażu w ramach specjalizacji z mikrobiologii lekarskiej. Uzyskanie ich wskazane byłoby dla laboratoriów w Wojewódzkim Szpitalu SP ZOZ w Zielonej Górze, Wielospecjalistycznym Szpitalu SP ZOZ w Nowej Soli oraz Laboratorium SYNEWO w Zielonej Górze.

Wyposażenie laboratoriów w aparaturę i sprzęt – podstawowy, standardowy znajduje się we wszystkich laboratoriach w województwie. W wybranych jednostkach jest on jednak przestarzały:

- w Pracowni Badań Mikrobiologicznych w Wojewódzkim Szpitalu w Zielonej Górze pracownicy posługują się sprzętem z lat 70 i 80 ubiegłego wieku (cieplarki, lodówki mikroskopy, łaźnia wodna),

- w Pracowni Mikrobiologii w Wielospecjalistycznym Szpitalu Wojewódzkim w Gorzowie Wlkp. autoklawy pochodzą z lat 80 ubiegłego wieku.

W Pracowni Bakteriologicznej w Torzymiu, gdzie wykonuje się najwięcej badań rocznie w kierunku gruźlicy brakuje aparatu do hodowli prątków oraz chłodzonej wirówki, a podzielone w 2013 r. pomieszczenie na potrzeby pracowni bakteriologicznej i prątka gruźlicy nadal nie odpowiada standardom. W mniejszych laboratoriach brakuje komputerowego oprogramowania mikrobiologicznego (Kostrzyn, Torzym). W województwie tylko dwa laboratoria wyposażone są w odpowiednią aparaturę wyższej klasy (SYNEVO w Zielonej Górze oraz Laboratorium Bakteriologiczno-Serologiczne w Nowej Soli). Poziom wykonywanych badań mikrobiologicznych nie budzi zastrzeżeń. Konsultanta niepokoją przypadki, gdzie w laboratorium zatrudniony jest jeden pracownik z wyższym wykształceniem i specjalizacją z mikrobiologii oraz jeden technik (technicy nie mogą ponosić odpowiedzialności za wyniki badań).

Podobnie jak w latach ubiegłych prawie wszystkie laboratoria przystąpiły do Ogólnopolskiego Sprawdzianu Wiarygodności Badań w Mikrobiologii POLMICRO 2013. Ponadto trzy laboratoria biorą udział, z powodzeniem w zagranicznym sprawdzianie jakości Labquality Helsinki zdobywając certyfikaty na badania (Laboratorium Mikrobiologiczno-Serologiczne w Szpitalu w Nowej Soli, Pracownia Badań Mikrobiologicznych w Szpitalu w Zielonej Górze, Pracownia Mikrobiologii Laboratorium SYNEVO w Zielonej Górze).

Wiodąca rola diagnostyki mikrobiologicznej w zapobieganiu i leczeniu antybiotykami szeregu groźnych infekcji, a przede wszystkim zakażeń szpitalnych i poza szpitalnych nie jest odpowiednio postrzegana przez szpitale województwa lubuskiego – jest za mało laboratoriów przyszpitalnych; laboratoria nie są samodzielne, mimo, że ich kadra kierownicza jest doskonale wykształcona; nie są wyposażone w odpowiednio nową, podstawową, aparaturę. Wieloletni brak lekarzy mikrobiologów, którzy mogliby kierować zespołami kontroli zakażeń i laboratoriami nie sprzyja tej trudnej dziedzinie, rzutującej znacząco na zdrowie populacji.

2.9. Główne wnioski wynikające z analizy części diagnostycznej

- zmiana struktury demograficznej województwa lubuskiego charakteryzująca się wzrostem liczby osób w wieku poprodukcyjnym w związku ze starzeniem się

społeczeństwa i wydłużaniem życia, powodują wzrost zapotrzebowania na usługi medyczne.

- wzrastająca liczba zachorowań na gruźlicę płuc w województwie lubuskim – liczba nowych zachorowań w 2013 wynosiła 113, tj. o 28 więcej niż w roku ubiegłym.
- wzrost zachorowań na Przewlekłą Obturacyjną Chorobę Płuc (POChP). Liczba nowych zachorowań w 2013 roku była większa o 498 przypadków niż w roku ubiegłym (wzrost o 5,37%).
- wzrost zachorowań na astmę – liczba nowych zachorowań w 2013 roku o 57,8% w stosunku do roku ubiegłego.
- w województwie lubuskim w 2012 roku z powodu nowotworów układu oddechowego zmarło 606 osób, z tego 419 mężczyzn i 187 kobiet. Najwięcej zgonów zanotowano u osób pomiędzy 60-64 rokiem życia.
- niska liczba lekarzy specjalistów w zakresie pulmonologii. W województwie lubuskim współczynnik liczby pulmonologów na 100 tys. ludności wynosi - 2,7 przy średniej krajowej – 3,7. Ponadto znaczna liczba pulmonologów - ponad 50% - przekroczyła 56 rok życia.
- niedostateczne wyposażenie zarówno oddziałów szpitalnych jak i laboratoriów mikrobiologicznych w specjalistyczny sprzęt do diagnostyki oraz leczenia pacjentów ze schorzeniami układu oddechowego.
- znaczny stopień zużycia istniejącej infrastruktury, w tym brak odrębnych węzłów sanitarnych na oddziałach szpitalnych, w szczególności w oddz. chirurgii klatki piersiowej szpitala w Zielonej Górze
- brak ośrodka diagnostyki oraz leczenia chorych z mukowiscydozą. Na chwilę obecną pacjenci z województwa lubuskiego zmuszeni są do leczenia w innych regionach kraju.
- potrzeba realizacji profilaktycznych programów zdrowotnych umożliwiających wykonywanie badań przesiewowych w kierunku wczesnego wykrycia schorzeń układu oddechowego. Obecny system badań okresowych wśród pracowników, jak również system podstawowej opieki zdrowotnej w niewystarczającym stopniu podejmuje działania związane z profilaktyką pierwotną jak i wtórną w tym zakresie.

3. Część planistyczna

3.1. Cele oraz kierunki działań w zakresie profilaktyki, diagnostyki oraz leczenia schorzeń układu oddechowego w województwie lubuskim

Kierunki działań określono na podstawie analizy sytuacji demograficznej i epidemiologicznej przy uwzględnieniu aktualnie posiadanych zasobów w zakresie wyspecjalizowanej kadry, sprzętu i aparatury medycznej oraz dostępności do leczenia. Takie podejście pozwoliło na sprecyzowanie celów i kierunków rozwoju opieki medycznej. Niniejsze opracowanie jest zatem szczegółowym wskazaniem rozwiązań w zakresie leczenia chorób układu oddechowego i jednocześnie wynika z zapisów Lubuskiej Strategii Ochrony Zdrowia na lata 2014–2020, dlatego też celem nadrzędnym pozostaje:

Wzmocnienie jakości życia poprzez poprawę zdrowia mieszkańców Województwa Lubuskiego i zmniejszenie nierówności w zdrowiu

Wyznaczając priorytety dla rozwoju lecznictwa w zakresie chorób układu oddechowego w województwie lubuskim sformułowano cel strategiczny, za który uznano:

Zapewnienie mieszkańcom województwa lubuskiego dostępu do wysokiej jakości opieki medycznej w zakresie chorób układu oddechowego

Mając na uwadze powyższy cel strategiczny, sformułowano pięć celów szczegółowych, wyznaczających dla każdego z nich kierunki działań:

3.1.1. Cel szczegółowy 1. Zwiększenie działań ukierunkowanych na profilaktykę oraz promocję zdrowia w zakresie chorób układu oddechowego.

Kierunki działań:

- 1) Organizacja akcji profilaktyczno-informacyjnych promujących i uświadamiających szkodliwość palenia tytoniu wśród uczniów szkół podstawowych (klasy IV-VI), gimnazjalnych oraz ponadgimnazjalnych.
- 2) Podejmowanie działań edukacyjno-profilaktycznych w szkołach, dotyczących wczesnej wykrywalności schorzeń pulmonologicznych oraz wad rozwojowych budowy klatki piersiowej. Obecnie dzieci z lejkowatą lub kurzą klatką piersiową często pozostają bez

właściwej opieki i do leczenia operacyjnego trafiają zbyt późno, tracąc możliwość uzyskania najlepszych wyników leczenia. Wynika to głównie z braku świadomości nie tylko rodziców, ale także lekarzy POZ dotyczącej możliwości leczenia wad - często dzieci kierowane są do lekarzy ortopedów, którzy nie zajmują się leczeniem pacjentów z takimi problemami, zalecając jedynie ćwiczenia, które są całkowicie nieskuteczne.

- 3) Tworzenie i realizacja przez samorzady lokalne zdrowotnych programów profilaktycznych umożliwiających wykonywanie badań przesiewowych, adresowanych do populacji osób z grup ryzyka (palacze tytoniu, osoby obciążone wywiadem rodzinnym pod kątem chorób nowotworowych, osoby pracujące w narażeniu zawodowym, etc.), obejmujących badanie RTG klatki piersiowej, spirometrię, niskodawkową tomografię komputerową LDCT, dające szansę na wcześniejsze wykrycie wszelkich schorzeń układu oddechowego: nowotworów, POChP, gruźlicy, chorób śródmiąższowych.
- 4) Podejmowanie szerokich działań profilaktycznych takich jak np.: organizacja szkoły astmy, światowego dnia spirometrii, etc.
- 5) Realizacja długoterminowego programu profilaktycznego obejmującego wykonywanie zdjęć radiologicznych oraz badań spirometrycznych w wybranych grupach zawodowych w przypadku narażenia na różne czynniki ryzyka chorób nowotworowych, POChP, astmy.
- 6) Realizacja programu szczepień przeciwwirusowych i przeciwpneumokokowych – jako profilaktyka POChP.
- 7) Przeprowadzanie badań alergologicznych przed decyzją wyboru szkoły lub pracy w zawodach alergogennych (np. piekarz, fryzjer, kosmetyczka, zawody narażone na kontakt z alergenami pochodzenia chemicznego).
- 8) Promowanie wśród świadczeniodawców realizacji programu profilaktyki chorób odtyniowych, w tym POChP, finansowanego przez Lubuski Oddział Wojewódzki NFZ.

3.1.2. Cel szczegółowy 2. Rozwój bazy diagnostycznej.

Kierunki działań - wyposażenie podmiotów leczniczych w specjalistyczny sprzęt:

1) Szpital Wojewódzki SP ZOZ w Zielonej Górze:

- Bodypletyzmograf z przystawką do badania dyfuzji płucnej,

- aparat do badania ultrasonograficznego (USG), niezbędnego w codziennej bezpośredniej pracy z pacjentem,
 - aparat do polisomnografii pełnej z możliwością EEG,
 - respiratory do nieinwazyjnej wentylacji,
 - bronchofiberoskop z opcją EBUS,
 - wyposażenie laboratorium mikrobiologicznego w system szybkiej diagnostyki prątką gruźlicy typu GenExpert (brak systemu w całym województwie).
- 2) **Wielospecjalistyczny Szpital Wojewódzki Sp. z o.o. w Gorzowie Wlkp.:**
- bodypletyzmograf z przystawką do badania dyfuzji płucnej,
 - respirator do nieinwazyjnej wentylacji,
 - bronchofiberoskop z opcją EBUS.
- 3) **Lubuski Szpital Specjalistyczny Pulmonologiczno-Kardiologiczny w Torzymiu Sp. z o. o.:**
- bodypletyzmograf z przystawką do badania dyfuzji płucnej,
 - tomograf komputerowy,
 - bronchofiberoskop z opcją EBUS,
 - wyposażenie pracowni cytologicznej w mikroskop optyczny,
 - wyposażenie laboratorium mikrobiologicznego w specjalistyczny sprzęt do diagnostyki prątką gruźlicy.
- 4) **105 Szpital Wojskowy z Przychodnią SP ZOZ filia w Żaganiu:**
- przystawka do pomiaru dyfuzji płucnej.
- 5) **Szpital Rehabilitacyjno-Leczniczy dla dzieci SP ZOZ w Wojnowie:**
- sprzęt do diagnostyki oraz rehabilitacji pulmonologicznej.
- 6) w celu stworzenia warunków dla funkcjonowania programu wczesnej diagnostyki schorzeń nowotworowych płuc zaleca się utworzenie kilku referencyjnych ośrodków w województwie wraz z wyposażeniem, posiadających możliwość wykonywania w szerokim zakresie niskodawkowej tomografii komputerowej klatki piersiowej.
- 7) wyposażenie poradni podstawowej opieki zdrowotnej w spirometry, przy jednoczesnym przeszkoleniu kadry wykonującej badania, co pozwoli lekarzom POZ na stawianie prawidłowej diagnozy już na wczesnym etapie opieki nad pacjentem pulmonologicznym, a w konsekwencji prawidłowe leczenie pacjenta.

- 8) utworzenie i wyposażenie (na bazie jednej z istniejących) referencyjnej pracowni w województwie lubuskim w systemy diagnostyczne takie jak: BACTEC 460Tb, Probe Tec, IGRA.

3.1.3. Cel szczegółowy 3. Poprawa dostępności i skuteczności w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej oraz specjalistycznej opieki ambulatoryjnej.

Kierunki działań:

- 1) Zwiększenie dostępności ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w zakresie pulmonologii poprzez m.in. racjonalizację rozmieszczenia podmiotów leczniczych w regionie, wprowadzanie nowych technologii medycznych, zwiększenie kontraktów z NFZ, rozwijanie instytucji lekarza POZ jako efektywnego narzędzia profilaktyki, diagnostyki i leczenia.
- 2) Kontynuacja programów profilaktycznych NFZ dla POZ w zakresie wykrywania POCHP i gruźlicy oraz wypracowanie mechanizmów motywujących do realizacji tych programów.
- 3) Poprawa dostępności pacjentów do poradni specjalistycznych poprzez opracowanie systemu rejestracji uniemożliwiającej rejestrację pacjenta do kilku poradni jednocześnie.
- 4) Utworzenie poradni przeciwgruźliczej dla dzieci w Wielospecjalistycznym Szpitalu Wojewódzkim Sp. z o.o. w Gorzowie Wlkp.
- 5) Zwiększenie w województwie ilości poradni świadczących usługi ambulatoryjne w zakresie chirurgii klatki piersiowej.
- 6) Utworzenie przy poradniach pulmonologicznych poradni antynikotynowych.
- 7) Wprowadzenie do katalogu porad w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej porady antynikotynowej, jako osobnej procedury.

3.1.4. Cel szczegółowy 4. Rozwój bazy infrastruktury medycznej i poprawa jakości specjalistycznej opieki stacjonarnej

Kierunki działań:

- 1) Utworzenie ośrodka diagnostyki i leczenia mukowiscydozy w Lubuskim Specjalistycznym Szpitalu Pulmonologiczno-Kardiologicznym Sp. z o.o. w Torzymiu
- 2) Utworzenie oddziału intensywnej opieki medycznej w Lubuskim Specjalistycznym Szpitalu Pulmonologiczno-Kardiologicznym Sp. z o.o. w Torzymiu.

- 3) Poprawa standardu pobytu, diagnostyki i leczenia w Oddziale Gruźlicy i Chorób Płuc w Lubuskim Specjalistycznym Szpitalu Pulmonologiczno-Kardiologicznym Sp. z o. o. w Torzymiu.
- 4) Zwiększenie dostępności do rehabilitacji oddechowej (zwiększenie ilości łóżek, przestrzeganie wskazań do leczenia rehabilitacyjnego) w Lubuskim Specjalistycznym Szpitalu Pulmonologiczno-Kardiologicznym Sp. z o.o. w Torzymiu.
- 5) Zorganizowanie na bazie istniejących w województwie szpitali, zajmujących się leczeniem chorób płuc, ośrodków z konsyliami lekarza pulmonologa, torakochirurga, onkologa oraz radiologa, którzy będą koordynować proces diagnostyczno-terapeutyczny chorych w ramach nowego programu Ministerstwa Zdrowia dotyczącego szybkiej diagnostyki onkologicznej.
- 6) Kompleksowy remont i reorganizacja bazy lokalowej jedyne w województwie Oddziału Chirurgii Klatki Piersiowej w Szpitalu Wojewódzkim SPZOZ w Zielonej Górze, co pozwoliłoby optymalnie wykorzystywać posiadaną bazę łóżkową. Od chwili powstania oddziału tj. od kwietnia 1965 roku nie przeprowadzono w nim kompleksowego remontu, co skutkuje znacznym stopniem zużycia istniejącej infrastruktury i anachronicznym modelem organizacji posiadanych zasobów łóżkowych – aktualnie sale chorych są 4-5-cio osobowe, co ogranicza efektywne wykorzystanie łóżek i przekłada się na niższe możliwości świadczenia usług hospitalizacyjnych w Oddziale, a w konsekwencji wpływa to na wydłużenie czasu oczekiwania na leczenie szpitalne oraz znaczną migrację chorych poza teren naszego województwa (sale chorych nie posiadają odrębnych sanitariatów).
- 7) Z uwagi na specyfikę oraz bezpieczeństwo chorych leczonych na Oddziale Chirurgii Klatki Piersiowej w Wojewódzkim Szpitalu SPZOZ w Zielonej Górze, który jest położony w odrębnym budynku, z dala od OIOM-u, Centralnego Bloku Operacyjnego, Zakładu Radiologii oraz Centralnego Laboratorium zaleca się utworzenie pododdziału intensywnego nadzoru torakochirurgicznego.
- 8) Poszerzenie bazy łóżkowej na Oddziale Reumatologii i Chorób Płuc w Wielospecjalistycznym Szpitalu Wojewódzkim Sp. z o.o. w Gorzowie Wlkp.
- 9) Dostosowanie infrastruktury (lokalowej i dydaktycznej) szpitali, które będą uczestniczyły w procesie kształcenia studentów Wydziału Lekarskiego UZ.

- 10) Poprawa standardu pobytu oraz procesu leczenia pacjentów w Szpitalu Rehabilitacyjno – Leczniczym dla dzieci Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Wojnowie poprzez modernizację oddziału rehabilitacji pulmonologicznej oraz modernizację i rozbudowę części hotelowej dla rodziców/ opiekunów dzieci do 7 roku życia.
- 11) Cykliczne szkolenia kadry medycznej z zakresu higieny i zapobiegania zakażeniom szpitalnym.
- 12) Poprawa jakości usług medycznych oraz bezpieczeństwa pacjentów objętych opieką pulmonologiczną poprzez rozwój telemedycyny.

3.1.5. Cel szczegółowy 5. Zwiększenie zatrudnienia specjalistycznej kadry medycznej w zakresie chorób płuc

Kierunki działań:

- 1) Zwiększenie ilości miejsc szkoleniowych w systemie rezydenckim i pozarezydenckim oraz zwiększenie zatrudnienia lekarzy specjalistów w zakresie pulmonologii oraz torakochirurgii zarówno w poradniach jak i w oddziałach szpitalnych.
- 2) Uzyskanie przez Oddział Chirurgii Klatki Piersiowej Szpitala Wojewódzkiego SPZOZ w Zielonej Górze akredytacji pozwalającej na kształcenie nowych kadr torakochirurgicznych w ramach rezydentury.
- 3) Zatrudnienie specjalistycznej kadry w laboratorium mikrobiologicznym Lubuskiego Specjalistycznego Szpitala Pulmonologiczno-Kardiologicznego Sp. z o.o. w Torzymiu.
- 4) Zatrudnienie wyspecjalizowanych radiologów wykorzystujących jednorodne kryteria przy ocenie badania niskodawkowej tomografii komputerowej klatki piersiowej.

4. Podsumowanie

Polityka zdrowotna jest jednym z ważniejszych priorytetów dla samorządu województwa lubuskiego i często wymaga dokonywania kompleksowych, zintegrowanych a nawet radykalnych rozwiązań również przez instytucje i podmioty zajmujące się organizacją ochrony zdrowia.

Dowodem szczególnej troski Zarządu Województwa Lubuskiego o zdrowie Lubuszan jest opracowana i przyjęta przez Sejmik przyjęta w maju br. *Lubuska Strategia Ochrony Zdrowia na lata 2014 – 2020*. Dokument obrazuje obecny stan w zakresie ochrony i promocji zdrowia w naszym regionie. W analizie SWOT wspomnianej Strategii, jako jedną ze słabych stron wskazuje się brak opracowanych dokumentów kierunkowych, dotyczących newralgicznych dla naszego województwa obszarów opieki medycznej. Jednym z takich obszarów jest pulmonologia.

Sytuacja demograficzna województwa lubuskiego charakteryzuje się trendem starzenia się społeczeństwa i stopniowym wydłużaniem życia przy jednoczesnym wzroście zachorowań na choroby przewlekłe ze strony układu oddechowego. Rak płuca zaliczany jest do najczęstszych przyczyn zgonów zarówno w Polsce jak i w naszym regionie. Niepokój lekarzy budzi także wzrost zachorowań wśród Lubuszan na przewlekłą obturacyjną chorobę płuc (POCHP) oraz astmę.

W szczególny sposób wymaga to działań skoncentrowanych na poprawie poziomu zdrowia mieszkańców naszego regionu, poprzez lepszy dostęp do opieki medycznej.

Fundamentalnym celem niniejszego opracowania było wyznaczenie kierunków rozwoju lecznictwa w zakresie chorób układu oddechowego w województwie lubuskim, na podstawie diagnozy sytuacji zdrowotnej mieszkańców województwa lubuskiego, obejmującej analizę demograficzną, epidemiologiczną. Przeprowadzono także ocenę posiadanych zasobów w zakresie wyspecjalizowanej kadry medycznej, zasobów infrastrukturalnych szpitali, posiadających w swojej strukturze oddziały pulmonologiczne oraz oddziały chirurgii klatki piersiowej z uwzględnieniem ponoszonych kosztów leczenia.

Do opracowania części diagnostycznej i epidemiologicznej posłużyły dane otrzymane m.in. z Lubuskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ, Urzędu Statystycznego, Lubuskiego Urzędu Wojewódzkiego, Wojewódzkiej Stacji Sanitarno Epidemiologicznej oraz podmiotów leczniczych. Na ich podstawie określono szereg istotnych dla rozwoju lubuskiej pulmonologii

kierunków działań, które mogą być podstawą do podjęcia i realizacji niezbędnych przedsięwzięć w zakresie poprawy organizacji i warunków leczenia w naszym regionie.

Kierunki działań wyznaczone zostały odpowiednio do pięciu określonych celów szczegółowych, zgodnie z wynikającymi w naszym regionie potrzebami ochrony zdrowia w zakresie chorób układu oddechowego, takich jak:

- 1) Zwiększenie działań ukierunkowanych na profilaktykę oraz promocję zdrowia w zakresie chorób układu oddechowego,
- 2) Rozwój bazy diagnostycznej,
- 3) Poprawa dostępności i skuteczności w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej oraz specjalistycznej opieki ambulatoryjnej,
- 4) Rozwój bazy infrastruktury medycznej i poprawa jakości specjalistycznej opieki stacjonarnej,
- 5) Zwiększenie zatrudnienia specjalistycznej kadry medycznej w zakresie chorób płuc.

W celu prawidłowej i skutecznej realizacji powyższych priorytetów należy podjąć szereg działań systemowych, w które powinny zaangażować się zarówno jednostki samorządu terytorialnego, podmioty lecznicze jak i LOW NFZ. Działania te w dalszej perspektywie skutkować powinny ułatwieniem Lubuszanom dostępu do świadczonych usług medycznych, jak również podniesienia ich jakości, pozyskania brakującej liczby specjalistów, rozbudowy i modernizacji infrastruktury szpitali, zajmujących się diagnostyką, leczeniem oraz rehabilitacją pacjentów ze schorzeniami układu oddechowego.

Ponadto duży nacisk powinno się położyć na działania profilaktyczne zarówno poprzez edukację, jak również badania przesiewowe (scringowe) pod kątem wczesnego rozpoznawania chorób układu oddechowego. Profilaktyka zdrowotna, w kontekście ochrony i promocji zdrowia, jest w swej naturze zagadnieniem długofalowym, a jej efekty będą widoczne w perspektywie kilkunastu lub kilkudziesięciu lat. Dlatego dziś nie można ograniczać środków finansowych na jej realizację, ze względu na dalsze poważne konsekwencje zdrowotne pacjentów, a co za tym idzie skutki finansowe dla całego systemu ochrony zdrowia. Efektywna profilaktyka wymaga działań wielosektorowych, niemniej jednak bardzo istotną rolę w tym zakresie ma do odegrania podstawowa opieka zdrowotna i lekarze pierwszego kontaktu. Rolą lekarzy pierwszego kontaktu jest podejmowanie działań zarówno z zakresu profilaktyki pierwotnej (propagowanie zachowań prozdrowotnych, przekazywanie wiedzy na temat czynników ryzyka i wczesnych objawów), jak też z zakresu

profilaktyki wtórnej (np. wczesne wykrywanie wielu schorzeń, jak również nowotworów i stanów przednowotworowych), podczas rutynowej pracy lekarza POZ i w ramach zorganizowanych badań przesiewowych.

Wzrost zachorowań na niektóre choroby układu oddechowego, w tym zwiększająca się liczba chorób przewlekłych przy jednoczesnych zmianach zachodzących w strukturze wieku ludności związanych ze starzeniem się społeczeństwa i wydłużaniem życia, powodują wzrost zapotrzebowania na usługi medyczne.

Jednocześnie, rozwój wiedzy medycznej wraz z postępowaniem technologicznym przy jednoczesnej potrzebie prowadzenia szybkiej, mało inwazyjnej i wiarygodnej diagnostyki wymusza stosowanie coraz nowocześniejszych i zarazem kosztowniejszych metod leczenia.

Ponadto konieczna modernizacja istniejących oddziałów szpitalnych oraz niezbędne wyposażenie w specjalistyczną aparaturę wiążą się z ponoszeniem przez placówki lecznicze wysokich kosztów, które w planowaniu polityki zdrowotnej stanowią główny problem. Niestety środki własne podmiotów leczniczych jak i samorządów terytorialnych nie mają możliwości zrealizowania wielu niezbędnych „zabiegów” poprawiających liczbę oraz jakość świadczonych usług medycznych. Skuteczność działań może zapewnić realizacja postulatów zmian w niektórych rodzajach i zakresach sposobów kontraktowania i zwiększenia nakładów na świadczenia zdrowotne w regionie.

W latach 2007-2013 pomocne w realizacji podobnych przedsięwzięć były środki pochodzące z Unii Europejskiej. W ramach Lubuskiego Programu Operacyjnego w tych latach zrealizowano 33 projekty z zakresu ochrony zdrowia. Wartość dofinansowania wyniosła 125 285 423,46 zł. W ramach dofinansowania UE zakupiono nowoczesny, wysokospecjalistyczny sprzęt, jak również dokonano modernizacji wielu oddziałów i termomodernizacji budynków. Szczegółowy wykaz zrealizowanych przedsięwzięć został zawarty w Lubuskiej Strategii Ochrony Zdrowia na lata 2014-2020 (tab. 87, str. 165).

Kolejne finansowanie z funduszy europejskich w perspektywie 2014-2020 jest możliwe w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego – Lubuskie 2020, gdzie zgodnie z zapisami Umowy Partnerstwa środki te stanowią kwotę 906,1 mln euro. W tej kwocie 653,4 mln euro stanowi wkład Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, a 252,7 mln euro, to środki Europejskiego Funduszu Społecznego.

Na poziomie krajowym wdrażany będzie Program Operacyjny Infrastruktura i Środowisko 2014-2020, który również zakłada interwencję środków publicznych w obszarze zdrowia.

- Oś priorytetowa VII – Wzmocnienie strategicznej infrastruktury ochrony zdrowia. Zgodnie z przyjętym zakresem wsparcia, interwencja programu będzie ukierunkowana na rozwój strategicznych elementów infrastruktury ochrony zdrowia o znaczeniu krajowym (ratownictwa medycznego oraz wysokospecjalistycznych ośrodków medycznych), które będą tworzyć warunki dla zwiększenia dostępu do niej wszystkim obywatelom, przyczyniając się tym samym do zakładanego zmniejszenia nierówności w zakresie stanu zdrowia. Budżet na realizację tej osi to ok. 503,9 mln euro.

Ponadto na poziomie krajowym wdrażany będzie również Program operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020, w którym realizowane będą działania związane z kształceniem kadry medycznej.

- Oś priorytetowa III - Szkolnictwo wyższe dla gospodarki i rozwoju. W ramach celu 5. Rozwój kształcenia przeddyplomowego na kierunkach medycznych, w szczególności poprzez rozwój umiejętności praktycznych studentów tych kierunków przedmiotowej osi realizowane będą następujące działania:
 - wsparcie systemu kształcenia praktycznego studentów kierunków pielęgniarstwo i położnictwo poprzez tworzenie centrów symulacji medycznej do nauki pielęgniarstwa i położnictwa;
 - wsparcie kształcenia przeddyplomowego na kierunku lekarskim i lekarsko-dentystycznym poprzez finansowanie programów rozwojowych dla uczelni i instytutów badawczych uczestniczących w procesie praktycznego kształcenia studentów, w tym tworzenie centrów symulacji medycznej. Budżet na realizację tej osi to ok. 1 157,7 mln euro.

Dzięki zaangażowaniu przedstawicieli właściwych instytucji oraz podmiotów leczniczych w perspektywie kilku następnych lat z pewnością uda się dokonać znaczącego postępu w zakresie profilaktyki, prawidłowej i szybkiej diagnostyki oraz efektywnego leczenia wszelkich schorzeń układu oddechowego wśród mieszkańców województwa lubuskiego, poprzez realizację wyznaczonych w niniejszym dokumencie kierunków działań. Ich realizacja ma na celu skuteczny rozwój opieki nad pacjentem, który jest podmiotem i najważniejszym elementem systemu ochrony zdrowia.

5. Spis tabel

| | |
|---|----|
| Tabela 1. Liczba i podział ludności ze względu na płeć w 2013 r..... | 9 |
| Tabela 2. Zachorowania na gruźlicę według województw – nowo zarejestrowani w poradniach na 100 tys. ludności w 2011r..... | 19 |
| Tabela 3. Zarejestrowani w poradni/gabinecie specjalistycznym chorób płuc i gruźlicy w 2013 roku | 21 |
| Tabela 4. Zarejestrowani w poradni/gabinecie specjalistycznym chorób płuc i gruźlicy w 2012 roku | 22 |
| Tabela 5. Liczba pacjentów z rozpoznaniem gruźlicy układu oddechowego [A15-A16] leczonych w latach 2012-2013 | 23 |
| Tabela 6. Zachorowania na gruźlicę osób w wieku 19 lat i więcej będących pod opieką lekarza podstawowej opieki zdrowotnej w 2013 roku z podziałem na powiaty województwa lubuskiego | 24 |
| Tabela 7. Liczba zgonów z powodu zachorowania na POChP. według województw w 2010 r..... | 26 |
| Tabela 8. Zakażenia szpitalne w latach 2012 i 2013 | 30 |
| Tabela 9. Liczba pacjentów z rozpoznaniem J12-J18.9 i J 20 leczonych w latach 2012 i 2013 | 31 |
| Tabela 10. Liczba zachorowań na obturacyjny bezdech senny w województwie lubuskim w roku 2012 i 2013 (unikatowe niepowtarzające się nr Pesel)..... | 33 |
| Tabela 11. Liczba zachorowań na choroby tkanki śródmiąższowej płuc, w tym sarkoidozy w województwie lubuskim w roku 2012 i 2013 (unikatowe niepowtarzające się nr Pesel) | 33 |
| Tabela 12. Zgony na nowotwory złośliwe oskrzela i płuca (C34) według płci i wieku zmarłych mieszkańców województwa lubuskiego w 2012 roku | 35 |
| Tabela 13. Zgony z powodu chorób układu oddechowego (J00 – J99) w powiatach województwa lubuskiego w 2012 roku | 36 |
| Tabela 14. Lekarze specjaliści zatrudnieni w placówkach ochrony zdrowia według województw i podstawowego miejsca zatrudnienia, stan na 31.12.2011r., współczynnik na 100 tys. mieszkańców | 37 |
| Tabela 15. Liczba lekarzy specjalistów chorób płuc oraz chirurgii klatki piersiowej na podstawie sprawozdania MZ-89 z terenu województwa lubuskiego za rok 2012 i 2013..... | 39 |
| Tabela 16. Porównanie zasobów stacjonarnych podmiotów leczniczych zajmujących się leczeniem chorób płuc u dorosłych (hospitalizacje) w województwie lubuskim | 40 |
| Tabela 17. Wyposażenie podmiotów leczniczych w województwie lubuskim w aparaturę medyczną do diagnostyki chorób układu oddechowego u dorosłych | 43 |
| Tabela 18. Działalność oddziałów chorób płuc, rehabilitacji pulmonologicznej i chirurgii klatki piersiowej na terenie województwa lubuskiego w 2012 r..... | 44 |

| | |
|--|----|
| Tabela 19. Działalność oddziałów chorób płuc, rehabilitacji pulmonologicznej i chirurgii klatki piersiowej na terenie województwa lubuskiego w 2013 r..... | 44 |
| Tabela 20. Wykaz Poradni Gruźlicy i Chorób Płuc na terenie województwa lubuskiego w 2014r..... | 45 |
| Tabela 21. Wykaz poradni i oddziałów szpitalnych realizujących świadczenia w ramach umowy z Lubuskim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia | 46 |
| Tabela 22. Liczba dzieci leczonych z terenu województwa lubuskiego oraz spoza terenu województwa w latach 2012 i 2013 | 49 |
| Tabela 23. Wyposażenie Szpitala Rehabilitacyjno-Leczniczego dla dzieci SPZOZ w Wojnowie w sprzęt do diagnostyki oraz rehabilitacji pulmonologicznej..... | 49 |
| Tabela 24. Zakres diagnostyki schorzeń układu oddechowego, zakres/rodzaje zabiegów rehabilitacyjnych prowadzonych w Szpitalu Rehabilitacyjno-Lecznicznym dla dzieci SPZOZ w Wojnowie..... | 50 |
| Tabela 25. Liczba dzieci leczonych według rodzaju schorzenia w latach 2012 i 2013 w Szpitalu Rehabilitacyjno- Lecznicznym dla dzieci SPZOZ w Wojnowie | 50 |
| Tabela 26. Liczba dzieci leczonych z podziałem na wiek w oddziale rehabilitacyjno-pulmonologicznym w latach 2012 i 2013 w Szpitalu Rehabilitacyjno-Lecznicznym dla dzieci SPZOZ w Wojnowie | 51 |
| Tabela 27. Wysokość kontraktów na świadczenia w 2012 i 2013 roku – stan na koniec roku | 51 |
| Tabela 28. Liczba świadczeń oraz liczba pacjentów z powiatów województwa lubuskiego z rozpoznaniem chorób układu oddechowego leczonych w latach 2012 i 2013 | 52 |
| Tabela 29. Średni czas oczekiwania na świadczenia zdrowotne zakresie chorób układu oddechowego na koniec 2012 i 2013 roku | 53 |
| Tabela 30. Migracje Lubuszan – wartość w zł na podstawie otrzymanych not – dane za rok 2012 i 2013..... | 55 |
| Tabela 31. Migracje Lubuszan - wartość według powiatów | 55 |
| Tabela 32. Przyczyny migracji Lubuszan do innych województw-według zakresu i powiatu pacjenta | 56 |
| Tabela 33. Liczba Lubuszan z rozpoznaniem mukowiscydozy leczona w innych województwach w 2012 roku (unikatowe nr PESEL)..... | 57 |
| Tabela 34. Liczba Lubuszan z rozpoznaniem mukowiscydozy leczona w innych województwach w 2013 roku (unikatowe nr PESEL)..... | 57 |
| Tabela 35. Wartość świadczeń na leczenie z rozpoznaniem mukowiscydozy w innych OW NFZ w 2012 roku | 58 |
| Tabela 36. Wartość świadczeń na leczenie z rozpoznaniem mukowiscydozy w innych OW NFZ w 2013 roku | 59 |

6. Spis wykresów

| | |
|--|----|
| Wykres 1. Struktura ludności według płci (w %) | 9 |
| Wykres 2. Przyrost naturalny na 1000 ludności w województwie lubuskim według podregionów i powiatów w 2013 r. | 10 |
| Wykres 3. Zapadalność na gruźlicę wszystkich postaci wśród dzieci, młodocianych i ogółem w Polsce w latach 1957–2013 | 18 |
| Wykres 4. Wskaźnik nowo wykrytych przypadków gruźlicy na 100 tys. mieszkańców województwa w 2011 r. | 19 |
| Wykres 5. Wskaźnik zgonów z powodu zachorowania na POChP. według województw w 2010 r. na 100 tys. mieszkańców województwa | 27 |
| Wykres 6. Liczba zachorowań na POChP i astmę w województwie lubuskim w latach 2012 i 2013 ... | 27 |
| Wykres 7. Nowotwory złośliwe w Polsce w 2011 r. Liczba zachorowań..... | 34 |
| Wykres 8. Porównanie zachorowalności na raka płuca w Polsce i w krajach UE..... | 34 |
| Wykres 9. Zachorowania na nowotwory złośliwe według umiejscowienia i płci na 100 tys. ludności w 2010 roku..... | 35 |
| Wykres 10. Lekarze specjaliści chorób płuc zatrudnieni w placówkach ochrony zdrowia według województw i podstawowego miejsca zatrudnienia, stan na 31.12.2011r., współczynnik na 100 tys. mieszkańców..... | 38 |