NOWOTWÓR PĘCHERZA MOCZOWEGO

Rekomendacje
w zakresie kompleksowej opieki nad pacjentem

Raport opracowany przez:
Polskie Towarzystwo Urologiczne
Konsultanta Krajowego w dziedzinie urologii
Fundację Eksperci dla Zdrowia

Warszawa, 18 lipca 2018 r.

Zmniejszenie zapadalności i przedwczesnej umieralności z powodu nowotworów złośliwych jest pierwszym priorytetem zdrowotnym państwa zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 roku w sprawie priorytetów zdrowotnych.

lek. Krzysztof Ostrowski
Przewodniczący Parlamentarnego Zespołu ds. Praw Pacjentów
Poseł na Sejm RP

Urologia jest dyscypliną chirurgii, u podstaw której leży diagnostyka i leczenie chorych na nieprawidłowości układu moczowego. Dominującą grupę pacjentów stanowią chorzy na raka (80%). Z analiz przeprowadzonych przez najpoważniejsze instytucje urologiczne na świecie wynika, że specjalista narządowy, jakim jest urolog, uzyskuje lepsze wyniki leczenia chorych dotkniętych rakiem. Urolog dysponuje bowiem nie tylko pełnym spektrum metod diagnostycznych, ale także potencjałem chirurgicznym umożliwiającym pełne wyleczenie większości chorych, a u pozostałego odsetka – wydłużenie czasu do progresji choroby w dobrej kondycji, czyli przedłużenie życia pacjenta. Rak pęcherza moczowego stanowi drugi co do częstości występowania nowotwór urologiczny, a jego bezwzględny przebieg (choroba śmiertelna) sprawia, że pacjent powinien pozostawać pod stałą kontrolą lekarza urologa.

prof. dr. hab. n. med. Piotr Chłosta
Prezes Polskiego Towarzystwa Urologicznego

Przewidywany wzrost zachorowań na nowotwór pęcherza moczowego w ciągu najbliższej dekady o blisko 25% to istotna przesłanka wskazująca na konieczność podjęcia działań zapewniających dostępność do leczenia pacjentom dotkniętych tym schorzeniem. Istnieje konieczność zapewnienia kompleksowego leczenia pacjenta chorego na nowotwór pęcherza moczowego poprzez zmianę organizacji opieki zdrowotnej. Kluczowym elementem jest tworzenie w zakresie leczenia chirurgicznego specjalistycznych ośrodków leczących określone typy nowotworów, przy których powinny zostać zorganizowane ośrodki chemioterapii i radioterapii.

dr. hab. n. med. Artur A. Antoniewicz
Konsultant Krajowy w dziedzinie Urologii

AUTORZY RAPORTU

PREZES POLSKIEGO TOWARZYSTWA UROLOGICZNEGO

prof. dr. hab. n. med. Piotr Chłosta

PRZEDSTAWICIELE ZARZĄDU GŁÓWNEGO POLSKIEGO TOWARZYSTWA UROLOGICZNEGO

prof. dr. hab. n. med. Tomasz Drewa – wiceprezes ZG PTU

dr hab. n. med. Anna Kołodziej, prof. nadzw. – sekretarz ZG PTU

dr hab. n. med. Marek Lipiński – skarbnik ZG PTU

prof. dr hab. n. med. Tomasz Szydełko – członek ZG PTU

prof. dr. hab. n med. Marcin Słojewski – członek ZG PTU

dr. hab. n. med. Jakub Dobruch – przewodniczący Sekcji Urologii Onkologicznej PTU

KONSULTANT KRAJOWY W DZIEDZINIE UROLOGII

dr. hab. n. med. Artur A. Antoniewicz

FUNDACJA EKSPERCI DLA ZDROWIA

Marzena Domańska-Sadynica – ekspert ochrony zdrowia, prezes Fundacji Eksperci dla Zdrowia

Magdalena Wiciak-Obrębska – doradca prawny, Fundacja Eksperci dla Zdrowia

Jerzy Gryglewicz – ekspert ochrony zdrowia, Fundacja Eksperci dla Zdrowia, Uczelnia Łazarskiego

Tłumaczenie fragmentów Guidelines 2018 wykorzystanych w Rozdziale 5 niniejszego opracowania

dr n. med. Mikołaj Przydacz (Klinika Urologii CM UJ w Krakowie)

SPIS TREŚCI

1. Wstęp 6

2. Epidemiologia nowotworu pęcherza moczowego opracowana na podstawie map potrzeb zdrowotnych w zakresie onkologii 7

3. Analiza dotycząca funkcjonowania oddziałów urologii, ze szczególnym uwzględnieniem realizacji świadczeń związanych z leczeniem nowotworu pęcherza moczowego na podstawie map potrzeb zdrowotnych z 2018 roku 8

3.1 Współczynnik chorobowości szpitalnej dla oddziału urologii w 2016 roku w Polsce i w poszczególnych województwach 9

3.2 Liczba pacjentów hospitalizowanych w oddziale urologii w 2016 roku w poszczególnych województwach 10

3.3 Wykaz 10 świadczeniodawców, którzy w 2016 roku hospitalizowali największą liczbę pacjentów w ramach oddziału urologicznego 10

3.4 Liczba hospitalizacji w oddziale urologicznym w 2016 roku w poszczególnych województwach 11

3.5 Liczba osobodni hospitalizacji w oddziale urologii w 2016 roku w poszczególnych województwach 12

3.6 Liczba łóżek w oddziałach urologii w 2016 roku 13

3.7 Realizacja pakietu onkologicznego – liczba osobodni hospitalizacji sprawozdana w poszczególnych województwach w 2016 roku 13

3.8 Liczba hospitalizacji z powodu nowotworu złośliwego pęcherza moczowego w oddziałach urologii w 2016 roku 14

3.9 Analiza dotycząca aktualnie zapewnionych osobodni hospitalizacji przez obecną infrastrukturę w poszczególnych województwach 14

3.10 Wykaz 10 świadczeniodawców realizujących największą liczbę hospitalizacji z powodu nowotworu pęcherza moczowego w oddziałach urologii w 2016 roku 15

3.11 Prognozowana zmiana liczby łóżek w oddziale urologii w 2031 roku 15

4. Model kształcenia podyplomowego w dziedzinie urologii – wybrane aspekty 17

4.1 Wprowadzenie nowych zasad egzaminowania w Polsce 19

4.2 Format egzaminu specjalizacyjnego z urologii 20

4.3 Finansowanie Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego w dziedzinie urologii 21

5. Zalecenia Europejskiego Towarzystwa Urologicznego w zakresie diagnostyki i leczenia nowotworu pęcherza moczowego (na podstawie EAU Guidelines 2018) 22

5.1 Rak pęcherza moczowego nienaciekający błony mięśniowej 22

5.1.1 Diagnostyka 22

5.1.2 Przezcewkowa elektroresekcja guza pęcherza moczowego (TURBT) 23

5.2 Rak pęcherza moczowego naciekający błonę mięśniową.....25

5.2.1 Diagnostyka oraz leczenie 25

6. Zmiany w organizacji opieki nad pacjentem chorym na nowotwór pęcherza moczowego w kontekście raportów Najwyższej Izby Kontroli 26

7. Kompleksowa opieka nad pacjentem chorym na nowotwór pęcherza moczowego (KOS-NPM) - projekt programu pilotażowego 29

8. Krajowy Rejestr Raka Pęcherza Moczowego 34

9. Aspekty prawne 37

9.1 Stan faktyczny 37

9.1.1 Rozporządzenie koszykowe w zakresie leczenia szpitalnego dotyczące urologii - wymogi dla świadczeniodawców.....38

9.1.2 Rozporządzenie koszykowe w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej dotyczące urologii - wymogi dla świadczeniodawców.....39

9.2 Regulacje na poziomie NFZ 39

10. Możliwości prawne dotyczące wdrażania kompleksowej opieki specjalistycznej nad pacjentem chorym na nowotwór pęcherza moczowego 41

11. Rekomendacje końcowe 42

12. Model projektu Kompleksowej Opieki Specjalistycznej nad Pacjentem Chorym na Nowotwór Pęcherza Moczowego opracowany w formie projektu Zarządzenia Prezesa NFZ 43

13. Załączniki dotyczące funkcjonowania oddziałów urologii na podstawie map potrzeb zdrowotnych 43

14. Spis Tabel 138

1. Wstęp

Raport ,,Nowotwór pęcherza moczowego – rekomendacje w zakresie kompleksowej opieki nad pacjentem" prezentuje szereg aktualnych aspektów związanych z organizacją leczenia chorych na raka pęcherza moczowego oraz przedkłada propozycję rozwiązań mających na celu poprawę jakości i skuteczności leczenia.

W raporcie przedstawiono szereg argumentów dotyczących konieczności przeprowadzenia zmian organizacyjno-finansowych w zakresie diagnostyki i leczenia raka pęcherza moczowego. Niniejszą analizę oparto między innymi na mapach potrzeb zdrowotnych opracowanych przez Ministerstwo Zdrowia (MZ), raportach Najwyższej Izby Kontroli (NIK) oraz wytycznych i standardach postępowania Polskiego Towarzystwa Urologicznego (PTU).

Zaprezentowany w raporcie projekt modelu kompleksowej opieki specjalistycznej nad pacjentem, u którego stwierdzono nowotwór pęcherza moczowego, jest zgodny z wdrażanymi aktualnie przez Ministerstwo Zdrowia i Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) innymi modelami koordynowanej i kompleksowej opieki zdrowotnej.

Według map potrzeb zdrowotnych w zakresie onkologii obecnie rocznie rozpoznawanych jest ponad 8000 nowych przypadków nowotworów pęcherza moczowego. W ciągu najbliższych 10 lat liczba nowych zachorowań gwałtownie wzrośnie i wyniesie w 2029 roku 11,5 tysiąca rocznie. Prognozowany wzrost zachorowań o blisko 25% jest istotną przesłanką wskazującą na konieczność podjęcia intensywnych działań zapewniających tym pacjentom szeroką dostępność do leczenia.

Poprawa skuteczności leczenia chorób nowotworowych jest bezwzględną koniecznością wskazywaną w dokumencie NIK z marca 2018 roku pt.: „Dostępność i efekty leczenia nowotworów". Wskazano w nim na konieczność zapewnienia kompleksowego leczenia onkologicznego wysokiej jakości poprzez zmianę organizacji opieki zdrowotnej, którego kluczowym elementem jest tworzenie w zakresie leczenia chirurgicznego specjalistycznych ośrodków leczących określone typy nowotworów, przy których powinny być organizowane ośrodki chemioterapii i radioterapii.

W celu dokonania oceny możliwości poprawy jakości i dostępności do leczenia urologicznego w niniejszym Raporcie przedstawiono szereg analiz, opracowanych na podstawie map potrzeb zdrowotnych opublikowanych w 2018 roku, dotyczących wszystkich oddziałów urologii w Polsce, z wyszczególnieniem hospitalizacji pacjentów cierpiących na nowotwór pęcherza moczowego.

Niezwykle ważnym elementem, który należy wziąć pod uwagę przy rozważaniu zasadności wprowadzenia proponowanych zmian organizacyjnych, jest zaangażowanie we wdrażanie nowych rozwiązań środowiska lekarzy urologów.

Nie bez znaczenia pozostaje fakt, że kształcenie podyplomowe lekarzy urologów pozostaje na najwyższym poziomie, gdyż od 20 lat odbywa się zgodnie z europejskimi standardami, opracowanymi przez European Association of Urology (EAU), a kończy europejskim egzaminacyjnym specjalizacyjnym organizowanym wspólnie przez European Board od Urology (EBU) i Polskie

Towarzystwo Urologiczne. Należy zaznaczyć, że obecnie w Polsce tylko lekarze specjalizujący się w dziedzinie urologii oraz anestezjologii i intensywnej terapii kończą specjalizację egzaminem międzynarodowym gwarantującym wysoki poziom kompetencji i znajomość najnowocześniejszych standardów postępowania.

Istotnym elementem, poprawiającym koordynację i skuteczność leczenia nowotworu pęcherza moczowego, są obecne zapisy rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego dotyczące warunków udzielania świadczeń w ramach chemioterapii.

W warunkach określających udzielanie świadczeń to właśnie specjalista urolog ma uprawnienia w zakresie leczenia nowotworów układu moczowo-płciowego, w tym stosowania chemioterapii.

W zaprezentowanym modelu Kompleksowej Opieki Specjalistycznej nad Pacjentem Chorym na Nowotwór Pęcherza Moczowego (KOS – NPM) wykorzystano rozwiązania wdrażane obecnie przez NFZ i Ministerstwo Zdrowia, w których realizowana i finansowana jest opieka nad pacjentem, skoordynowana przez jeden ośrodek – podmiot koordynujący, obejmująca postępowanie diagnostyczno-terapeutyczne, leczenie szpitalne, specjalistyczne świadczenia ambulatoryjne oraz – w zależności od wskazań medycznych – różne formy rehabilitacji.

W przypadku kompleksowej opieki specjalistycznej chorych na nowotwór pęcherza moczowego ośrodkiem koordynującym powinien być oddział urologii z poradnią przyszpitalną, posiadający duże doświadczenie w wykonywaniu procedur zabiegowych związanych z leczeniem nowotworu pęcherza moczowego. Ponadto należy zaznaczyć, że „(…) zmniejszenie zapadalności i przedwczesnej umieralności z powodu nowotworów złośliwych" jest pierwszym priorytetem zdrowotnym państwa (rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 roku w sprawie priorytetów zdrowotnych).

Autorzy niniejszego raportu mają nadzieję, że dane i analizy oraz zaprezentowany model Kompleksowej Opieki Specjalistycznej nad Pacjentem Chorym na Nowotwór Pęcherza Moczowego (KOS – NPM) będzie przydatny przy tworzeniu rozwiązań poprawiających skuteczność leczenia tego nowotworu w Polsce.

2. Epidemiologia nowotworu pęcherza moczowego opracowana na podstawie map potrzeb zdrowotnych w zakresie onkologii

Ministerstwo Zdrowia opublikowało 31 grudnia 2015 roku mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie onkologii (www.mpz.mz.gov.pl). W dokumencie dokonano szeregu analiz dotyczących trzech zagadnień: aspektów demograficznych i epidemiologicznych, wykorzystania zasobów oraz prognoz potrzeb zdrowotnych. W opublikowanych 17 mapach (16 wojewódzkich i ogólnopolskiej) szczegółowo przeanalizowano 5 typów nowotworów, w tym nowotwór pęcherza moczowego.

W pierwszej części mapy ogólnopolskiej, dotyczącej aspektów demograficznych i epidemiologicznych, nowotwór pęcherza moczowego został sklasyfikowany na piątym miejscu pod względem częstości rozpoznawania pośród wszystkich nowotworów w Polsce. „(…) Najczęściej rozpoznawanymi nowotworami były nowotwory złośliwe płuc (25,5 tys. przypadków), nowotwory piersi (19,5 tys.), gruczołu krokowego (14,6 tys.), jelita grubego (13,9 tys.) **i nowotwory pęcherza moczowego (8,2 tys.)**. Łącznie stanowiły one ok. 50% nowotworów zdiagnozowanych w 2012 roku".

Omawiana mapa przedstawia także znaczące różnice regionalne w zakresie stopnia zawansowania nowotworu pęcherza moczowego, w którym stawiane jest rozpoznanie kliniczne. „(…) Nowotwór złośliwy pęcherza moczowego charakteryzował się dużym zróżnicowaniem w strukturze rozpoznań względem stadium pośród województw. W województwie dolnośląskim bardzo często rozpoznawany był w IV stadium (59%), ale jednocześnie występowała tam największa rozpoznawalność w I stadium (15%). Największy udział I lub II stadium występował w woj. opolskim".

W mapach dokonano także oceny śmiertelności z powodu nowotworu pęcherza moczowego. „(…) Nowotwory pęcherza stanowiły w latach 2011-2013 przyczynę 5% zgonów z powodu nowotworów złośliwych mieszkańców Polski. W przypadku nowotworów o tym umiejscowieniu najwyższymi wartościami współczynnika SMR (standaryzowany współczynnik umieralności) charakteryzowały się województwa warmińsko-mazurskie i lubuskie, a najniższymi – lubelskie i podkarpackie".

Kluczowa część map dotyczy prognoz potrzeb zdrowotnych w zakresie diagnostyki i leczenia nowotworu pęcherza moczowego. Przewidują one w okresie następnej dekady znaczący wzrost zachorowalności na ten nowotwór. „(…) W 2029 roku w Polsce wystąpi ponad 11,5 tysiąca nowych zachorowań na nowotwór złośliwy pęcherza moczowego: najwięcej w województwach mazowieckim oraz śląskim – odpowiednio 1620 oraz 1390. Więcej niż 630 nowych przypadków zostanie odnotowanych w połowie województw w Polsce, a najmniejsza ich liczba w województwach lubuskim (305) oraz opolskim (301).

Największy wzrost liczby nowych przypadków nowotworu złośliwego pęcherza moczowego zostanie odnotowany w województwach pomorskim, warmińsko-mazurskim oraz wielkopolskim – w każdym wyniesie on 28%. W połowie województw nastąpi ponad 24% wzrost liczby nowych przypadków nowotworu złośliwego pęcherza moczowego".

Analiza powyższych danych jednoznacznie wskazuje na konieczność wprowadzania zmian organizacyjno-finansowych, mających na celu poprawę dostępności i jakości leczenia nowotworu pęcherza moczowego w kontekście znaczącego wzrostu zapadalności na ten nowotwór.

3. Analiza dotycząca funkcjonowania oddziałów urologii, ze szczególnym uwzględnieniem realizacji świadczeń związanych z leczeniem nowotworu pęcherza moczowego, na podstawie map potrzeb zdrowotnych z 2018 roku

Ministerstwo Zdrowia opublikowało 30 maja 2018 r. drugą edycję map potrzeb zdrowotnych z zakresu lecznictwa szpitalnego. Obszerne opracowanie składa się z szesnastu map regionalnych (dla każdego z województw) oraz – liczącej ponad 1,5 tys. stron – mapy ogólnopolskiej.

Mapy potrzeb zdrowotnych składają się z analizy demograficznej i epidemiologicznej, analizy stanu i wykorzystania zasobów oraz prognoz potrzeb zdrowotnych. Są one zarazem narzędziem wspomagającym podejmowanie decyzji o charakterze systemowym, jak i działań podejmowanych w odniesieniu do poszczególnych uczestników systemu ochrony zdrowia. W szczególności dane zawarte w mapach stanowią podstawę do ubiegania się o pozyskanie środków unijnych przeznaczanych na rozwój infrastruktury szpitalnej oddziałów urologii. Mapy potrzeb zdrowotnych są także, na mocy ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze

środków publicznych, podstawą do ustalania przez wojewodę – w porozumieniu z Wojewódzką Radą ds. Potrzeb Zdrowotnych – priorytetów dla regionalnej polityki zdrowotnej.

Priorytety dla regionalnej polityki zdrowotnej oraz mapy potrzeb zdrowotnych mają wpływ na decyzje dyrektorów oddziałów wojewódzkich NFZ w zakresie zwiększenia finansowania świadczeń w poszczególnych dziedzinach medycyny, co może mieć istotne znaczenie w zwiększeniu dostępności do świadczeń z zakresu urologii.

Poniżej przedstawiono szereg szczegółowych zestawień dotyczących funkcjonowania oddziałów urologii, opracowanych na podstawie danych z 2016 roku, które były podstawą opracowania map na 2018 rok, ze szczególnym uwzględnieniem hospitalizacji pacjentów dotkniętych nowotworem pęcherza moczowego.

Należy zaznaczyć, że w mapach nie uwzględniono zmian związanych z wprowadzeniem tzw. sieci szpitali, co nastąpiło 1 października 2017 roku i miało istotne znaczenie dla funkcjonowania wielu oddziałów urologii. Ponadto w niektórych tabelach w opublikowanych mapach stwierdzono brak pewnych danych, np. dotyczących liczby łóżek szpitalnych czy liczby hospitalizowanych pacjentów.

Istotne dane dotyczą zasobów kadrowych w urologii. Według danych zawartych w mapie ogólnopolskiej obecnie w Polsce wykonuje zawód 1177 lekarzy urologów, co w przeliczeniu na 100 000 populacji wynosi 3,06 lekarza. Najmniej lekarzy urologów w przeliczeniu na 100 000 mieszkańców pracuje w województwie warmińsko-mazurskim (1,81), zaś najwięcej w województwie łódzkim (4,59).

3.1 Współczynnik chorobowości szpitalnej dla oddziału urologii w 2016 roku w Polsce i poszczególnych województwach

Współczynnik chorobowości szpitalnej wyraża liczbę osób hospitalizowanych z powodu wszystkich przyczyn lub z powodu danej jednostki chorobowej w ciągu roku w przeliczeniu na 100 000 ludności.

Współczynnik chorobowości szpitalnej dla oddziału urologii w Polsce wynosi 462 pacjentów na 100 000 ludności. Największy odnotowano w województwie świętokrzyskim, tj. 594, natomiast najmniejszy w województwie małopolskim, tj. 394.

Szczegółowe dane dotyczące poszczególnych województw zostały zaprezentowane w tabeli obok (tabela 1).

Tabela 1. Wartości współczynnika chorobowości szpitalnej wg oddziałów w poszczególnych województwach (malejąco)

Lp.	Województwo	Współczynniki chorobowości szpitalnej
1.	świętokrzyskie	594,14
2.	łódzkie	580,01
3.	lubelskie	521,53
4.	pomorskie	513,77
5.	mazowieckie	489,85
6.	wielkopolskie	467,48
	Polska	462,10
7.	podkarpackie	461,07
8.	zachodniopomorskie	456,16
9.	kujawsko-pomorskie	451,41
10.	lubuskie	435,73
11.	dolnośląskie	430,62
12.	opolskie	429,29
13.	śląskie	427,86
14.	podlaskie	410,74
15.	warmińsko-mazurskie	399,62
16.	małopolskie	349,83

Źródło: Na podstawie map potrzeb zdrowotnych w zakresie lecznictwa szpitalnego dla poszczególnych województw

3.2 Liczba pacjentów hospitalizowanych w oddziale urologii w 2016 roku w poszczególnych województwach

W 2016 roku hospitalizowano w oddziałach urologii w Polsce ponad 200 000 pacjentów. Najwięcej w województwie mazowieckim, tj. 28 300, najmniej w województwie podlaskim – 5200 pacjentów.

Szczegółowe dane dotyczące poszczególnych województw zaprezentowano w tabeli obok (tabela 2).

Lp.	Województwo	Liczba hospitalizowanych pacjentów [tys.]
1.	mazowieckie	28,3
2.	śląskie	21,0
3.	wielkopolskie	17,7
4.	łódzkie	16,9
5.	podkarpackie	13,9
6.	dolnośląskie	13,3
7.	małopolskie	12,7
8.	pomorskie	12,4
9.	kujawsko-pomorskie	12,0
10.	lubelskie	11,9
11.	świętokrzyskie	9,1
12.	zachodniopomorskie	7,8
13.	warmińsko-mazurskie	6,3
14.	opolskie	6,2
15.	lubuskie	5,6
16.	podlaskie	5,2
Razem		200,3

Tabela 2. ►
Liczba hospitalizowanych pacjentów [tys.] w oddziałach urologicznych poszczególnych województw (malejąco)

Źródło: Opracowanie własne na podstawie map potrzeb zdrowotnych w zakresie lecznictwa szpitalnego dla poszczególnych województw

3.3 Wykaz 10 świadczeniodawców, którzy w 2016 roku hospitalizowali największą liczbę pacjentów w ramach oddziału urologicznego

Największą liczbę hospitalizowanych (4400) w ramach oddziału urologicznego w ciągu 2016 roku odnotowano w Specjalistycznym ZOZ Nad Matką i Dzieckiem w Poznaniu.

Listę 10 świadczeniodawców, którzy hospitalizowali największą liczbę pacjentów w oddziale urologii w 2016 roku przedstawiono w tabeli obok (tabela 3).

Tabela 3. Wykaz 10 świadczeniodawców, którzy w 2016 roku hospitalizowali największą liczbę pacjentów w ramach oddziału urologicznego

Lp.	Nazwa świadczeniodawcy	Województwo	Powiat	Liczba hospitalizowanych pacjentów [tys.]
1.	Specjalistyczny ZOZ Nad Matką i Dzieckiem w Poznaniu	wielkopolskie	m. Poznań	4,4
2.	NZOZ Szpital Specjalistyczny im. prof. E. Michałowskiego	śląskie	m. Katowice	4,0
3.	Wielospecjalistyczny Szpital Miejski im. Józefa Strusia z Zakładem Opiekuńczo-Leczniczym. SP ZOZ z siedzibą w Poznaniu przy ul. Szwajcarskiej 3	wielkopolskie	m. Poznań	3,2
4.	ZOZ w Ostrowcu Świętokrzyskim	świętokrzyskie	ostrowiecki	2,9
5.	Szpital Specjalistyczny w Słupsku	pomorskie	m. Słupsk	2,5
6.	Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 2 Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego	zachodniopomorskie	m. Szczecin	2,5
7.	Szpital Kliniczny Dzieciątka Jezus	mazowieckie	m. st. Warszawa	2,5
8.	NZOZ Szpital Mazovia	mazowieckie	m. st. Warszawa	2,4
9.	Miejski Szpital Zespolony w Olsztynie	warmińsko-mazurskie	m. Olsztyn	2,4
10.	Urovita sp. z o.o. – NZOZ Szpital Śląskie Centrum Urologii	śląskie	m. Chorzów	2,3

Źródło: Opracowanie własne na podstawie map potrzeb zdrowotnych w zakresie lecznictwa szpitalnego dla poszczególnych województw

3.4 Liczba hospitalizacji w oddziale urologicznym w 2016 roku w poszczególnych województwach

W 2016 roku w oddziałach urologii w Polsce odnotowano ponad 276 000 hospitalizacji. Największa liczba hospitalizacji w oddziale urologicznym została odnotowana w województwie mazowieckim i wyniosła 43 200. Najmniejsza liczba hospitalizacji, tj. 6400 została odnotowana w województwie podlaskim.

Szczegółowe dane zostały zawarte w tabeli na kolejnej stronie (tabela 4).

Lp.	Województwo	Liczba hospitalizacji [tys.]
1.	mazowieckie	43,2
2.	śląskie	27,6
3.	wielkopolskie	24,8
4.	łódzkie	23,6
5.	podkarpackie	18,6
6.	dolnośląskie	17,9
7.	pomorskie	17,8
8.	małopolskie	17,1
9.	kujawsko-pomorskie	15,9
10.	lubelskie	15,2
11.	świętokrzyskie	12,6
12.	zachodniopomorskie	10,1
13.	warmińsko-mazurskie	9,2
14.	opolskie	8,5
15.	lubuskie	7,6
16.	podlaskie	6,4
Razem		276,1

◀ Tabela 4. Liczba hospitalizacji [w tys.] w oddziałach urologicznych poszczególnych województw (malejąco)

Źródło: Opracowanie własne na podstawie map potrzeb zdrowotnych w zakresie lecznictwa szpitalnego dla poszczególnych województw

3.5 Liczba osobodni hospitalizacji w oddziale urologii w 2016 roku w poszczególnych województwach

W 2016 roku we wszystkich oddziałach urologii w Polsce odnotowano ogółem 895 000 osobodni hospitalizacji. Największa liczba została odnotowana w województwie mazowieckim, tj. 143 000, a najmniejsza w województwie lubuskim – nieco ponad 21 000. Szczegółowe dana zawarte są w tabeli 5.

Lp.	Województwo	Liczba osobodni hospitalizacji [tys.]
1.	mazowieckie	143,2
2.	śląskie	107,4
3.	wielkopolskie	78,5
4.	łódzkie	74,9
5.	małopolskie	60,1
6.	lubelskie	58,0
7.	podkarpackie	58,0
8.	dolnośląskie	51,0
9.	pomorskie	48,3
10.	kujawsko-pomorskie	44,4
11.	świętokrzyskie	43,2
12.	zachodniopomorskie	31,0
13.	podlaskie	29,3
14.	opolskie	25,4
15.	warmińsko-mazurskie	21,8
16.	lubuskie	21,3
Razem		895,8

Tabela 5. ▶
Liczba osobodni hospitalizacji [w tys.] w oddziałach urologicznych poszczególnych województw (malejąco)

Źródło: Opracowanie własne na podstawie map potrzeb zdrowotnych w zakresie lecznictwa szpitalnego dla poszczególnych województw

3.6 Liczba łóżek w oddziałach urologii w 2016 roku

Ogólna liczba łóżek w oddziałach urologii w 2016 roku w Polsce wynosiła 3507. Najwięcej łóżek wykazano w województwie mazowieckim – 523 sztuk, najmniej w województwie warmińsko-mazurskim – 76. Szczegółowe dane dla poszczególnych województw (wg stanu na 31 grudnia 2016 r.) są zawarte w tabeli 6.

Tabela 6. ►
Liczba łóżek (wg stanu na 31.12. 2016) w oddziałach urologicznych poszczególnych województw (malejąco)

Źródło: Opracowanie własne na podstawie map potrzeb zdrowotnych w zakresie lecznictwa szpitalnego dla poszczególnych województw

Lp.	Województwo	Liczba łóżek
1.	mazowieckie	523
2.	śląskie	442
3.	wielkopolskie	309
4.	kujaw sko-pomorskie	305
5.	łódzkie	233
6.	dolnośląskie	218
7.	podkarpackie	207
8.	małopolskie	202
9.	lubelskie	193
10.	pomorskie	178
11.	lubuskie	162
12.	zachodniopomorskie	137
13.	świętokrzyskie	129
14.	opolskie	109
15.	podlaskie	84
16.	warmińsko-mazurskie	76
Razem		3 507

3.7 Realizacja pakietu onkologicznego – liczba osobodni hospitalizacji sprawozdana w poszczególnych województwach w 2016 roku

Liczba osobodni hospitalizacji pacjentów, którzy byli sprawozdawani w ramach karty diagnostyki i leczenia onkologicznego, wyniosła w Polsce w 2016 roku blisko 80 000. Najwięcej osobodni w ramach pakietu sprawozdano w województwie mazowieckim – 15 8000, najmniej w województwie opolskim – 300. Szczegółowe dane w tym zakresie zawiera tabela 7.

◄ Tabela 7. Liczba osobodni [tys.] – hospitalizacja w ramach pakietu onkologicznego w poszczególnych województwach (malejąco)

Źródło: Opracowanie własne na podstawie map potrzeb zdrowotnych w zakresie lecznictwa szpitalnego dla poszczególnych województw

Lp.	Województwo	Liczba osobodni [tys.] – hospitalizacja w ramach pakietu onkologicznego
1.	mazowieckie	15,8
2.	wielkopolskie	10,2
3.	śląskie	9,0
4.	małopolskie	7,2
5.	kujawsko-pomorskie	7,0
6.	pomorskie	5,2
7.	zachodniopomorskie	3,7
8.	łódzkie	3,6
9.	dolnośląskie	3,3
10.	podkarpackie	3,3
11.	świętokrzyskie	3,3
12.	warmińsko-mazurskie	2,4
13.	lubelskie	2,4
14.	lubuskie	1,9
15.	podlaskie	1,3
16.	opolskie	0,3
Razem		79,8

Lp.	Województwo	Liczba hospitalizacji [tys.] – nowotwór złośliwy pęcherza moczowego
1.	mazowieckie	7,1
2.	wielkopolskie	3,1
3.	łódzkie	2,8
4.	pomorskie	2,7
5.	małopolskie	2,6
6.	dolnośląskie	2,4
7.	śląskie	2,3
8.	kujawsko-pomorskie	2,1
9.	zachodniopomorskie	1,9
10.	podkarpackie	1,4
11.	świętokrzyskie	1,4
12.	opolskie	1,4
13.	warmińsko-mazurskie	1,3
14.	lubelskie	1,3
15.	lubuskie	0,8
16.	podlaskie	0,7
Razem		35,2

3.8 Liczba hospitalizacji z powodu nowotworu złośliwego pęcherza moczowego w oddziałach urologii w 2016 roku

W 2016 roku w Polsce liczba hospitalizacji z powodu nowotworu złośliwego pęcherza moczowego wyniosła ponad 35 000. Najwięcej hospitalizacji z tego powodu odnotowano w województwie mazowieckim – 7100, natomiast najmniej w województwie podlaskim – 700. Szczegółowe dane zawiera tabela 8.

◄ Tabela 8. Liczba hospitalizacji [tys.] z powodu nowotworu złośliwego pęcherza moczowego w poszczególnych województwach (malejąco)

Źródło: Opracowanie własne na podstawie map potrzeb zdrowotnych w zakresie lecznictwa szpitalnego dla poszczególnych województw

3.9 Analiza dotycząca aktualnie zapewnionych osobodni przez obecną infrastrukturę w poszczególnych województwach

W celu dokonania prognoz dotyczących planowanej na 2031 rok liczby łóżek w oddziałach urologii Departament Analiz i Strategii Ministerstwa Zdrowia oszacował liczbę osobodni zapewnioną przez obecną infrastrukturę w poszczególnych województwach. Wyniki tej analizy przedstawiona tabela 9.

Tabela 9. ► Aktualnie zapewnione osobodni przez obecną infrastrukturę (dotyczy oddziału urologii)

Źródło: Opracowanie własne na podstawie map potrzeb zdrowotnych w zakresie lecznictwa szpitalnego dla poszczególnych województw

Lp.	Województwo	Aktualnie zapewnione osobodni [tys.]
1.	dolnośląskie	52,4 – 55,4
2.	kujawsko-pomorskie	51,0 – 53,8
3.	lubelskie	55,8 – 58,8
4.	lubuskie	21,2 – 22,4
5.	łódzkie	81,5 – 85,6
6.	małopolskie	59,3 – 62,5
7.	mazowieckie	138,5 – 145,4
8.	opolskie	29,3 – 30,7
9.	podkarpackie	52,3 – 54,8
10.	podlaskie	34,1 – 35,8
11.	pomorskie	45,8 – 48,2
12.	śląskie	120,3 – 126,0
13.	świętokrzyskie	43,3 – 45,4
14.	warmińsko-mazurskie	20,0 – 21,0
15.	wielkopolskie	79,9 – 84,0
16.	zachodniopomorskie	34,6 – 36,5

3.10 Wykaz 10 świadczeniodawców realizujących największą liczbę hospitalizacji z powodu nowotworu pęcherza moczowego w oddziałach urologii w 2016 roku

Największą liczbę hospitalizacji, tj. 1 125, wykazał świadczeniodawca Krajowa Fundacja Medyczna (Wieliszew) z województwa mazowieckiego. Ten sam świadczeniodawca wykazał także największy odsetek procentowego udziału hospitalizacji z powodu nowotworu pęcherza moczowego w stosunku do ogólnej liczby hospitalizacji. Szczegółowy wykaz świadczeniodawców zawiera tabela 9.

Tabela 10. Wykaz 10 świadczeniodawców realizujących najwięcej hospitalizacji w zakresie nowotwór złośliwy pęcherza moczowego

Lp.	Nazwa świadczeniodawcy	Województwo	Powiat	Liczba hospitalizacji z powodu nowotworu złośliwego pęcherza moczowego	Procentowy udział hospitalizacji z powodu nowotworu złośliwego pęcherza moczowego w ogólnej liczbie hospitalizacji
1.	Krajowa Fundacja Medyczna	mazowieckie	legionowski	1 125	52,1
2.	Międzyleski Szpital Specjalistyczny w Warszawie	mazowieckie	m. st. Warszawa	839	25,5
3.	Szpital im. Mikołaja Kopernika	pomorskie	m. Gdańsk	806	30,3
4.	Specjalistyczny ZOZ Nad Matką i Dzieckiem w Poznaniu	wielkopolskie	m. Poznań	695	10,7
5.	Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Jana Mikulicza-Radeckiego we Wrocławiu	dolnośląskie	m. Wrocław	597	18,9
6.	Wielospecjalistyczny Szpital Miejski im. Józefa Strusia z Zakładem Opiekuńczo - Leczniczym. SP ZOZ z siedzibą w Poznaniu przy ul. Szwajcarskiej 3	wielkopolskie	m. Poznań	581	13,4
7.	Szpital Giżycki sp. z o.o.	warmińsko-mazurskie	giżycki	558	22,6
8.	Namysłowskie Centrum Zdrowia S.A.	opolskie	namysłowski	556	33,5
9.	Mazowiecki Szpital Specjalistyczny im. dr. Józefa Psarskiego w Ostrołęce	mazowieckie	m. Ostrołęka	535	23,1
10.	Szpital Kliniczny Dzieciątka Jezus	mazowieckie	m. st. Warszawa	525	12,9

Źródło: Opracowanie własne na podstawie map potrzeb zdrowotnych w zakresie lecznictwa szpitalnego dla poszczególnych województw

3.11 Prognozowana zmiana liczby łóżek w oddziale urologii w 2031 roku

Poniżej zostały przedstawione prognozy utworzone w celu oszacowania przyszłego zapotrzebowania na łóżka szpitalne w oddziale urologii oraz analiza możliwości aktualnych zasobów w długoterminowej perspektywie (2018–2031).

Prognoza zapotrzebowania na łóżka dla każdego oddziału szpitalnego, w tym oddziału urologii, odbywała się następująco:

- W pierwszym kroku zbudowano modele prognozujące liczby hospitalizacji na oddziałach dla odpowiednich przekrojów (grup pacjentów). Przekroje dotyczyły demografii (płeć, wiek, miejsce zamieszkania pacjenta), podziału na hospitalizacje z wypisem w dniu przyjęcia i wypisem innym niż w dniu przyjęcia, zakresów, w ramach których sprawozdano hospitalizacje oraz innych przekrojów wskazanych przez ekspertów na drodze konsultacji.
- Następnie wyznaczono ALOS (średni czasu pobytu) dla wyżej wspomnianych przekrojów.
- Docelowo prognozy zapotrzebowania na hospitalizacje i łóżka szpitalne dotyczyły województwa wykonywanych świadczeń, a nie miejsca zamieszkania pacjenta, dlatego w kolejnym kroku określono migracje lecznicze pacjentów. Przez migrację leczniczą rozumiano hospitalizacje sprawozdane w województwie niebędącym województwem zamieszkania pacjenta.
- Następnie, za pomocą ALOS-u (średni czas pobytu) oraz prognozowanej liczby hospitalizacji uwzględniającej migracje, wyznaczono prognozę osobodni w grupach, co ostatecznie odpowiednio podsumowano, otrzymując prognozowaną liczbę osobodni w Polsce i województwach dla danego oddziału, w tym przypadku oddziału urologii.
- W ostatnim kroku wyznaczono prognozowaną liczbę łóżek szpitalnych z uwzględnieniem czy obecna infrastruktura zapewnia spełnienie potrzeb względem prognozowanej liczby osobodni w województwach.

Tabela 11. przedstawia prognozy, z których wynika, że w 4 województwach przewidywany jest spadek liczby łóżek w oddziale urologii, natomiast w 6 województwach wzrost. W pozostałych województwach nie przewiduje się zmian.

Tabela 11. Prognozowana zmiana liczby łóżek w stosunku do aktualnej infrastruktury

Lp.	Województwo	Prognozowana zmiana liczby łóżek potrzebna na rok 2031:		
		Kierunek	Bezwzględna	Względna [%]
1.	dolnośląskie	Brak zmian	--	--
2.	kujawsko-pomorskie	Spadek	8 – 25	4,0 – 12,4
3.	lubelskie	Wzrost	18 – 49	8,3 - 22,5
4.	lubuskie	Brak zmian	--	--
5.	łódzkie	Spadek	23 – 51	7,4 – 16,5
6.	małopolskie	Wzrost	7 – 31	3,0 – 13,3
7.	mazowieckie	Wzrost	33 – 98	6,3 – 18,7
8.	opolskie	Spadek	8 – 17	7,3 – 15,6
9.	podkarpackie	Spadek	11 - 26	5,7 - 13,5
10.	podlaskie	Brak zmian	--	--
11.	pomorskie	Wzrost	24 – 59	13,5 – 33,1
12.	śląskie	Brak zmian	--	--
13.	świętokrzyskie	Wzrost	8 – 25	4,9 – 15,4
14.	warmińsko-mazurskie	Wzrost	7 – 18	9,2 – 23,7
15.	wielkopolskie	Brak zmian	--	--
16.	zachodniopomorskie	Brak zmian	--	--

4. Model kształcenia podyplomowego w dziedzinie urologii – wybrane aspekty

Czas trwania szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie urologii dla lekarzy nieposiadających odpowiedniej specjalizacji I lub II stopnia, lub tytułu specjalisty w odpowiedniej dziedzinie medycyny, lub zrealizowanego i zaliczonego odpowiedniego modułu podstawowego wynosi 6 lat.

Przebieg szkolenia specjalizacyjnego wg programu specjalizacji opracowanego w 2017 roku na zlecenie Dyrektora Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego przez Zespół Ekspertów obrazuje tabela 12.

Tabela 12. Przebieg szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie urologii

Lp.	Przebieg szkolenia	Czas trwania	
		liczba tygodni	liczba dni roboczych
1	Staż kierunkowy w zakresie chirurgii ogólnej	24	120
2	Staż kierunkowy w zakresie przeszczepiania nerek	12	60
3	Staż podstawowy w zakresie urologii ogólnej i onkologicznej	180	900
4	Staż kierunkowy w zakresie endourologii i ESWL	8	40
5	Staż kierunkowy w zakresie urologii dziecięcej	4	20
6	Staż kierunkowy w zakresie onkologii klinicznej	8	40
7	Staż kierunkowy w zakresie radioterapii onkologicznej	2	10
8	Staż kierunkowy w zakresie nefrologii i dializoterapii	2	10
9	Staż rotacyjny w urologicznym ośrodku klinicznym	4	20
10	Staż podstawowy w ambulatorium urologicznym	12	60
11	Kursy specjalizacyjne	9 tyg. 2 dni	47
12	Urlopy wypoczynkowe	31 tyg. i 1 dzień	156
13	Dni ustawowo wolne od pracy	15 tyg. i 3 dni	78
14	Samokształcenie	1	5
Razem		313 tyg. 1 dni	1566

Źródło: Program specjalizacji w dziedzinie urologii (wersja z 2017 roku)

Z powyższego wynika, że problematyka onkologiczna stanowi ważną część szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie urologii.

W szczególności zawarta jest ona w następujących obowiązkowych stażach kierunkowych:

- staż podstawowy w zakresie urologii ogólnej i onkologicznej,
- staż kierunkowy w zakresie onkologii klinicznej,
- staż kierunkowy w zakresie radioterapii onkologicznej.

Poniżej przedstawiamy zakres wymaganej wiedzy teoretycznej dotyczący stażu kierunkowego w zakresie onkologii klinicznej:

- właściwości farmakologiczne leków stosowanych w leczeniu nowotworów złośliwych – podstawy farmakokinetyki i farmakodynamiki,
- mechanizmy działania i podział leków stosowanych w chemio- i hormonoterapii nowotworów złośliwych oraz leczeniu wspomagającym,
- zasady prowadzenia systemowego leczenia przeciwnowotworowego,
- wskazania do systemowego leczenia uzupełniającego w ramach postępowania skojarzonego w poszczególnych nowotworach złośliwych układu moczowo-płciowego,
- wskazania do wyłącznego leczenia systemowego o założeniu radykalnym i paliatywnym nowotworów złośliwych układu moczowo-płciowego,
- znajomość działań niepożądanych leków stosowanych w leczeniu nowotworów oraz sposobów zapobiegania i leczenia wspomagającego.

Z kolei w ramach stażu kierunkowego w zakresie radioterapii onkologicznej adept urologii musi się wykazać znajomością następujących zagadnień:

- wskazania i przeciwwskazania do stosowania radioterapii stosowanej jako jedynej metody leczenia oraz w skojarzeniu w nowotworach urologicznych,
- zasady prowadzenia radioterapii,
- ocena działań niepożądanych radioterapii i metody zapobiegania oraz leczenia,
- ocena wyników radioterapii.

Problematyce onkologicznej jest również poświęcony obowiązkowy kurs specjalizacyjny „Onkologia urologiczna”, którego program przedstawia się następująco:

- zagadnienia ogólne,
- nowotwory górnych dróg moczowych,
- **rak pęcherza moczowego – rozpoznanie, ocena stopnia zaawansowania, leczenie radykalne, definitywne nadpęcherzowe odprowadzenie moczu, powierzchowne guzy pęcherza moczowego,**
- nowotwory jądra,
- rak prącia i cewki moczowej,
- guzy nerki,
- aspekty patomorfologiczne onkologii urologicznej,
- radioterapia w urologii onkologicznej,
- chemioterapia w urologii onkologicznej,
- rozpoznanie i ocena stopnia zaawansowania raka stercza,
- rak stercza – leczenie radykalne,
- rak stercza – leczenie paliatywne.

Lekarz, który ukończy szkolenie specjalizacyjne i otrzyma tytuł specjalisty w dziedzinie urologii, uzyska kwalifikacje umożliwiające między innymi samodzielne:

1. Określenie programu postępowania diagnostycznego, z uwzględnieniem diagnostyki różnicowej, umożliwiającego rozpoznanie przyczyn dolegliwości i objawów ze strony układu moczowego męskich narządów płciowych i wybranych chorób układu płciowego u kobiet oraz określenie i przeprowadzenie postępowania mającego na celu rozpoznanie nowotworów narządów układu moczowego i męskich narządów płciowych;
2. Ustalenie wskazań i przeciwwskazań do leczenia zarówno zachowawczego, jak i chirurgicznego;
3. Przeprowadzenie leczenia zachowawczego, w tym leczenia farmakologicznego chorób układu moczowo-płciowego oraz leczenia czynnościowego usprawniającego funkcję dolnych dróg moczowych, a także leczenia zabiegowego;
4. **Rozpoznanie i leczenie wszelkich chorób z dziedziny onkologii urologicznej, w tym także stanów przedrakowych i nowotworów łagodnych;**
5. Podjęcie i przeprowadzenie działań zapobiegających wystąpieniu (lub nawrotowi) chorób układu moczowo-płciowego cechujących się dużą częstością występowania oraz chorób o charakterze społecznym, w tym zwłaszcza **nowotworów narządów układu moczowego i męskich narządów płciowych**, łagodnego rozrostu i zapalenia stercza, zakażenia układu moczowego oraz kamicy moczowej.

4.1 Wprowadzenie nowych zasad egzaminowania w Polsce

Obecne zasady egzaminowania adeptów urologii zostały wprowadzone jesienią 1998 roku po kilku latach starań i negocjacji, niestrudzenie podejmowanych przez ówczesnego prezesa Polskiego Towarzystwa Urologicznego – prof. Andrzeja Borkowskiego oraz Jego następcę – prof. Andrzeja Borówkę – wówczas konsultanta krajowego w dziedzinie urologii.

U podłoża decyzji o zmianie zasad i form egzaminowania leżało głębokie przeświadczenie o konieczności podniesienia poziomu egzaminu specjalizacyjnego w Polsce tak, aby stał się on wiarygodnym narzędziem sprawdzającym rzeczywisty poziom wyszkolenia adeptów urologii. Rozpoczęto zatem poszukiwania wiarygodnego, a przy tym sprawdzonego systemu egzaminacyjnego i w efekcie pojawił się pomysł skorzystania z bogatych doświadczeń European Board of Urology (EBU).

Dogłębna analiza zagadnienia pozwoliła dostrzec niezaprzeczalne korzyści mogące płynąć z połączenia obu egzaminów: polskiego i europejskiego. Po pierwsze, połączenie to dawało szansę na wykorzystanie gotowych już, przygotowanych z najwyższą starannością przez wybitnych specjalistów europejskich zarówno testów pisemnych, jak i pytań o charakterze problemowym, wykorzystywanych w trakcie egzaminów ustnych. Po wtóre, EBU dysponowało doskonale opracowanym, wystandaryzowanym systemem oceniania. Wreszcie, w przypadku pomyślnego złożenia tego egzaminu, kandydat polski miałby możliwość uzyskania nie tylko tytułu specjalisty urologa, ale również prestiżowego tytułu Fellow of European Board of Urology (FEBU). We wrześniu 1995 roku, podczas Kongresu Naukowego PTU w Gdańsku, Walne Zgromadzenie Członków PTU opowiedziało się za wprowadzeniem zmian w systemie egzaminowania, wyposażając tym samym Zarząd Główny PTU w mandat do prowadzenia dalszych prac w omawianym zakresie.

W roku 1997 „egzamin europejski" został wprowadzony w Polsce jako „national exit examination" (obecnie Państwowy Egzamin Specjalizacyjny).

4.2 Format egzaminu specjalizacyjnego z urologii

Egzamin specjalizacyjny z urologii składa się z dwóch części: egzaminu pisemnego oraz ustnego.

Egzamin pisemny ma postać testu, złożonego ze 100 pytań opatrzonych czterema dystraktorami, z których tylko jeden jest prawidłowy (MCQs – Multiple Choice Questions). Pytania testowe są jednakowe dla wszystkich zdających we wszystkich krajach. Kandydaci z różnych krajów przystępują do sprawdzianu tego samego dnia o tej samej porze. Czas przeznaczony na udzielenie odpowiedzi wynosi 120 minut.

Pytania zawarte w teście pochodzą z banku pytań EBU. Proces kwalifikowania poszczególnych pytań jest kilkustopniowy i przebiega następująco: autorzy pytań, będący wybitnymi urologami z różnych krajów członkowskich EBU, zgłaszają swoje projekty pytań wraz z proponowanymi odpowiedziami do Komitetu Egzaminacyjnego EBU, który – po wstępnej ocenie dokonywanej każdorazowo przez jego przewodniczącego – przesyła je do pozostałych członków komitetu.

Członkowie komitetu dokonują wnikliwej oceny pytania, po czym odsyłają je wraz z komentarzem do Biura EBU. Kolejny etap weryfikacji pytań odbywa się podczas zebrań Komitetu Egzaminacyjnego EBU, organizowanych co pół roku. Wówczas następuje ostateczna decyzja o włączeniu pytania do banku pytań bądź jego odrzuceniu. Następnie zaaprobowane pytania są opracowywane pod względem językowym przez urologa, dla którego język angielski jest językiem macierzystym.

Celem egzaminu testowego jest szczegółowe sprawdzenie wiedzy z dziedziny urologii i dziedzin pokrewnych (np. urologia dziecięca, andrologia), przy czym pytania egzaminacyjne obejmują pełne spektrum wiedzy określonej w Regulaminie Studiów Specjalizacyjnych w urologii.

Udział pytań dotyczących poszczególnych dziedzin urologii zawartych w teście jest następujący (tabela 13):

Tabela 13. ► Procentowy udział poszczególnych dziedzin urologii w pisemnym egzaminie specjalizacyjnym

Źródło: Materiały własne opracowane przez Polskie Towarzystwo Urologiczne na podstawie danych zebranych w latach 2000–2018

Tematyka pytań	Odsetek pytań [%]
Urologia onkologiczna	25
Łagodny rozrost stercza	10
Kamica moczowa	10
Neurourologia	10
Nefrologia	10
Urazy narządów układu moczowo-płciowego	9
Zakażenie narządów układu moczowo-płciowego	6
Wady wrodzone	6
Historia	5
Wśród pytań dotyczących wymienionych grup tematycznych znajdują się pytania obejmujące: andrologię, anatomię, histologię i patomorfologię	

Egzamin ustny składa się z 3 pytań klinicznych. Przynajmniej jedno z nich dotyczy urologii onkologicznej. Podobnie jak to ma miejsce w przypadku egzaminu pisemnego, pytania przeznaczone na egzamin ustny są przygotowywane i wnikliwie analizowane przez Komitet Egzaminacyjny EBU (Task Force II). Członkowie komisji egzaminacyjnej, powoływani przez Dyrektora CEM, prezesa PTU oraz konsultanta krajowego w dziedzinie urologii, zyskują wiedzę na temat zawartości zestawu pytań w dniu egzaminu, podczas zebrania zorganizowanego przez przewodniczącego Komisji Egzaminacyjnej, którym jest konsultant krajowy w dziedzinie urologii.

Egzamin ustny odbywa się we wszystkich krajach w tym samym dniu. Również czas trwania egzaminu jest taki sam dla wszystkich kandydatów i wynosi 55 minut. Kandydat składa egzamin w obecności egzaminatora oraz obserwatora wytypowanego przez EBU i PTU.

Odpowiedzi udzielane przez kandydata są oceniane według jednakowych dla wszystkich zdających kryteriów zaakceptowanych na wcześniej wspomnianej konferencji.

Zdający powinien wykazać się umiejętnością zaplanowania postępowania diagnostycznego, ustalenia rozpoznania, patogenezy choroby, którą rozpoznał, znajomością sposobów leczenia odpowiednich dla omawianego przypadku klinicznego oraz umiejętnością wskazania metody najwłaściwszej i uzasadnienia dokonanego przez siebie wyboru, wreszcie – znajomością powikłań i sposobów ich opanowania. Po odbyciu egzaminu przez wszystkich zdających komisja egzaminacyjna zbiera się w pełnym składzie, aby omówić szczegółowo przebieg egzaminu w odniesieniu do każdego kandydata, po czym podejmuje ostateczną decyzję w sprawie wyniku egzaminu.

4.3 Finansowanie Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego w dziedzinie urologii

Przygotowanie egzaminu EBU jest dużym przedsięwzięciem intelektualnym (opracowanie projektów pytań testowych i klinicznych, krytyczna rewizja tych projektów dokonywana w łonie EBU EC Task force I lub Task force II z poczuciem szczególnej odpowiedzialności za jakość pytań, definitywna rewizja pytań na spotkaniu egzaminatorów bezpośrednio poprzedzającym egzamin ustny) i logistycznym (zapewnienie przez biuro EBU harmonijnej wymiany informacji między członkami Task force I i Task force II, co najmniej dwukrotne w ciągu roku spotkania członków Task force I i Task force II w celu ostatecznego opracowania pytań, a następnie przetłumaczenie pytań na język rodzimy, opracowanie statystyczne wyników egzaminu testowego oraz przygotowanie i wysłanie szczegółowych raportów z egzaminu testowego do poszczególnych kandydatów).

Wobec powyższego egzamin EBU musi generować niemałe koszty. Kandydaci przystępujący doń dobrowolnie (specjaliści urolodzy z krajów, w których EBU Examination nie ma charakteru narodowego egzaminu specjalizacyjnego) płacą za egzamin osobiście (niewykluczone, że uzyskują pełną lub częściową refundację od narodowych towarzystw urologicznych lub administracji ochrony zdrowia). Natomiast **koszty egzaminu EBU powstające w Polsce pokrywane są całkowicie przez Polskie Towarzystwo Urologiczne** (jako wyraz zainteresowania PTU zaoferowaniem adeptom urologii egzaminu na jak najwyższym poziomie i tym samym zapewnienia ochronie zdrowia w Polsce specjalistów jak najlepiej przygotowanych do pełnienia ich misji zawodowej). PTU wnosi wszelkie opłaty do EBU (niezależnie od rocznej składki członkowskiej – do 2009 roku 1800 euro, a w latach 2010 do chwili obecnej 2000 euro – warunkującej traktowanie PTU przez EBU jako pełnoprawnego członka). Początkowo – w okresie, w którym

Polska była jedynym krajem uznającym EBU Examination za narodowy egzamin specjalizacyjny – opłaty za egzamin pisemny i egzamin ustny wnoszone przez PTU do EBU były obniżone (rabat ok. 50%). Jednak od czasu przystąpienia Polski do Unii Europejskiej PTU musi płacić stawki w pełnym wymiarze. Do roku 2012 było to 300 euro za 1 kandydata przystępującego do egzaminu pisemnego oraz 100 za 1 kandydata przystępującego do egzaminu ustnego. Obecnie koszt egzaminu pisemnego wynosi 430 euro za osobę, zaś koszt egzaminu ustnego – 125 euro od osoby. Opłaty za kandydatów przystępujących do egzaminu pisemnego lub ustnego po raz kolejny (w razie niepowodzenia) są takie same jak opłaty pierwszorazowe.

Polskie Towarzystwo Urologiczne pokrywa ponadto koszty: wynajmu sal egzaminacyjnych (dotyczy egzaminu ustnego), zakwaterowania i wyżywienia egzaminatorów oraz hostess. Dodatkowo dwie osoby zapewniające sprawną obsługę administracyjną PES są zatrudnione w PTU w ramach umowy o pracę w pełnym wymiarze godzin.

Podkreślić przy tym należy, że tłumaczenie pytań testowych i klinicznych oraz merytoryczne przygotowanie i przeprowadzenie narady egzaminatorów przed egzaminem ustnym wykonywane są bez wynagrodzenia. Podobnie, wszyscy egzaminatorzy pracują bez wynagrodzenia.

Obecnie liczba specjalistów urologów posiadających tytuł FEBU wynosi 692. W listopadzie 2018 r. do egzaminu pisemnego zamierza przystąpić prawie 60 kandydatów.

5. Zalecenia Europejskiego Towarzystwa Urologicznego w zakresie diagnostyki i leczenia raka pęcherza moczowego (na postawie EAU Guidelines 2018)

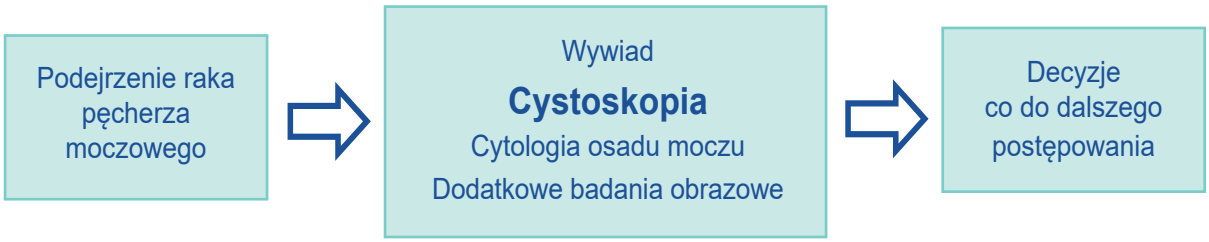
Rak pęcherza moczowego jest jednym z najczęściej występujących nowotworów urologicznych. Oprócz stosowanej powszechnie klasyfikacji TNM, w codziennej praktyce klinicznej jest on również klasyfikowany jako rak nienaciekający lub naciekający błonę mięśniową, z uwagi na odmienne postępowanie w obu przedstawionych wariantach.

5.1 Rak pęcherza moczowego nienaciekający błony mięśniowej

Rak pęcherza moczowego nienaciekający błony mięśniowej (Non-Muscle Invasive Bladder Cancer, NMIBC), według klasyfikacji TNM, odpowiada stadium zaawansowania Ta, T1 lub CIS (*carcinoma in situ)*.

5.1.1 Diagnostyka

Prawidłowa diagnostyka opiera się na dokładnym zebraniu wywiadu, cystoskopii, cytologii osadu moczu oraz ewentualnych dodatkowych badaniach obrazowych (tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny, ultrasonografia). Zgodnie z wytycznymi Europejskiego Towarzystwa Urologicznego (EAU) najważniejszym elementem prawidłowej ścieżki diagnostycznej jest **cystoskopia wykonywana przez lekarza urologa i zalecana w każdym przypadku podejrzenia raka pęcherza moczowego.** Wytyczne EAU podkreślają, że **cystoskopia nie może być zastąpiona żadną inną metodą diagnostyczną.**

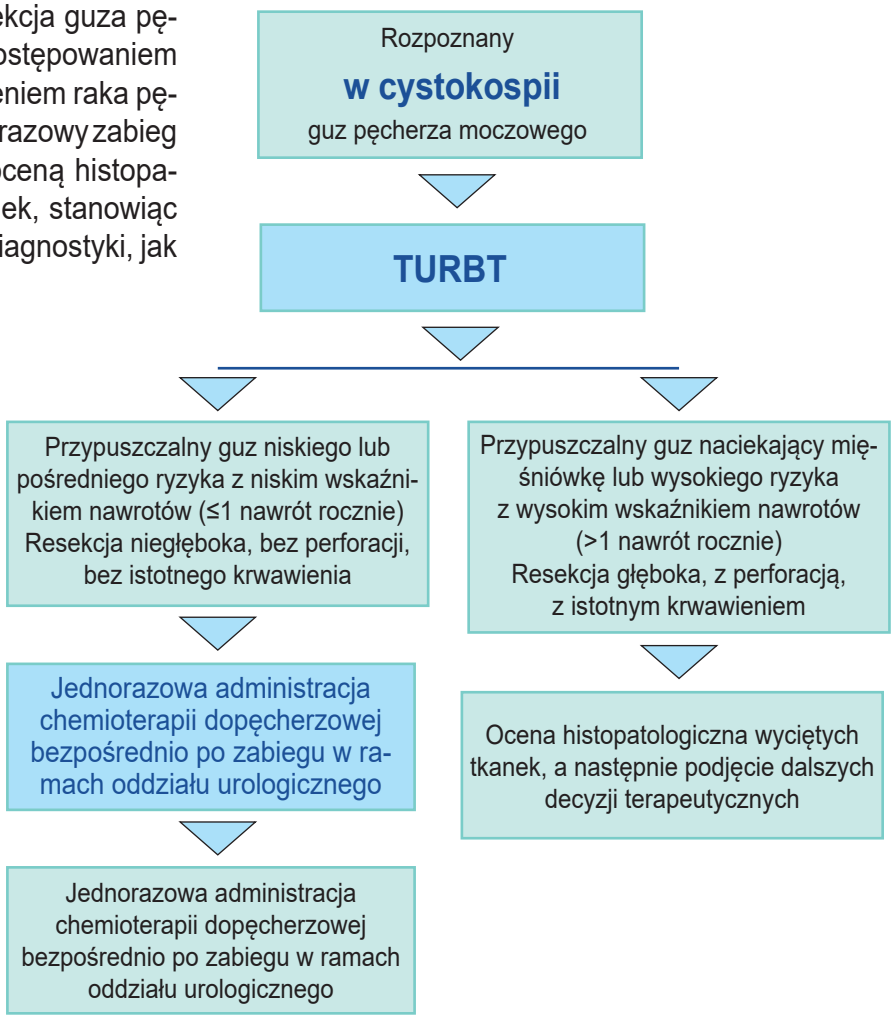


Uwidocznione w pęcherzu moczowym podczas cystoskopii zmiany egzofityczne wymagają dalszej diagnostyki oraz jednoczasowego leczenia (etap wstępny) w postaci przezcewkowej elektroresekcji guzów pęcherza moczowego (ang. transurethral resection of bladder tumor, TURBT). Zmiany te, o ile nie naciekają mięśniówki, odpowiadają stadiom Ta lub T1 według klasyfikacji TNM.

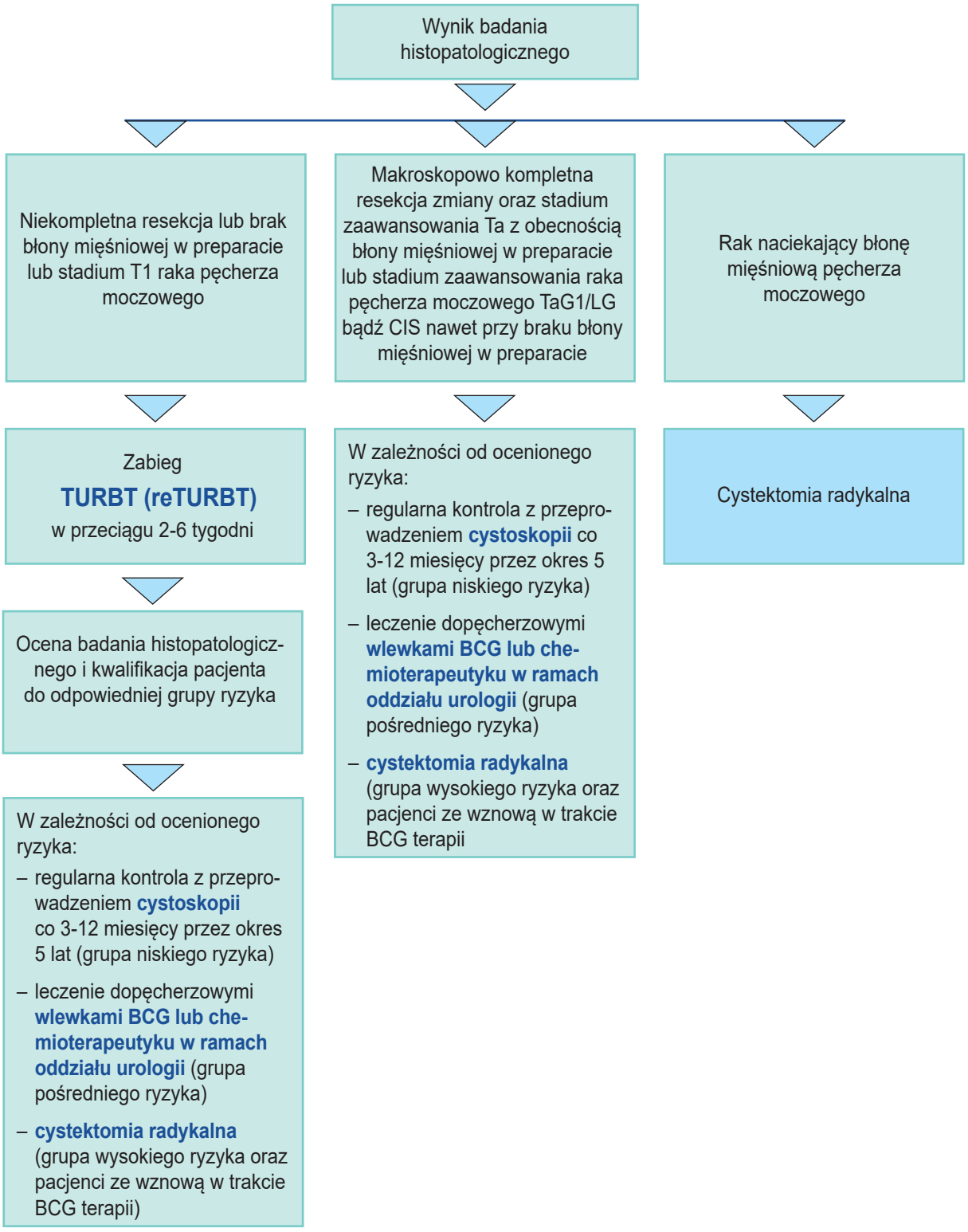
W przypadku podejrzenia raka *in situ*, które opiera się na wynikach badania cystoskopowego, cytologii osadu moczu oraz biopsji pęcherza moczowego, dodatkowe leczenie również jest konieczne.

5.1.2 Przezcewkowa elektroresekcja guza pęcherza moczowego (TURBT)

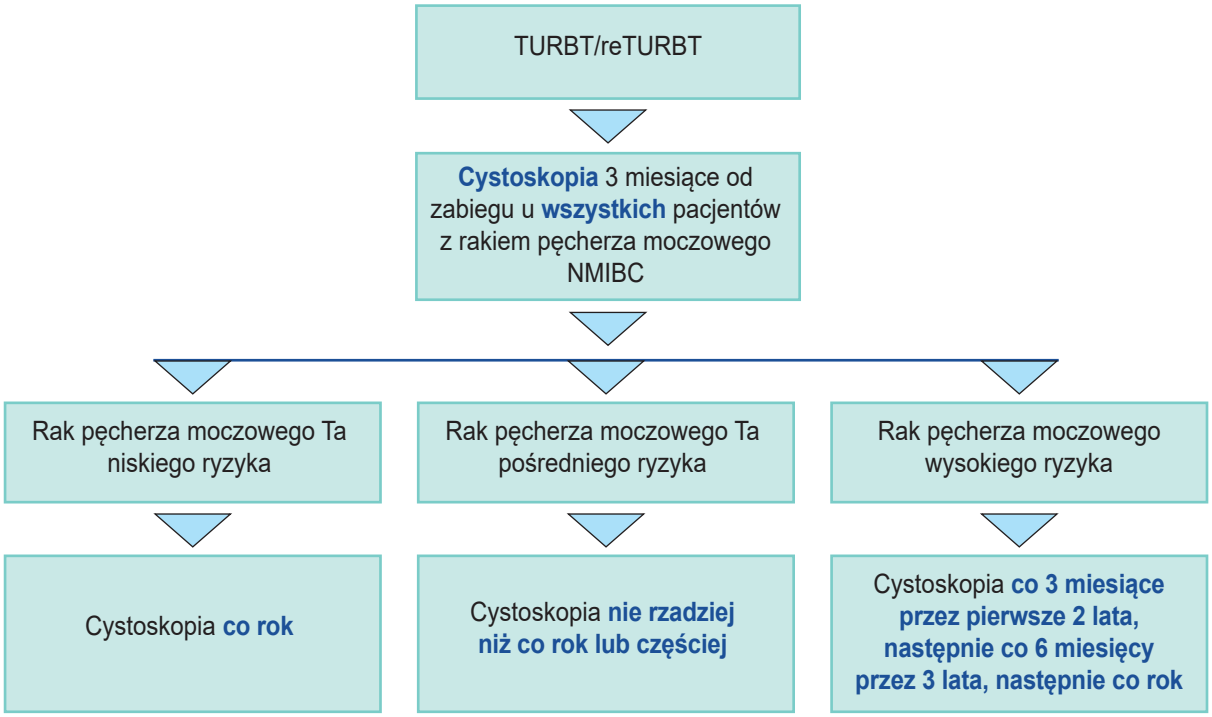
Przezcewkowa elektroresekcja guza pęcherza moczowego jest postępowaniem z wyboru u osób z podejrzeniem raka pęcherza moczowego. Każdorazowy zabieg TURBT połączony jest z oceną histopatologiczną usuniętych tkanek, stanowiąc w ten sposób dalszy ciąg diagnostyki, jak i wstępny etap leczenia.



Uzyskanie wyniku badania histopatologicznego jest niezbędne do podjęcia dalszych decyzji dotyczących leczenia pacjentów. Decyzje te podejmowane są przez lekarza urologa.



Podstawową metodą monitorowania pooperacyjnego pacjentów chorych na raka pęcherza moczowego NMIBC jest cystoskopia wykonywana przez lekarza urologa. Zgodnie z wytycznymi EAU, żadne inne badanie diagnostyczne lub procedura diagnostyczna nie może zastąpić badania cystoskopowego. Pacjenci z grupy wysokiego ryzyka powinni dodatkowo być monitorowani z wykorzystaniem cytologii osadu moczu oraz badań obrazowych górnych dróg moczowych (tomografia komputerowa).



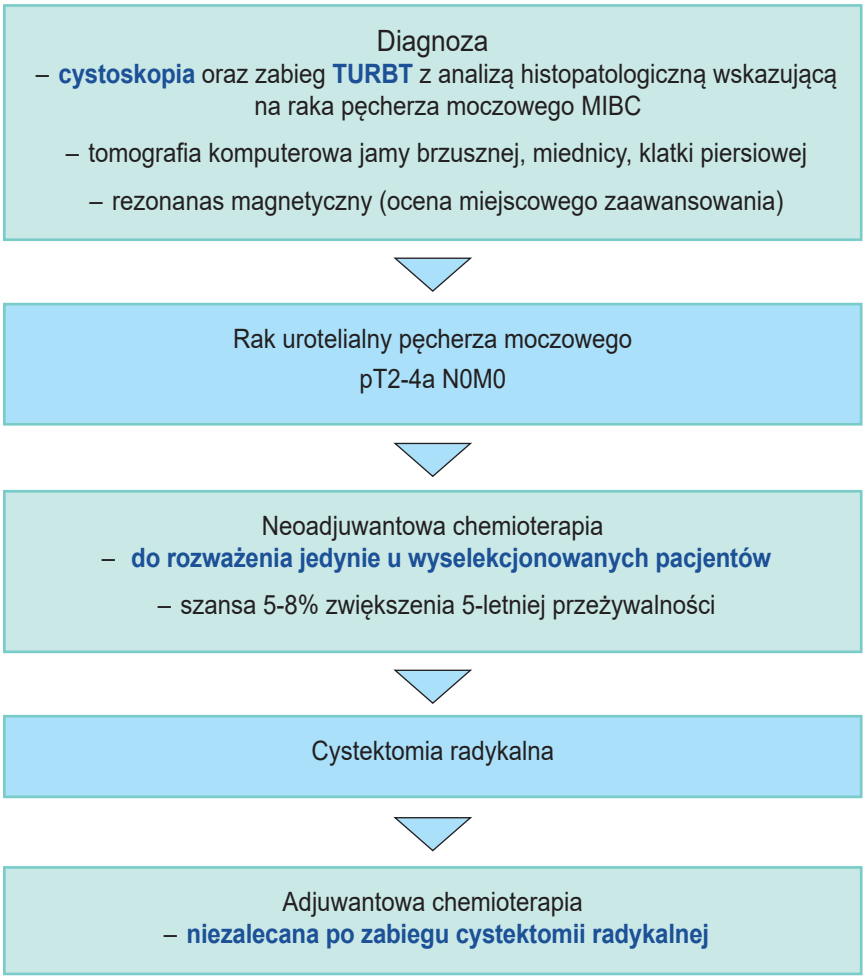
5.2 Rak pęcherza moczowego naciekający błonę mięśniową

Rak pęcherza moczowego naciekający błonę mięśniową (ang. Muscle Invasive Bladder Cancer, MIBC), według klasyfikacji TNM, odpowiada stadium zaawansowania co najmniej T2.

5.2.1 Diagnostyka oraz leczenie

Prawidłowa diagnostyka, podobnie jak w przypadku raka NMIBC, opiera się na dokładnym zebraniu wywiadu, cystoskopii, cytologii osadu moczu, badaniach obrazowych (tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny) oraz wyniku badania histopatologicznego materiału uzyskanego podczas zabiegu TURBT. Zgodnie z wytycznymi Europejskiego Towarzystwa Urologicznego (EAU) cystektomia radykalna stanowi najważniejszą i najbardziej skuteczną metodę leczenia raka pęcherza moczowego naciekającego błonę mięśniową (T2-T4a N0M0). Może być ona jedynie wspomagana, a nie zastąpiona, przez chemioterapię lub w mniejszym stopniu przez radioterapię. Chemioterapia lub radioterapia jako jedyne opcje leczenia mogą być jedynie rozważone u pacjentów bezwzględnie niekwalifikujących się do leczenia zabiegowego. Cystektomia radykalna powinna zostać również rozważona u pacjentów z rakiem pęcherza moczowego nienaciekającego błony mięśniowej, ale o wysokim ryzyku. Oczekiwanie na zabieg cystektomii

radykalnej nie powinno przekraczać 3 miesięcy, gdyż dłuższe oczekiwanie istotnie zwiększa ryzyko progresji oraz śmiertelności. Cystektomia radyklana może być również traktowana jako zabieg paliatywny u ściśle wybranych pacjentów ze stadium zaawansowania T4b.



6. Zmiany w organizacji opieki nad pacjentem chorym na raka pęcherza moczowego w kontekście raportów Najwyższej Izby Kontroli

W marcu 2018 roku Najwyższa Izba Kontroli opublikowała informację o wynikach kontroli pod nazwą „Dostępność i efekty leczenia nowotworów" (www.nik.gov.pl).

W raporcie Najwyższa Izba Kontroli stwierdziła, że nie udało się osiągnąć żadnego z głównych celów Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych. Nie zahamowano wzrostu zachorowań na nowotwory, a wartości wskaźników skuteczności leczenia w Polsce są gorsze od średnich w krajach Unii Europejskiej.

Według NIK wynika to z szeregu czynników, a w szczególności z „(….):

1. Niskiej świadomości społecznej przyczyn kancerogenezy, co skutkuje m.in. ograniczoną liczbą uprawnionych, korzystających z badań profilaktycznych, w tym przesiewowych. W konsekwencji wykrycie nowotworu ma miejsce w późnym jego stadium, co negatywnie wpływa na wyniki leczenia;

2. Złej organizacji systemu ochrony zdrowia, która nie zapewnia wczesnego wykrycia choroby; ustalenia kontroli NIK wskazują na niewykonywanie przez większość lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej podstawowych zadań z zakresu profilaktyki onkologicznej, a w szczególności badań profilaktycznych czy nauki samokontroli pacjenta. Jedną z przyczyn tego stanu są m.in. niewystarczające zasoby kadrowe systemu ochrony zdrowia, w tym lekarzy POZ, którzy obejmując opieką nawet kilka tysięcy uprawnionych, nie są w stanie rzetelnie wykonywać swoich obowiązków w tym zakresie. Ich pomoc ma najczęściej charakter doraźny;

3. Pogarszającego się dostępu do świadczeń, w tym badań diagnostycznych;

4. Braku ośrodków referencyjnych specjalizujących się w leczeniu określonych typów nowotworów. W 2012 r. leczeniem onkologicznym zajmowało się aż 806 szpitali, spośród których 98 udzielało świadczeń dla 80% pacjentów. (…) Z kolei tylko połowa ośrodków wykonująca zabiegi z zakresu chirurgii radykalnej dysponowała zakładem patomorfologicznym. Nie wszystkie podmioty lecznicze wykonywały również zalecane przez towarzystwa naukowe badania diagnostyczne. W efekcie ograniczało to możliwości wyboru metod leczenia;

5. Braku koordynacji leczenia i niezapewnienia jego ciągłości. Jedynie niewielka cześć świadczeniodawców z uwagi na skalę potrzebnych nakładów inwestycyjnych jest w stanie zapewnić w miejscu udzielania świadczeń szerokie spectrum badań diagnostycznych;

6. Niesprawnego systemu obiegu informacji, który nie gwarantuje lekarzowi dostępu do informacji o stanie zdrowia pacjenta. Pomimo prób budowy od 1992 r. systemów informatycznych, funkcjonowania szeregu rejestrów medycznych, a nawet uchwalenia specjalnej ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia, w praktyce lekarz posiada taką wiedzę o pacjencie, jaka wynika z uzyskanego wywiadu lub przyniesionej przez niego dokumentacji medycznej;

7. Ograniczonych i nieadekwatnie do potrzeb rozmieszczonych zasobów systemu ochrony zdrowia, w szczególności kadr medycznych, jak również specjalistycznego sprzętu. Dodatkowym czynnikiem, negatywnie wpływającym na wyniki leczenia onkologicznego, jest ograniczony dostęp do nowoczesnych technologii”.

Najwyższa Izba Kontroli w 2017 r. oceniła, że system leczenia chorób nowotworowych był rozproszony i nie zapewniał pacjentom kompleksowego leczenia. Próby zmiany tego stanu poprzez wdrożenie pakietu onkologicznego skupiły się przede wszystkim na przyspieszeniu etapu diagnostycznego i nie wprowadziły istotnych zmian w leczeniu chorób nowotworowych. Były to rozwiązania fragmentaryczne i między innymi nie objęły rehabilitacji onkologicznej i opieki paliatywnej.

W raporcie NIK wskazano także na konieczność zapewnienia kompleksowości i jakości leczenia onkologicznego poprzez zmianę organizacji opieki zdrowotnej, którego kluczowym elementem

jest tworzenie w zakresie leczenia chirurgicznego specjalistycznych ośrodków leczących określone typy nowotworów.

„Centralizacja specjalistycznego leczenia chirurgicznego powinna nastąpić poprzez tworzenie i kontraktowanie jednostek szpitalnych mogących leczyć w ciągu roku odpowiednią liczbę (co najmniej 60 operacji rocznie) pacjentów z danymi rodzajami nowotworów (nowotwory piersi, przewodu pokarmowego, ginekologiczne, urologiczne). (…) Rozproszenie ośrodków zajmujących się chirurgią onkologiczną negatywnie wpływa na jakość leczenia.

Najwyższa Izba Kontroli w 2017 r. wskazała na niską jakość takiego leczenia, skutkującą m.in. zwiększoną śmiertelnością pooperacyjną pacjentów w podmiotach, które nie miały dużego doświadczenia w wykonywaniu takich zabiegów. Zasadnym wydaje się zatem powołanie ośrodków specjalizujących się w leczeniu określonych typów nowotworów złośliwych w celu poprawy wyników leczenia”.

Odmienne stanowisko natomiast prezentuje NIK w zakresie chemioterapii, proponując między innymi zagwarantowanie możliwości tworzenia nowych ośrodków chemioterapii w jednostkach posiadających onkologiczne oddziały zabiegowe:

„Decentralizacja chemioterapii pozwoli na zwiększenie liczby procedur terapeutycznych realizowanych w warunkach ambulatoryjnych. W regionach należy zwiększyć liczbę ośrodków z kontraktami na leczenie ambulatoryjne, a chemioterapia stacjonarna powinna zostać zagwarantowana w jednostkach, w których znajdują się zakład radioterapii oraz onkologiczne oddziały zabiegowe”.

Decentralizacja świadczeń została także zaproponowana przez NIK w zakresie radioterapii:

„Stopniowa decentralizacja radioterapii – zakłady radioterapii powinny powstawać w miejscach, w których istnieje możliwość stworzenia wielodyscyplinarnego ośrodka onkologicznego z rozwiniętą na odpowiednim poziomie chirurgią onkologiczną oraz chemioterapią. Optymalną zarówno pod względem ekonomicznym, jak i organizacyjnym formułę tworzenia nowych jednostek zajmujących się radioterapią stanowi budowa regionalnych filii. Dodatkowo korzystanie z radioterapii jest uzależnione od odległości miejsca zamieszkania pacjenta do ośrodka dysponującego akceleratorem – im większa odległość, tym mniej osób korzysta z takiego leczenia, a ponadto może to także powodować nacisk na stosowanie hospitalizacji, co skutkuje koniecznością ponoszenia dodatkowych kosztów.

Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę, że działania związane z decentralizacją chemio- i radioterapii powinny być prowadzone przy zapewnieniu odpowiedniego nadzoru nad jakością udzielanych świadczeń”.

Biorąc pod uwagę powyższy dokument Najwyższej Izby Kontroli, optymalny model leczenia pacjentów z nowotworem pęcherza moczowego powinien opierać się na następujących elementach:

1. Powinny zostać utworzone ośrodki referencyjne specjalizujące się w zabiegowym leczeniu nowotworu pęcherza moczowego;
2. Powinna nastąpić centralizacja specjalistycznego leczenia urologicznego w leczeniu

operacyjnym nowotworu pęcherza moczowego poprzez tworzenie i kontraktowanie jednostek szpitalnych mogących leczyć w ciągu roku odpowiednią liczbę pacjentów (co najmniej 60 operacji rocznie);

3. Należy zagwarantować utworzenie nowych ośrodków chemioterapii w zabiegowych ośrodkach referencyjnych leczących nowotwór pęcherza moczowego;
4. Należy stopniowo decentralizować świadczenia z radioterapii i tworzyć nowe zakłady radioterapii w wielodyscyplinarnych ośrodkach leczenia nowotworu pęcherza moczowego z rozwiniętą na odpowiednim poziomie chirurgią onkologiczną oraz chemioterapią;
5. Należy zapewnić pacjentom z nowotworem pęcherza moczowego dostęp do kompleksowego leczenia obejmującego pełną diagnostykę, dostęp do leczenia w warunkach szpitalnych oraz rehabilitację onkologiczną i w niektórych przypadkach opiekę paliatywną.

7. Kompleksowa opieka nad pacjentem chorym na nowotwór pęcherza moczowego (KOS – NPM) – projekt programu pilotażowego

W 2017 roku Narodowy Fundusz Zdrowia opracował odrębną regulację dotyczącą świadczeń kompleksowych, w ramach których świadczeniodawcy realizują i rozliczają poszczególne świadczenia wykonane u pojedynczego pacjenta, dotychczas obejmujące wiele procedur medycznych w ramach wielu umów.

Świadczenia kompleksowe, zgodnie z zapisami ustawy z dnia 23 marca 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, znajdują się w wykazie świadczeń opieki zdrowotnej wymagających ustalenia odrębnego sposobu finansowania.

Oznacza to, że te świadczenia będą miały zapewnione wyodrębnione finansowanie w ramach oddzielnych umów zawieranych przez NFZ ze świadczeniodawcami i nie będą finansowane w ramach ryczałtu szpitalnego.

W dniu 29 maja 2017 roku opublikowano Zarządzenie 38/2017/DSOZ Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne – świadczenia kompleksowe. Zarządzenie to dotyczy wprowadzenia nowego świadczenia, jakim jest kompleksowa opieka nad pacjentem po przebytym zawale mięśnia sercowego (KOS – zawał).

Wszystkie następne świadczenia kompleksowe będą sprawozdawane, rozliczane i finansowane zgodnie z regulacjami zawartymi w tym zarządzeniu.

W przypadku realizacji projektu dotyczącego pacjentów chorych na nowotwór pęcherza moczowego nowe świadczenie powinno przyjąć zbliżoną nazwę, np.: „Kompleksowa Opieka Specjalistyczna nad Pacjentem Chorym na Nowotwór Pęcherza Moczowego (KOS – NPM)”. Zarządzenie wprowadza definicję dotyczącą nowych świadczeń.

Kompleksowe świadczenia to zakres świadczeń, w ramach którego realizowana i finansowana jest kompleksowa opieka nad pacjentem, skoordynowana przez jeden ośrodek – podmiot koordynujący, obejmująca postępowanie diagnostyczno-terapeutyczne, specjalistyczne świadczenia ambulatoryjne oraz – w zależności od wskazań medycznych – różne formy rehabilitacji.

Podstawą finansowania ma być ryczałt definiowany jako uśredniona kwota przeznaczona na sfinansowanie określonych procedur medycznych.

W ramach świadczenia realizowane są zarówno świadczenia z zakresu leczenia szpitalnego, w szczególności procedury zabiegowe, jak i porady specjalistyczne, badania diagnostyczne i inne świadczenia konieczne do zapewnienia optymalnego postępowania terapeutycznego.

Koordynatorem leczenia, wybranym w postępowaniu konkursowym ogłoszonym przez NFZ, powinien być oddział urologii z poradnią przyszpitalną.

Wartość poszczególnych procedur realizowanych w ramach świadczenia powinna być zgodna z ich aktualną wyceną zawartą w katalogach dotyczących świadczeń z zakresu leczenia szpitalnego i ambulatoryjnego.

Kluczowym elementem, związanym z określeniem wysokości ryczałtu, będzie dokonanie szczegółowych analiz opartych zarówno na rzeczywistych danych związanych z obecnymi kosztami świadczeń realizowanych dla pacjentów chorych na nowotwór pęcherza moczowego, jak i wytycznych w zakresie postępowania terapeutycznego opracowanych przez Polskie Towarzystwo Urologiczne.

Ośrodek koordynujący kwalifikuje pacjentów do leczenia w ramach kompleksowego świadczenia w trakcie porady obejmującej również opracowanie całościowego planu leczenia.

W przypadku świadczeń kompleksowych NFZ przewiduje wprowadzenie współczynników jakościowych uzależniających możliwość zwiększenia wartości sfinansowanych świadczeń od uzyskanych efektów leczenia. Premia będzie wypłacana świadczeniodawcy, jeżeli czynnemu zawodowo pacjentowi w ciągu 12 miesięcy od wdrożenia programu leczenia nie zostanie wypisane zaświadczenie o czasowej niezdolności do pracy z powodu choroby nowotworowej.

Istotnym elementem świadczeń kompleksowych jest także ich monitorowanie, możliwe dzięki wprowadzeniu obowiązku sprawozdawania danych do odpowiedniego Krajowego Rejestru Raka Pęcherza Moczowego. W związku z powyższym należy założyć konieczność wprowadzenia nowego rejestru medycznego. Projekt takiego rejestru zaprezentowano w niniejszym raporcie.

Do zalet powyższego modelu można zaliczyć następujące elementy:

- kompleksowe świadczenia dla pacjenta chorego na nowotwór pęcherza moczowego są realizowane u jednego świadczeniodawcy,
- zapewnienie wysokiej jakości świadczeń, w szczególności z zakresu urologii, opisanych wieloma parametrami dotyczącymi warunków udzielania świadczeń,
- wprowadzenie rozwiązań premiujących wysoką jakość leczenia,
- utworzenie Krajowego Rejestru Raka Pęcherza Moczowego,
- wprowadzenie planu leczenia jako optymalnego elementu zarządzania chorobą,
- brak ryzyk związanych z wykonywaniem i rozliczaniem świadczeń w ramach ryczałtu ogólnoszpitalnego,
- monitorowanie efektów programu i możliwość przeprowadzenia szybkiej ewaluacji,

- realizowanie świadczeń zgodnie z nowymi rozwiązaniami opracowanymi i preferowanymi przez NFZ,
- zwiększenie dostępności do leczenia dla pacjentów chorych na nowotwór pęcherza moczowego w Polsce,
- możliwość porównania efektów leczenia w poszczególnych ośrodkach.

Z kolei wady powyższego modelu to:

- konieczność przeprowadzenia przez NFZ nowych postępowań konkursowych w celu dokonania wyboru świadczeniodawców,
- konieczność zapewnienia dodatkowego finansowania świadczeń przez NFZ,
- brak możliwości realizacji koordynowanej opieki w oddziałach i poradniach niespełniających wysokich wymogów jakościowych,
- bariery w dostępie do leczenia związane z dużą odległością pomiędzy ośrodkiem realizującym program a miejscem zamieszkania pacjenta,
- konieczność dokonania zmian w organizacji udzielania świadczeń w oddziałach i poradniach urologicznych realizujących to świadczenie.

Najważniejszym celem kompleksowej opieki nad pacjentem dotkniętym nowotworem pęcherza moczowego jest zapewnienie koordynacji leczenia pacjenta, u którego wykonano zabieg operacyjnego leczenia nowotworu pęcherza moczowego, mającej zapewnić właściwe postępowanie terapeutyczne oraz obniżyć śmiertelność szpitalną i poszpitalną. Wczesna rehabilitacja i urologiczna opieka specjalistyczna w okresie 12 miesięcy od rozpoczęcia realizacji świadczenia ma poprawić jakość opieki nad pacjentem oraz zapewnić właściwą kontrolę czynników ryzyka, co może pozytywnie wpłynąć na obniżenie odsetka śmiertelności odległej, jak również ma na celu przywrócenie zdolności do pracy osobom, które w następstwie choroby są zagrożone długotrwałą niezdolnością do pracy i jednocześnie rokują odzyskanie tej zdolności po przeprowadzeniu rehabilitacji.

Do objęcia opieką kompleksową zakwalifikowani zostaną pacjenci chorzy na **nowotwór pęcherza moczowego** według rozpoznań ICD-10: C67 Nowotwór złośliwy pęcherza moczowego. Nienaciekający nowotwór pęcherza moczowego o dużym stopniu złośliwości nmib c Ta / T1 HG +/ - CIS - NMIBC, o stopniu zaawansowania mib w stopniu >= T2 Nx M0 - MIBC.

Kompleksowa Opieka nad Pacjentem Chorym na Nowotwór Pęcherza Moczowego powinna obejmować w szczególności wykonanie procedur JGP (L21 – Kompleksowe zabiegi pęcherza moczowego z wytworzeniem przetoki lub L22 – Duże otwarte zabiegi na pęcherzu moczowym, w tym plastyka, lub L26 – Średnie zabiegi endoskopowe na pęcherzu moczowym) oraz ambulatoryjną opiekę specjalistyczną i rehabilitację w okresie 12 miesięcy od rozpoczęcia realizacji świadczenia.

W ramach opieki kompleksowej pacjent będzie miał zapewnioną:

1. Koordynację leczenia obejmującą wykonanie ww. procedury zabiegowej oraz zapewniającą dostępność do ewentualnego leczenia w ramach radioterapii i/lub chemioterapię;
2. Rehabilitację leczniczą;

3. Urologiczną opiekę specjalistyczną, obejmującą realizację badań diagnostycznych i kontrolę stanu zdrowia pacjenta.

Kompleksowa opieka skoordynowana przez jeden ośrodek – podmiot koordynujący, powinna być realizowana w różnych komórkach organizacyjnych (podmiotach), zgodnie ze schematem organizacyjnym realizacji kompleksowej opieki opracowanym przez podmiot koordynujący.

Podmiotem koordynującym będzie szpital posiadający w swojej strukturze oddział urologiczny oraz dysponujący infrastrukturą konieczną do realizacji świadczeń w ramach opieki kompleksowej, tj. przyszpitalną poradnią urologiczną.

Wszystkie działania związane z opieką nad pacjentem w ramach hospitalizacji oraz w okresie 12 miesięcy od rozpoczęcia świadczenia organizuje i nadzoruje podmiot koordynujący, który:

1. Prowadzi diagnostykę, w tym endoskopową, przeprowadza leczenie zachowawcze i zabiegowe zgodnie z indywidualnymi potrzebami pacjenta, przy uwzględnieniu świadczeń wchodzących w zakres opieki kompleksowej;
2. Opracowuje indywidualny plan leczenia pacjenta, obejmujący informacje na temat zaplanowanych rodzajów leczenia, ich kolejności, orientacyjnych terminów oraz świadczeniodawców (ich lokalizacji), u których to leczenie będzie prowadzone. W przypadkach uzasadnionych stanem zdrowia pacjenta dokonuje też zmiany planu leczenia pacjenta;
3. Koordynuje czynności związane z zapewnieniem konsultacji specjalistycznych koniecznych w procesie opieki;
4. Zapewnia leczenie zabiegowe zgodnie ze stanem klinicznym pacjenta;
5. Zapewnia odpowiednią rehabilitację zgodnie ze stanem pacjenta oraz edukację dotyczącą stylu życia i czynników ryzyka;
6. Zapewnia/koordynuje ambulatoryjną specjalistyczną opiekę urologiczną;
7. Zapewnia możliwość 24-godzinnego kontaktu (w ramach oddziału urologicznego), zgodnie ze schematem organizacyjnym realizacji KOS – NPM;
8. Odpowiada za prowadzenie dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami;
9. Prowadzi sprawozdawczość z wykonanych świadczeń z zakresu diagnostyki i terapii do Krajowego Rejestru Raka Pęcherza Moczowego – po ewentualnym utworzeniu rejestru w drodze rozporządzenia Ministra Zdrowia;
10. W przypadku gdy po przeprowadzonej diagnostyce pacjent nie kwalifikuje się do objęcia go opieką w ramach KOS – NPM, odnotowuje ten fakt w historii choroby oraz niezwłocznie w systemie informatycznym przeznaczonym do monitorowania KOS – NPM, po jego udostępnieniu przez NFZ;
11. Po zakończeniu udzielania świadczenia w ramach KOS – NPM przekaże informacje lekarzowi POZ/AOS o świadczeniach zalecanych pacjentowi.

Opieka nad pacjentem, mająca na celu zapewnienie kompleksowości i ciągłości w optymalnym z punktu widzenia klinicznego czasie, składa się z następujących modułów postępowania realizowanych zgodnie z potrzebami klinicznymi pacjentów:

I Moduł – leczenie zabiegowe obejmuje:

1. Hospitalizację pacjenta w celu przygotowania go do leczenia zabiegowego i realizację następujących procedur:

   L21 – Kompleksowe zabiegi pęcherza moczowego z wytworzeniem przetoki;

   L22 – Duże otwarte zabiegi na pęcherzu moczowym, w tym plastyka;

   L26 – Średnie zabiegi endoskopowe na pęcherzu moczowym.

2. Ustalony w trakcie hospitalizacji przez lekarza urologa, wspólnie z lekarzem rehabilitacji medycznej, indywidualny plan leczenia pacjenta uwzględniający w szczególności ewentualne leczenie z zakresu radioterapii i chemioterapii oraz odpowiednią rehabilitację i wizyty w poradni urologicznej. Plan leczenia należy załączyć do dokumentacji medycznej pacjenta.

3. Wizytę koordynującą (kontrolną) w celu oceny stanu zdrowia pacjenta i dokonania ewentualnej modyfikacji planu leczenia pacjenta.

II Moduł – rehabilitacja obejmuje:

1. Rehabilitację onkologiczną i ogólnoustrojową realizowaną według indywidualnego planu rehabilitacyjnego w warunkach ośrodka lub oddziału dziennego.

III Moduł – urologiczna opieka specjalistyczna obejmuje:

1. Specjalistyczną opiekę urologiczną, w okresie 12 miesięcy od rozpoczęcia realizacji świadczenia, w ramach której pacjent powinien mieć możliwość uzyskania porady we wszystkie dni tygodnia, jeżeli wynika to z indywidualnego planu opieki, z zachowaniem możliwości dostępu do świadczeń opieki medycznej w oddziale szpitalnym o profilu urologicznym, 24 godziny na dobę w przypadku wskazań medycznych oraz uzyskania badań diagnostycznych;
2. Co najmniej 6 porad specjalistycznych.

Istniejące wytyczne postępowania medycznego

Zgodnie z aktualnymi wytycznymi Polskiego Towarzystwa Urologicznego (PTU) dotyczącymi postępowania z chorymi na nowotwór złośliwy pęcherza moczowego.

Parametry jakościowe do oceny udzielania świadczeń

Monitorowanie i ewaluacja programu opieki kompleksowej nad pacjentem chorym na nowotwór pęcherza moczowego będzie obejmowała zarówno wskaźniki dotyczące jakości opieki na poziomie ośrodka realizującego program opieki kompleksowej, jak i wskaźniki dotyczące efektów leczenia.

Podmiot koordynujący zobowiązany jest do obligatoryjnego sprawozdawania do Krajowego Rejestru Raka Pęcherza Moczowego danych dotyczących wyjściowej hospitalizacji po 12 miesiącach realizacji KOS – NPM.

Dane umożliwiające określenie następujących wskaźników:

– odsetek pacjentów, którzy ukończyli rehabilitację oraz powody rezygnacji z rehabilitacji [%];

– śmiertelność w ciągu 30 dni od pierwszego dnia hospitalizacji;

– śmiertelność w ciągu 360 dni od pierwszego dnia hospitalizacji;

– odsetek pacjentów, u których wystąpiło zakażenie wewnątrzszpitalne;

– odsetek pacjentów, u których wykonano reoperację z powodu powikłań.

8. Krajowy Rejestr Raka Pęcherza Moczowego

Zagadnienia dotyczące tworzenia rejestrów medycznych zostały szczegółowo uregulowane w ustawie z dnia 20 lipca 2017 r. o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz niektórych innych ustaw.

Według definicji zawartej w ustawie rejestr medyczny to tworzony zgodnie z prawem rejestr, ewidencja, lista, spis albo inny uporządkowany zbiór danych osobowych, jednostkowych danych medycznych lub danych niebędących danymi osobowymi, służący do realizacji zadań publicznych, prowadzony przez podmiot funkcjonujący w systemie ochrony zdrowia.

Minister właściwy do spraw zdrowia w celu:

- monitorowania zapotrzebowania na świadczenia opieki zdrowotnej,
- monitorowania stanu zdrowia usługobiorców,
- prowadzenia profilaktyki zdrowotnej lub realizacji programów zdrowotnych albo programów polityki zdrowotnej,
- monitorowania i oceny bezpieczeństwa, skuteczności, jakości i efektywności kosztowej badań diagnostycznych lub procedur medycznych

może tworzyć i prowadzić albo tworzyć i zlecać prowadzenie rejestrów medycznych, stanowiących uporządkowany zbiór danych osobowych, w tym jednostkowych danych medycznych.

Utworzenie rejestru medycznego może nastąpić na wniosek podmiotów wykonujących działalność leczniczą, Narodowego Funduszu Zdrowia albo innych jednostek podległych lub nadzorowanych przez ministra właściwego do spraw zdrowia.

Utworzenie rejestru medycznego powinno być poprzedzone analizą potrzeb jego utworzenia i obejmuje między innymi: zdefiniowanie problemu i weryfikację potrzeby utworzenia rejestru, spodziewane efekty i korzyści wynikające z wdrożenia rejestru, uzasadnienie konieczności sfinansowania lub dofinansowania rejestru przez ministra właściwego do spraw zdrowia, ocenę przydatności rejestru i możliwości jego wykorzystania w przyszłości oraz dalszego prowadzenia tego rejestru, a także wskaźniki monitorowania oczekiwanych efektów wdrożenia rejestru.

Tworzenie rejestrów medycznych następuje w drodze rozporządzenia. W rozporządzeniu minister właściwy do spraw zdrowia określa:

- podmiot prowadzący rejestr,

- okres, na jaki utworzono rejestr – w przypadku rejestru tworzonego na czas oznaczony,
- usługodawców lub podmioty prowadzące rejestry publiczne i rejestry medyczne oraz sposób i terminy przekazywania przez nich danych,
- sposób prowadzenia rejestru,
- zakres i rodzaj danych przetwarzanych w rejestrze.

19 czerwca 2017 r. Minister Zdrowia przedstawił do konsultacji społecznych projekt rozporządzenia w sprawie Krajowego Rejestru Raka Płuc. W projekcie założono, że podmiotem prowadzącym rejestr będzie Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc, który otrzyma z Ministerstwa Zdrowia środki na zarządzanie rejestrem. Wysokość nakładów na ten cel wyniesie 400 000 złotych.

Projekt wspomnianego rozporządzenia określa:

1. Podmiot prowadzący Krajowy Rejestr oraz sposób jego prowadzenia,
2. Okres, na jaki utworzono rejestr,
3. Zakres danych przetwarzanych,
4. Rodzaje identyfikatorów w rejestrze,
5. Sposób zabezpieczenia danych zawartych w rejestrze przed nieuprawnionym dostępem.

Ad 1. W przypadku Rejestru Raka Pęcherza Moczowego potencjalnym podmiotem prowadzącym go powinien być ośrodek urologii posiadający wieloletnie doświadczenie w zabiegowym leczeniu pacjentów dotkniętych nowotworem pęcherza moczowego oraz doświadczenie w realizacji programów zdrowotnych. Rejestr powinien być prowadzony z wykorzystaniem systemu teleinformatycznego.

Ad 2. Okres prowadzenia Rejestru powinna określać umowa zawarta z Ministerstwem Zdrowia, które powinno także zapewnić jego finansowanie. Wydaje się, że optymalny okres prowadzenia Rejestru wynosi co najmniej 5 lat.

Ad 3. W Rejestrze powinno się przetwarzać następujące dane:

1. Zakres danych dotyczących usługobiorcy:
    a. imię i nazwisko,
    b. płeć,
    c. obywatelstwo,
    d. wykształcenie,
    e. numer PESEL,
    f. data urodzenia,
    g. adres zamieszkania,
    h. miejsce pobytu,
    i. zgon.

2. Jednostkowe dane medyczne dotyczące usługobiorcy (pacjenta chorego na nowotwór pęcherza moczowego) powinny być podobne jak w przypadku pacjenta z nowotworem płuca, czyli:
   a. czynniki ryzyka:
      – narażenia środowiskowe (życie w mieście przemysłowym, palenie papierosów, azbest, promieniowanie jonizujące, przetwórstwo ropy naftowej),
      – nowotwory występujące w rodzinie,
      – inne czynniki (cukrzyca, niewydolność nerek, inne przebyte nowotwory);
   b. przeprowadzone badania diagnostyczne (molekularne, cystoskopia, usg, hist-pat, stopień zaawansowania nowotworu),
   c. opis leczenia operacyjnego,
   d. opis leczenia okołooperacyjnego (przebieg, data wypisu, data zgonu, liczba dni hospitalizacji).

3. Leczenie onkologiczne pooperacyjne:
   a. rodzaj chemioterapii lub radioterapii,
   b. immunoterapia,
   c. leczenie celowane,
   d. data rozpoczęcia i zakończenia chemioterapii,
   e. masa ciała,
   f. wzrost,
   g. określenie stopnia zaawansowania nowotworu TNM,
   h. wynik badania EKG,
   i. ciśnienie krwi,
   j. ocena wielkości guza.

Należy zaznaczyć, że Minister Zdrowia przedstawił także analogiczne projekty rozporządzeń innych rejestrów medycznych, tj.: Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie Rejestru Nowotworów Niezłośliwych Dużych Gruczołów Ślinowych z dnia 1 marca 2018 r. oraz Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie Polskiego Rejestru Wrodzonych Wad Rozwojowych z dnia 26 marca 2018 r.

9. Aspekty prawne

9.1. Stan faktyczny

Zgodnie z obecnym stanem prawnym, świadczeniobiorcy mają prawo do świadczeń opieki zdrowotnej, których celem jest zachowanie zdrowia, zapobieganie chorobom i urazom, wczesne wykrywanie chorób, leczenie, pielęgnacja oraz zapobieganie niepełnosprawności i jej ograniczanie.

Obowiązek zapewnienia określonego standardu dostępności świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych obciąża władze publiczne, a zatem ochrona zdrowia stanowi ustrojowo przypisane zadanie władz publicznych.

Podstawowe regulacje dotyczące zasad udzielania świadczeń opieki zdrowotnej zawierają przepisy ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z dnia 19.10. 2017 poz. 1938), zwanej dalej ustawą o świadczeniach. Zgodnie z art.132 ust. 1 ustawy o świadczeniach podstawą rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przez NFZ jest umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawarta pomiędzy świadczeniodawcą a NFZ.

Umowy te są zawierane w zakresach określonych w art.15 ust. 2 ustawy o świadczeniach, które to zakresy są zgodne z uprawnieniami pacjentów do otrzymywania określonego rodzaju świadczeń finansowanych ze środków publicznych. Wykazy przysługujących świadczeniobiorcom świadczeń gwarantowanych w poszczególnych zakresach określa, w drodze rozporządzeń, Minister Zdrowia.

Kwalifikowanie świadczeń opieki zdrowotnej jako świadczeń gwarantowanych należy również do kompetencji Ministra Zdrowia. Podstawą zakwalifikowania świadczenia jest jego ocena, uwzględniająca między innymi priorytety zdrowotne określone na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych (Dz.U. z dnia 02.03. 2018 poz. 469). Zgodnie z §1 powołanego rozporządzenia, jednym z priorytetów zdrowotnych jest zmniejszenie zapadalności i przedwczesnej umieralności z powodu nowotworów złośliwych.

Dlatego też wszelkie zmiany organizacji udzielania świadczeń gwarantowanych w zakresie poprawy jakości leczenia chorych na nowotwory złośliwe są konieczne i zgodne z przyjętymi priorytetami zdrowotnymi.

Przedmiotem przedkładanego raportu i analizy jest leczenie pacjentów dotkniętych nowotworem pęcherza moczowego. Zgodnie ze wskazanymi powyżej regułami leczenie tych pacjentów odbywa się w szczególności w ramach umów na świadczenia opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zawartych między NFZ a świadczeniodawcą w następujących zakresach:

- leczenie szpitalne,
- ambulatoryjna opieka specjalistyczna.

Szczegółowy wykaz świadczeń gwarantowanych w zakresie leczenia szpitalnego oraz warunki szczegółowe, jakie powinni spełnić świadczeniodawcy przy udzielaniu świadczeń gwarantowanych w trybie hospitalizacji i hospitalizacji planowej, określa rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz.U. z dnia 12.12.2017 r. poz. 2295), zwane dalej rozporządzeniem koszykowym w zakresie leczenia szpitalnego.

Szczegółowy wykaz świadczeń gwarantowanych w zakresie ambulatoryjna opieka specjalistyczna określa rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz.U. z dnia 16.03. 2016 poz.357), zwane dalej rozporządzeniem koszykowym w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

9.1.1 Rozporządzenie koszykowe w zakresie leczenia szpitalnego dotyczące urologii – wymogi dla świadczeniodawców

Zgodnie z załącznikiem nr 3 do rozporządzenia koszykowego w zakresie leczenia szpitalnego, określającego warunki szczegółowe, jakie powinni spełnić świadczeniodawcy przy udzielaniu świadczeń gwarantowanych w trybie hospitalizacji i hospitalizacji planowej, świadczeniodawcy udzielający świadczeń **w zakresie urologii** muszą spełniać następujące wymogi w odniesieniu do lekarzy, wykazując: równoważnik co najmniej 2 etatów (nie dotyczy dyżuru medycznego) − specjalisty w dziedzinie urologii, w przypadku leczenia dzieci równoważnik co najmniej 1 etatu (nie dotyczy dyżuru medycznego) − specjalisty urologii dziecięcej.

W przypadku świadczeń związanych z udzielaniem **chemioterapii**, zgodnie z rozporządzeniem koszykowym w zakresie leczenia szpitalnego, świadczeniodawca musi zapewnić, **w odniesieniu do wymogów personalnych**, równoważnik 1 etatu: lekarza specjalisty w dziedzinie chorób płuc − w zakresie leczenia nowotworów płuc, lub **lekarza specjalisty w dziedzinie urologii − w zakresie leczenia nowotworów układu moczowo-płciowego**, lub lekarza specjalisty w dziedzinie endokrynologii − w zakresie guzów neuroendokrynnych, lub lekarza specjalisty w dziedzinie ginekologii onkologicznej − w zakresie leczenia nowotworów narządów płciowych kobiecych lub równoważnik 1 etatu: lekarza specjalisty w dziedzinie radioterapii lub radioterapii onkologicznej, lub lekarza specjalisty w dziedzinie chirurgii onkologicznej − w zakresie leczenia skojarzonego (jednoczesnej chemioradioterapii lub w połączeniu chemioterapii i leczenia operacyjnego) − pod warunkiem zapewnienia stałego konsultanta − l**ekarza specjalisty w dziedzinie onkologii klinicznej, lub równoważnik 1 etatu: lekarza specjalisty w dziedzinie onkologii klinicznej** lub lekarza specjalisty chemioterapii nowotworów, lub lekarza specjalisty w zakresie hematologii, lub lekarza specjalisty w zakresie onkologii i hematologii dziecięcej. W odniesieniu do pielęgniarek musi być zapewniony równoważnik 3 etatów dla personelu przeszkolonego w zakresie podawania cytostatyków.

W przypadku **świadczeń związanych z udzielaniem chemioterapii w trybie jednego dnia** – świadczeniodawcy muszą spełnić następujące wymogi personalne, zapewniając dostęp do równoważnika 1 etatu: lekarza specjalisty w dziedzinie chorób płuc − w zakresie leczenia nowotworów płuc, lub lekarza specjalisty w dziedzinie **urologii − w zakresie leczenia nowotworów układu moczowo-płciowego**, lub lekarza specjalisty w dziedzinie endokrynologii − w za-

kresie guzów neuroendokrynnych, lub lekarza specjalisty w dziedzinie ginekologii onkologicznej − w zakresie leczenia nowotworów narządów płciowych kobiecych lub równoważnik 1 etatu: lekarza specjalisty w dziedzinie radioterapii lub radioterapii onkologicznej, lub chirurgii onkologicznej − w zakresie leczenia skojarzonego, tzn. jednoczesnej chemioradioterapii lub w połączeniu chemioterapii i leczenia operacyjnego − pod warunkiem zapewnienia stałego konsultanta − lekarza specjalisty w dziedzinie onkologii klinicznej, lub równoważnik 1 etatu: lekarza specjalisty w dziedzinie onkologii klinicznej lub lekarza specjalisty w dziedzinie chemioterapii nowotworów, lub lekarza specjalisty w dziedzinie hematologii, lub lekarza specjalisty w dziedzinie onkologii i hematologii dziecięcej. W odniesieniu do pielęgniarek świadczeniodawcy są zobowiązani do zapewnienia równoważnika 3 etatów w zakresie podawania substancji aktywnych w chemioterapii.

9.1.2 Rozporządzenie koszykowe w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej dotyczące urologii – wymogi dla świadczeniodawców

Zgodnie z rozporządzeniem koszykowym w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej świadczenia z zakresu urologii są realizowane w ramach porady specjalistycznej − urologia.

Świadczenie „Podanie chemioterapii w trybie ambulatoryjnym” może być udzielane w poradni realizującej poradę specjalistyczną: onkologia lub onkologia i hematologia dziecięca, lub hematologia, lub gruźlica i choroby płuc, lub gruźlica i choroby płuc u dzieci, lub endokrynologia, lub endokrynologia dla dzieci, lub chirurgia onkologiczna, lub chirurgia onkologiczna dla dzieci, lub urologia, lub urologia dziecięca, lub transplantologia lub oddziale w trybie leczenia jednego dnia lub w całodobowym oddziale szpitalnym o profilu: onkologia kliniczna lub onkologia i hematologia dziecięca, lub hematologia, lub chemioterapia − hospitalizacja, lub chemioterapia − leczenie jednego dnia, lub choroby wewnętrzne, lub endokrynologia, lub endokrynologia dla dzieci, lub ginekologia onkologiczna, lub urologia, lub urologia dla dzieci, lub gastroenterologia, lub gastroenterologia dla dzieci, lub otorynolaryngologia, lub otorynolaryngologia dla dzieci, lub transplantologia kliniczna, lub transplantologia kliniczna dla dzieci, lub choroby płuc, lub choroby płuc dla dzieci, lub pediatria, lub chirurgia ogólna, lub chirurgia dziecięca, lub chirurgia onkologiczna, lub radioterapia, lub brachyterapia.

9.2 Regulacje na poziomie NFZ

Szczegółowy zakres regulacji, dotyczący zawierania umów w poszczególnych zakresach, warunki wymagane do udzielania poszczególnych świadczeń oraz tryb ich realizacji i wyceny określają zarządzenia Prezesa NFZ.

Zgodnie z zarządzeniem Nr 119/2017/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 listopada 2017 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne (z późn. zm.) leczenie pacjentów z nowotworem pęcherza moczowego, z rozpoznaniem klasyfikowanym według ICD – 10 C-67, odbywa się w ramach Jednorodnych Grup Pacjentów (JGP): L08 – Nowotwory nerek i dróg moczowych oraz L21 – Kompleksowe zabiegi pęcherza moczowego z wytworzeniem przetoki, L22 – Duże otwarte zabiegi na pęcherzu moczowym, w tym plastyka, oraz L26 – Średnie zabiegi endoskopowe na pęcherzu moczowym. Świadczenia te są udzielane w trybie hospitalizacji planowej, hospitalizacji planowej – pakiet onkologiczny oraz w ramach chirurgii jednego dnia.

Obecna konstrukcja prawna nie wskazuje wystarczającego sposobu kompleksowej, koordynowanej organizacji leczenia pacjentów chorych na nowotwór pęcherza moczowego, nawet przy uwzględnieniu obowiązków określonych w § 4a rozporządzenia koszykowego w zakresie leczenia szpitalnego.

Zgodnie z powołanym zapisem, świadczeniodawca udzielający świadczeń gwarantowanych w trybie hospitalizacji i hospitalizacji planowej, realizujący leczenie onkologiczne, pełniący rolę ośrodka wiodącego, powinien w szczególności posiadać procedurę postępowania i organizacji udzielania świadczeń zapewniającą:

1. Wyodrębnienie ustalającego plan leczenia onkologicznego wielodyscyplinarnego zespołu terapeutycznego,
2. Podjęcie leczenia najpóźniej w terminie do 14 lub 28 dni w zależności od przypadku,
3. Ustalenie planu leczenia onkologicznego przez zespół, o którym mowa powyżej, a w przypadku nowotworów złośliwych układu krwiotwórczego lub układu chłonnego u dzieci bez udziału tego zespołu,
4. Udokumentowany udział w zespole prowadzącym leczenie świadczeniobiorców osoby prowadzącej fizjoterapię, psychologa lub psychoonkologa,
5. Zapewniać w lokalizacji oddział o odpowiednim profilu leczenia w zależności od rozpoznanego przypadku,
6. Udokumentowaną koordynację, w tym dostęp do świadczeń:
    a. chemioterapii, oraz
    b. radioterapii onkologicznej i medycyny nuklearnej – w przypadku nowotworów złośliwych leczonych z wykorzystaniem medycyny nuklearnej, odpowiednio w trybie hospitalizacji, leczenia jednego dnia i ambulatoryjnym.

Praktyczna realizacja powyższych zapisów wymaga wsparcia przez utworzenie dodatkowych, dedykowanych dla grupy pacjentów z rozpoznaniem nowotworu pęcherza moczowego, uregulowań zapewniających właściwe postępowanie terapeutyczne, obniżające śmiertelność szpitalną. Wczesna rehabilitacja i urologiczna opieka specjalistyczna w okresie 12 miesięcy od zabiegu poprawi jakość opieki nad pacjentem i kontrolę czynników ryzyka, co w efekcie sprzyja obniżeniu śmiertelności odległej oraz przywróceniu zdolności do pracy osobom, które były zagrożone długotrwałą niezdolnością do pracy.

Wprowadzenie powołanych powyżej uregulowań jest zgodne z priorytetami zdrowotnymi oraz wpisuje się w podejście procesowe do modelu koordynacji zdefiniowane przez Kodnera i Spreeuwenberga (2002). Autorzy ci uważają, że: „(…) koordynacja jest spójnym zestawem metod i modeli na poziomach finansowania, administrowania, organizacji, świadczenia usług oraz na poziomie klinicznym, zaprojektowanym w celu stworzenia łączności, ujednolicenia i pobudzenia współpracy wewnątrz i pomiędzy sektorami leczenia i opieki. Celem tych metod i modeli jest polepszenie jakości opieki i życia, satysfakcja pacjenta oraz efektywność systemu odczuwana przez świadczeniobiorców wskutek łączenia wielu usług, świadczeniodawców i środowisk”.

Reasumując, wydaje się zasadne poszukiwanie możliwości realizacji w polskim systemie ochrony zdrowia kompleksowej opieki lub innych rozwiązań, które mogą poprawić jakość udzielanych świadczeń i wpłynąć na wyniki zdrowotne pacjentów z nowotworem pęcherza moczowego.

10. Możliwości prawne wdrażania modelu Kompleksowej Opieki Specjalistycznej nad Pacjentem Chorym na Nowotwór Pęcherza Moczowego

Wdrożenie modelu **Kompleksowej Opieki Specjalistycznej nad Pacjentem Chorym na Nowotwór Pęcherza Moczowego** może zostać zrealizowane w dwojaki sposób.

Model może zostać wdrożony w ramach programu pilotażowego, zdefiniowanego w przepisach ustawy o świadczeniach, jako zespół zaplanowanych działań z zakresu opieki zdrowotnej o charakterze testowym, dotyczących nowych warunków organizacji, realizacji lub nowego sposobu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej, poprzedzających wdrożenie rozwiązań systemowych.

Zgodnie z art. 48e ustawy o świadczeniach, program pilotażowy opracowuje, ustala, nadzoruje i kontroluje Minister Zdrowia, a wdraża, finansuje, monitoruje i ewaluuje Narodowy Fundusz Zdrowia. Program pilotażowy może być finansowany z budżetu państwa z części, której dysponentem jest Minister Zdrowia. W programie pilotażowym powinien zostać określony między innymi:

1. Cel programu pilotażowego,
2. Okres realizacji programu pilotażowego,
3. Zakres i rodzaj świadczeń opieki zdrowotnej, których dotyczy program pilotażowy,
4. W przypadkach wynikających z celu programu pilotażowego – populację zamieszkującą określony obszar terytorialny objętą programem pilotażowym,
5. Warunki organizacji świadczeń opieki zdrowotnej oraz warunki ich realizacji, w tym dotyczące personelu medycznego i wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną,
6. Sposób rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej, w tym wysokość kapitacyjnej stawki rocznej, ceny jednostkowej jednostki rozliczeniowej lub ryczałtu, w tym ryczałtu na populację objętą programem pilotażowym,
7. Sposób wyboru świadczeniodawcy przez świadczeniobiorcę, z uwzględnieniem zasad realizacji świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie skierowania i prowadzenia listy oczekujących na udzielenie świadczenia, lub sposób objęcia przez świadczeniodawcę danej populacji świadczeniami opieki zdrowotnej,
8. Realizatora programu pilotażowego albo tryb jego wyboru,
9. Wskaźniki realizacji programu pilotażowego,
10. Sposób pomiaru wskaźników realizacji programu pilotażowego,
11. Sposób oceny wyników programu pilotażowego,
12. Podmiot zobowiązany do finansowania programu pilotażowego.

Przepisy ustawy o świadczeniach przewidują dwa modele wdrażania programu pilotażowego. W jednym modelu Minister Zdrowia ustala, w drodze rozporządzenia, program pilotażowy, mając na uwadze poprawę efektywności systemu ochrony zdrowia oraz poprawę jakości i bezpieczeństwa udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, a NFZ zawiera umowę o realizację programu pilotażowego z realizatorem programu pilotażowego.

Drugi model odnosi się do programu pilotażowego, który dotyczy świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych w zakresie i na warunkach określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 31d Minister Zdrowia. W takim przypadku Minister Zdrowia wyraża zgodę na opracowanie i ustalenie programu przez Prezesa NFZ.

Wybór sposobu realizacji i wdrażania programu pilotażowego będzie należał do Ministra Zdrowia, który – dokonując oceny przedłożonego Modelu pod kątem spełnienia kryterium zgodności przedstawionych zakresów świadczeń z przepisami rozporządzeń Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego oraz w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej – wskaże właściwą procedurę realizacji programu.

Dodatkowym sposobem wdrożenia Modelu jest nowelizacja zarządzenia z dnia 29 maja 2017 Nr **38/2017/DSOZ** Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne – świadczenie kompleksowe poprzez dodanie regulacji odnoszących się do realizacji świadczeń w ramach kompleksowej opieki nad pacjentem dotkniętym nowotworem pęcherza moczowego.

Stworzenie nowego świadczenia w zakresie kompleksowej opieki może także wymagać oceny Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. Decyzja w tym zakresie również należy do Ministra Zdrowia.

Podsumowując omawiane zagadnienie, należy stwierdzić, że najbardziej pożądanym modelem wdrożenia proponowanego rozwiązania w zakresie Kompleksowej Opieki nad Pacjentem Chorym na Nowotwór Pęcherza Moczowego byłoby stworzenie oraz wdrożenie przez NFZ programu pilotażowego, który wykazałby efektywność organizacyjną, kliniczną i kosztową proponowanych rozwiązań.

11. Rekomendacje końcowe

- Nawiązując do zaleceń NIK zawartych w dokumencie pokontrolnym z 2017 r., Polskie Towarzystwo Urologiczne powinno opracować kryteria wymagane dla specjalistycznych ośrodków leczenia nowotworu pęcherza moczowego, przy których powinny być zorganizowane ośrodki chemioterapii i radioterapii leczące ten typ nowotworu.
- Tworzenie specjalistycznych ośrodków leczenia nowotworu pęcherza moczowego powinno zostać wpisane jako regionalny priorytet dla polityki zdrowotnej przez Wojewódzkie Rady ds. Potrzeb Zdrowotnych.
- Należy opracować i wdrożyć program pilotażowy, realizowany przez kilka ośrodków w Polsce i finansowany ze środków NFZ, oparty na modelu kompleksowej opieki specjalistycznej nad pacjentem z nowotworem pęcherza moczowego.

- Należy opracować projekt rozporządzenia w sprawie utworzenia Rejestru Raka Pęcherza Moczowego i wyznaczyć ośrodek, który będzie nim zarządzał i analizował jakość realizowanych świadczeń przez poszczególne ośrodki.
- Należy opracować, przy udziale Polskiego Towarzystwa Urologicznego, program ustawicznego szkolenia z zakresu chemioterapii nowotworów układu moczowego w oparciu o aktualizowane co rok schematy postępowania.

12. Model projektu Kompleksowej Opieki Specjalistycznej nad Pacjentem Chorym na Nowotwór Pęcherza Moczowego opracowany w formie projektu Zarządzenia Prezesa NFZ

- **Załącznik 1.** Projekt Zarządzania Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia pod nazwą „Kompleksowa Opieka Specjalistyczna nad Pacjentem Chorym na Nowotwór Pęcherza Moczowego (KOS – NPM)";
- **Załącznik 2.** Załącznik nr 2 do Zarządzenia nr ……. /2018/DSOZ/ Prezesa NFZ z dnia…….r. Załącznik 1k. Katalog produktów rozliczeniowych dedykowanych do rozliczania świadczeń kompleksowych;
- **Załącznik 3.** Kompleksowa Opieka Specjalistyczna nad Pacjentem Chorym na Nowotwór Pęcherza Moczowego (KOS – NPM);
- **Załącznik 4.** Opis przedmiotu umowy, opis świadczenia Kompleksowa Opieka Specjalistyczna nad Pacjentem Chorym na Nowotwór Pęcherza Moczowego (KOS – NPM).

Załącznik 1. Projekt Zarządzania Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia pod nazwą „Kompleksowa Opieka Specjalistyczna nad Pacjentem Chorym na Nowotwór Pęcherza Moczowego (KOS – NPM)

Poniżej opisano projekt świadczenia pod nazwą: „Kompleksowa Opieka Specjalistyczna nad Pacjentem Chorym na Nowotwór Pęcherza Moczowego (KOS – NPM), uwzględniający aktualne regulacje prawne dotyczące świadczeń kompleksowych oraz standard opieki nad pacjentem dotkniętym nowotworem pęcherza moczowego Polskiego Towarzystwa Urologicznego.

Projekt Zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia „Kompleksowa Opieka Specjalistyczna nad Pacjentem Chorym na Nowotwór Pęcherza Moczowego (KOS – NPM)

Rozdział 1

Postanowienia ogólne

§ 1. Zarządzenie określa:

1) przedmiot postępowania w sprawie zawarcia i realizacji umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;
2) szczegółowe warunki umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: leczenie szpitalne – świadczenia kompleksowe.

§ 2. 1. Użyte w zarządzeniu określenia oznaczają:

1) **Fundusz** – Narodowy Fundusz Zdrowia;

2) **Oddział Funduszu** – oddział wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia;

3) **Ogólne warunki umów** – przepisy rozporządzenia ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, wydanego na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zwanej dalej „ustawą o świadczeniach";

4) **Podwykonawca** – podmiot, o którym mowa w Ogólnych warunkach umów;

5) **Rejestr** – rejestr podmiotów wykonujących działalność leczniczą, o którym mowa w przepisach ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1638, 1948 i 2260);

6) **Rodzaj świadczeń** – rodzaj, o którym mowa w Ogólnych warunkach umów;

7) **Rozporządzenie szpitalne** – rozporządzenie ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, wydane na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach;

8) **Rozporządzenie ambulatoryjne** – rozporządzenie ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, wydane na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach;

9) **Rozporządzenie rehabilitacyjne** – rozporządzenie ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej, wydane na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach;

10) **Rozporządzenie kryterialne** – rozporządzenie ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, wydane na podstawie art. 148 ust. 3 ustawy o świadczeniach;

11) **Ryczałt** – uśrednioną kwotę przeznaczoną na sfinansowanie świadczeń ambulatoryjnej specjalistycznej opieki urologicznej w ramach kompleksowej opieki na pacjentem z nowotworem pęcherza moczowego (KOS-NPM), określoną w załączniku nr 4 do zarządzenia;

12) **Świadczenia kompleksowe** – zakres świadczeń, o którym mowa w pkt 15, w ramach którego realizowana i finansowana jest kompleksowa opieka nad pacjentem, skoordynowana przez jeden ośrodek – podmiot koordynujący, obejmująca postępowanie diagnostyczno-terapeutyczne, specjalistyczne świadczenia ambulatoryjne oraz – w zależności od wskazań medycznych – różne formy rehabilitacji;

13) **Współczynnik korygujący** – współczynnik ustalany przez Prezesa Funduszu, o którym mowa w Ogólnych warunkach umów;

14) **Współrealizator** – komórkę organizacyjną w strukturze podmiotu składającego ofertę i koordynującego opiekę kompleksową, która uczestniczy w realizacji świadczeń w zakresie tej opieki;

15) **Zakres świadczeń** – zakres, o którym mowa w Ogólnych warunkach umów;

16) **Zarządzenie w rodzaju leczenie szpitalne** – zarządzenie Prezesa Funduszu w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne.

2. Określenia inne niż wymienione w ust. 1, użyte w zarządzeniu, mają znaczenie nadane im w przepisach odrębnych, w szczególności w ustawie o świadczeniach, w rozporządzeniach, o których mowa w ust. 1 pkt 6–10 oraz w Ogólnych warunkach umów.

Rozdział 2

Przedmiot postępowania

§ 3.1. Przedmiotem postępowania, o którym mowa w § 1 pkt 1, jest wyłonienie świadczeniodawców do udzielania świadczeń gwarantowanych w rodzaju świadczeń: leczenie szpitalne – świadczenia kompleksowe, odpowiednio na obszarze terytorialnym:

1) województwa;
2) grupy powiatów;
3) powiatu,
4) dwóch lub więcej gmin;
5) gminy,
6) więcej niż jednej dzielnicy;
7) dzielnicy.

2. Zgodnie ze Wspólnym Słownikiem Zamówień, określonym w rozporządzeniu (WE) Parlamentu Europejskiego i Rady nr 2195/2002 z dnia 5 listopada 2002 r. w sprawie Wspólnego Słownika Zamówień (CPV) - (Dz. Urz. UE L 340 z dnia 16.12. 2002, str. 1 i n., z późn. zm.) oraz zgodnie z art. 141 ust. 4 ustawy, przedmiotem umów objęte są następujące nazwy i kody:

1) 85110000-3 Usługi szpitalne i podobne;
2) 85121200-5 Specjalistyczne usługi medyczne;
3) 85143000-3 Usługi ambulatoryjne;
4) 85312500-4 Usługi rehabilitacyjne;
5) 85141210-4 Usługi leczenia medycznego świadczone w warunkach domowych.

3. Porównanie ofert w toku postępowania, o którym mowa w §1 pkt 1, następuje zgodnie z art. 148 ust. 1 i 2 ustawy o świadczeniach oraz kryteriami wyboru ofert, określonymi w rozporządzeniu kryterialnym.

4. Fundusz zawiera umowy wyłącznie ze świadczeniodawcami posiadającymi oddziały szpitalne i inne komórki opieki szpitalnej, których kody charakteryzujące specjalność komórki organizacyjnej przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego są określone w rejestrze, w części VIII systemu kodu resortowych kodów identyfikacyjnych, odpowiadających lub zawierających się w zakresach określonych **w załączniku nr 3** do zarządzenia.

Rozdział 3

Szczegółowe warunki umowy

§ 4. 1. Przedmiotem umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne – świadczenia kompleksowe, zwanej dalej „umową", jest realizacja świadczeń udzielanych świadczeniobiorcom przez świadczeniodawcę, w zakresach określonych w **załączniku nr 3** do zarządzenia.

2. Wzór umowy określony jest w **załączniku nr 2** do zarządzenia.

3. Odstępstwa od wzoru umowy wymagają pisemnej zgody Prezesa Funduszu.

§ 5. 1. Katalog świadczeń i produktów jednostkowych dedykowanych do rozliczania świadczeń, o których mowa w § 4 ust. 1, stanowiący **załącznik nr 1k** do zarządzenia, obejmuje:

1) diagnostykę, leczenie zachowawcze lub inwazyjne, lub zabiegowe realizowane w ramach hospitalizacji;
2) rehabilitację realizowaną w warunkach: stacjonarnych, oddziału/ośrodka dziennego, domowych;
3) porady w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

2. Dopuszcza się łączne rozliczanie świadczeń finansowanych grupami, określonymi w **załączniku nr 1k**, z produktami katalogowymi zawartymi w katalogu produktów do sumowania, określonymi w **załączniku nr 1c** do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne, o ile w katalogu produktów do sumowania dopuszczono taką możliwość.

3. W odniesieniu do świadczeniobiorców objętych kompleksową opieką, którym udzielane są świadczenia w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii (AiIT), rozliczanie świadczeń z tego zakresu następuje w ramach umowy w rodzaju leczenie szpitalne, w zakresie świadczeń: anestezjologia i intensywna terapia, odpowiednio przez produkt rozliczeniowy o kodzie 5.52.01.0001467 – Hospitalizacja wyłącznie w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii – z katalogu produktów odrębnych, w ramach umowy w rodzaju leczenie szpitalne, lub ewentualnie łącznego rozliczenia produktów dopuszczonych do sumowania w OAiIT z katalogu produktów do sumowania, stanowiącego **załącznik nr 1c** do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne.

4. Szczegółowy opis przedmiotu umowy określony jest w **załączniku nr 4** do niniejszego zarządzenia.

§ 6. 1. Świadczeniodawca realizujący umowę obowiązany jest spełniać wymagania określone w niniejszym zarządzeniu oraz w przepisach odrębnych, w szczególności w rozporządzeniu szpitalnym, rozporządzeniu ambulatoryjnym oraz rozporządzeniu rehabilitacyjnym.

2. Konieczność spełnienia wymagań, o których mowa w ust. 1, dotyczy wszystkich miejsc udzielania przez świadczeniodawcę świadczeń realizowanych na podstawie umowy.

3. Godziny pracy personelu, określone w wymaganiach, o których mowa w ust. 1, mogą być tożsame z godzinami pracy personelu udzielającego świadczeń w ramach umów o udzielanie świadczeń w zakresach stanowiących elementy świadczeń z zakresu kompleksowej opieki.

§ 7. 1. Świadczenia w poszczególnych zakresach mogą być udzielane przez świadczeniodawcę z udziałem podwykonawców udzielających świadczeń na zlecenie świadczeniodawcy, wymienionych w „Wykazie podwykonawców", którego wzór określony jest w załączniku nr 3 do umowy.

2. Dopuszcza się zlecenie podwykonawcy udzielania jedynie części zakresu świadczeń będących przedmiotem umowy.

3. Świadczenia mogą być udzielane wyłącznie przez podwykonawcę spełniającego wymagania, o których mowa w § 6 ust. 1.

4. Umowa zawarta między świadczeniodawcą a podwykonawcą zawiera zastrzeżenie o prawie Funduszu do przeprowadzenia kontroli podwykonawcy w zakresie wynikającym z umowy, na zasadach określonych w ustawie o świadczeniach.

5. Fundusz obowiązany jest do poinformowania świadczeniodawcy o rozpoczęciu i zakończeniu kontroli każdego z podmiotów biorących udział w udzielaniu świadczeń (w szczególności podwykonawcy) oraz o jej wynikach.

6. Zmiana warunków udzielania świadczeń przez podwykonawców, mająca wpływ na dostępność do świadczeń, zgłaszana jest przez świadczeniodawcę do Oddziału Funduszu w terminie umożliwiającym zmianę umowy, nie później niż 14 dni przed wystąpieniem tej zmiany.

§ 8. 1. Fundusz nie finansuje świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w związku z prowadzeniem eksperymentu medycznego, w tym badania klinicznego, których finansowanie określają odrębne przepisy.

2. Świadczeniodawca obowiązany jest do udostępniania, na żądanie Funduszu, rejestru zakażeń zakładowych.

3. Przy udzielaniu świadczeń świadczeniodawca obowiązany jest do weryfikacji, z uwzględnieniem przepisów art. 50 ustawy o świadczeniach, prawa świadczeniobiorcy do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

4. W celu realizacji obowiązku, o którym mowa w ust. 3, świadczeniodawca obowiązany jest do uzyskania we właściwym Oddziale Funduszu upoważnienia do korzystania z usługi Elektronicznej Weryfikacji Uprawnień Świadczeniobiorców, umożliwiającej występowanie o sporządzenie dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń, zgodnie z art. 50 ust. 3 ustawy o świadczeniach.

5. W celu uzyskania upoważnienia, o którym mowa w ust. 4, świadczeniodawca składa w Oddziale Funduszu wniosek, w terminie 3 dni roboczych od dnia podpisania umowy.

6. W przypadku niedopełnienia przez świadczeniodawcę obowiązku określonego w ust. 4, z przyczyn leżących po stronie świadczeniodawcy, Fundusz może nałożyć na świadczeniodawcę karę umowną, o której mowa w § 6 ust. 4 załącznika nr 2 do zarządzenia, stanowiącego wzór umowy.

7. W przypadku nieprzerwanej kontynuacji przez świadczeniodawcę udzielania świadczeń na podstawie kolejnej umowy zawartej z Funduszem, upoważnienie, o którym mowa w ust. 4, uzyskane w związku z zawarciem poprzedniej umowy, zachowuje ważność.

§ 9. 1. Świadczenia objęte przedmiotem umowy, udzielane są osobiście przez osoby posiadające określone kwalifikacje, zgodnie z „Harmonogramem – zasoby", którego wzór określony jest w **załączniku nr 2** do umowy.

2. Świadczeniodawca zapewnia dostępność do świadczeń zgodnie z „Harmonogramem – zasoby", stanowiącym załącznik nr 2 do umowy.

§ 10. 1. Warunki rozliczania świadczeń określone są w Ogólnych warunkach umów oraz w umowie. Podstawą rozliczeń i płatności za świadczenia udzielone w okresie sprawozdawczym jest rachunek wraz z raportem statystycznym.

2. Liczba i cena jednostek rozliczeniowych oraz kwota zobowiązania Funduszu są określone w planie rzeczowo-finansowym, którego wzór określony jest w **załączniku nr 1** do umowy.

3. Świadczeniodawca zobowiązany jest do sprawozdawania w raporcie statystycznym w szczególności następujących danych:

1) rozpoznanie zasadnicze i nie więcej niż trzy rozpoznania współistniejące – według ICD–10;

2) istotne procedury medyczne łącznie z datą ich wykonania – według wskazanej przez Fundusz na dany okres sprawozdawczy wersji ICD–9.

4. Dane, o których mowa w ust. 3, winny być zgodne z danymi:

1) zawartymi w indywidualnej dokumentacji medycznej, zgodnie z rozporządzeniem ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania, wydanym na podstawie art. 30 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2016 r. poz. 186, 823, 836, 960 i 1070);

2) przekazywanymi w Karcie statystycznej szpitalnej ogólnej – MZ/Szp-11, zgodnie z przepisami rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów wydanego na podstawie art. 31 ustawy z dnia 29 czerwca 1995 r. o statystyce publicznej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1068 i z 2017 r. poz. 60);

3) określonymi w przepisach rozporządzenia ministra właściwego do spraw zdrowia wydanego na podstawie art. 27 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2016 r. poz. 1866, 2003 i 2173).

5. Spełnienie wymagań, o których mowa w ust. 4 pkt 1 i 3, stanowi warunek rozliczenia świadczeń.

6. Świadczeniodawca obowiązany jest do wskazania w raporcie statystycznym:

1) zakresu świadczeń, grupy według zasad określonych przez charakterystykę JGP i algorytm JGP lub produktów jednostkowych z katalogu, stanowiącego załącznik nr 1k do niniejszego zarządzenia;

2) produktów jednostkowych określonych w katalogu produktów do sumowania, stanowiącego załącznik nr 1c do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne, o ile miały one zastosowanie.

7. Przekazanie raportu statystycznego, o którym mowa w Ogólnych warunkach umów, dotyczącego świadczeń z zakresu Kompleksowa Opieka nad Pacjentem Chorym na Nowotwór Pęcherza Moczowego (KOS – NPM), następuje w oparciu o narzędzie informatyczne udostępniane przez Fundusz.

8. Podstawą rozliczenia świadczeń za dany okres sprawozdawczy są jednostki rozliczeniowe odpowiadające produktom rozliczeniowym, określonym w załączniku nr 1k do niniejszego zarządzenia oraz załączniku nr 1c do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne, zatwierdzone w wyniku weryfikacji danych raportu statystycznego w systemie informatycznym Funduszu.

9. Jeżeli wartość wykonanych świadczeń w ramach Kompleksowej Opieki nad Pacjentem Chorym na Nowotwór Pęcherza Moczowego (KOS – NPM) przekroczy kwotę zobowiązania Oddziału Funduszu wobec świadczeniodawcy, o której mowa w ust. 2, na wniosek świadczeniodawcy składany po upływie kwartału, w którym nastąpiło przekroczenie kwoty zobowiązania – zwiększeniu ulegają liczby jednostek rozliczeniowych oraz odpowiednio kwota zobowiązania Oddziału Funduszu wobec świadczeniodawcy z tytułu realizacji umowy.

10. Informacje dotyczące algorytmu JGP oraz obowiązującej w danym okresie sprawozdawczym wersji ICD–9 ogłaszane są przez Prezesa Funduszu.

§ 11. 1. Jednostką rozliczeniową służącą do rozliczania produktów rozliczeniowych, o których mowa w § 5 ust. 1, jest punkt.

2. Szczegółowe zasady rozliczania oraz sposób finansowania świadczeń w zakresie Kompleksowej Opieki nad Pacjentem Chorym na Nowotwór Pęcherza Moczowego (KOS – NPM) są określone w **załączniku nr 4** do zarządzenia.

3. Niedopuszczalne jest dodatkowe rozliczanie przez podmiot realizujący umowę w zakresie KOS – NPM świadczeń udzielonych pacjentowi włączonemu do KOS – NPM, związanych z diagnostyką w zakresie leczenia onkologicznego od momentu włączenia pacjenta do KOS – NPM, leczeniem zachowawczym lub zabiegowym, rehabilitacją oraz opieką ambulatoryjną, będących przedmiotem zakresu tej umowy, na podstawie umów zawartych w innych zakresach i rodzajach świadczeń, chyba że przepisy **załącznika nr 4** do zarządzenia stanowią inaczej.

§ 12. Świadczeniodawca realizujący świadczenia w zakresie KOS – NPM, w sytuacji rozliczania świadczeń związanych z żywieniem dojelitowym, żywieniem pozajelitowym, finansowanych w ramach produktów określonych w załączniku nr 1c do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne, obowiązany jest do prowadzenia dokumentacji dodatkowej, zgodnie z wzorami określonymi odpowiednio w załącznikach: nr 5a, 5b i 6 do zarządzenia. Dokumentację związaną z leczeniem żywieniowym należy dołączyć do dokumentacji medycznej pacjenta.

§ 13. Wykazywanie przez świadczeniodawcę świadczeń do rozliczenia odbywa się zgodnie z następującymi zasadami:

1) poszczególne elementy opieki kompleksowej, realizowane zgodnie z potrzebami klinicznymi pacjenta w ramach leczenia szpitalnego, rehabilitacji, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, finansowane są osobno;
2) w przypadku udzielenia więcej niż jednego świadczenia w czasie pobytu świadczeniobiorcy w szpitalu do rozliczenia należy wykazywać wyłącznie jedną grupę JGP z katalogu świadczeń kompleksowych, stanowiącego **załącznik nr 1k** do niniejszego zarządzenia;
3) dopuszcza się łączne rozliczanie świadczeń finansowanych grupami z innymi produktami rozliczeniowymi, na zasadach określonych w katalogu, stanowiącym **załącznik nr 1k** do niniejszego zarządzenia;
4) dopuszcza się łączne rozliczanie grup z katalogu świadczeń kompleksowych, stanowiącego **załącznik nr 1k** do niniejszego zarządzenia, z produktami katalogowymi dedykowanymi do rozliczania świadczeń w OAiIT, zawartymi w katalogu świadczeń do sumowania, stanowiącym załącznik 1c do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne, z zastrzeżeniem pkt 5;
5) finansowanie świadczeń udzielanych w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii, w oparciu o skalę punktacji stanu pacjenta TISS-28, odbywa się zgodnie z zasadami określonymi w zarządzeniu w rodzaju leczenie szpitalne;
6) finansowanie świadczeń z zakresu chemioterapii i radioterapii odbywa się zgodnie z zasadami określonymi dla tych zakresów świadczeń;
7) w sytuacjach, o których mowa w pkt 4, świadczenia podlegające łącznemu rozliczaniu finansowane są na podstawie odrębnych umów;
8) dzień przyjęcia do leczenia oraz dzień jego zakończenia wykazywany jest do rozliczenia jako jeden osobodzień;
9) jeżeli okres między udzieleniem świadczeniobiorcy świadczeń przez świadczeniodawcę, podczas odrębnych pobytów w szpitalu, z powodu określonego przez rozpoznanie lub procedurę występującą w charakterystyce danej grupy z katalogu świadczeń kompleksowych, określonego w **załączniku nr 1k** do zarządzenia, nie przekracza 14 dni, lub jeżeli z zasad postępowania medycznego wynika, że problem zdrowotny może być rozwiązany jednoczasowo, świadczenia te wykazywane są do rozliczenia jako jedno świadczenie, z zastrzeżeniem pkt 10;
10) w uzasadnionych medycznie przypadkach dyrektor Oddziału Funduszu, na umotywowany wniosek świadczeniodawcy, może wyrazić zgodę na rozliczenie określonych świadczeń związanych z ponowną hospitalizacją w okresie krótszym niż 14 dni, w tym rozpoczętą w dniu zakończenia poprzedniej hospitalizacji;
11) w przypadkach, o których mowa w pkt 9, świadczeniodawca występuje do dyrektora Oddziału Funduszu z odpowiednim wnioskiem, zgodnie z wzorami określonymi przepisami zarządzenia Prezesa Funduszu w sprawie wniosków o indywidualne rozliczenie świadczeń i Bazy Rozliczeń Indywidualnych, w trakcie hospitalizacji albo

w terminie do 7 dni roboczych od dnia jej zakończenia, w celu uzyskania zgody na sfinansowanie świadczenia stanowiącego przedmiot wniosku;

12) zgodę na rozliczenie świadczenia, o którym mowa w pkt 11, wydaje dyrektor Oddziału Funduszu, na zasadach i w terminie określonych w przepisach zarządzenia Prezesa Funduszu w sprawie wniosków o indywidualne rozliczenie świadczeń i Bazy Rozliczeń Indywidualnych;

13) nie dopuszcza się wyrażania zgody przez dyrektora Oddziału Funduszu na rozliczanie świadczeń, w tym łącznego wykazywania do rozliczenia, w sposób inny niż określony w niniejszym zarządzeniu;

14) dla świadczeniodawców udzielających świadczeń w zakresie: Kompleksowa Opieka Specjalistyczna nad Pacjentem Chorym na Nowotwór Pęcherza Moczowego (KOS – NPM) wprowadza się współczynniki korygujące dla świadczeń, określonych w katalogu świadczeń kompleksowych, w sytuacjach spełnienia określonych warunków:

   a. w przypadku realizacji świadczeń Kompleksowej Opieki Specjalistycznej nad Pacjentem Chorym na Nowotwór Pęcherza Moczowego (KOS – NPM) w ramach posiadanego w strukturze organizacyjnej oddziału radioterapii i chemioterapii, wartość tych produktów rozliczeniowych korygowana jest z zastosowaniem współczynnika o wartości 1,2;

   b. w przypadku rozpoczęcia przez pacjenta rehabilitacji w ciągu 14 dni od wypisu ze szpitala – rozliczenie zrealizowanej rehabilitacji korygowane jest z zastosowaniem współczynnika o wartości 1,1;

   c. jeżeli czynnemu zawodowo pacjentowi po zabiegu operacyjnego leczenia nowotworu pęcherza moczowego, do 4. miesiąca od wypisu ze szpitala, zostanie wydane przez lekarza sprawującego opiekę nad pacjentem zaświadczenie lekarskie o braku przeciwskazań do podjęcia/wykonywania pracy, przy ostatnim etapie rozliczania Kompleksowej Opieki Specjalistycznej nad Pacjentem Chorym na Nowotwór Pęcherza Moczowego (KOS – NPM) wartość produktów rozliczeniowych (ustalona dla JGP i specjalistycznej opieki urologicznej), zrealizowanych w ramach modułów I oraz III, korygowana jest z zastosowaniem współczynnika o wartości 1,1;

   d. jeżeli u pacjenta wszystkie świadczenia wynikające z indywidualnego planu leczenia zostały zrealizowane w ciągu 12 miesięcy, zgodnie z założeniami KOS – NPM, przy ostatnim etapie rozliczania KOS – NPM wartość produktów rozliczeniowych (ustalona dla JGP i specjalistycznej opieki urologicznej), zrealizowanych w ramach modułów I oraz III, korygowana jest z zastosowaniem współczynnika o wartości 1,15;

   e. w sytuacji spełnienia łącznie warunków wskazanych w lit. c i d – przy ostatnim etapie rozliczania KOS – NPM, wartość produktów rozliczeniowych (ustalona dla JGP i specjalistycznej opieki urologicznej) zrealizowanych w ramach modułów I oraz IV, korygowana jest z zastosowaniem współczynnika o wartości 1,25.

§ 14. Zarządzenie wchodzi w życie po upływie 30 dni od dnia jego podpisania.

Załącznik 2 do Zarządzenia nr .... /2018/DSOZ/ Prezesa NFZ z dnia ….. 2018 r.

Załącznik 1k. Katalog produktów rozliczeniowych dedykowanych do rozliczania świadczeń kompleksowych

L.p.	Moduły opieki kompleksowej	Kod produktu rozliczeniowego	Kod grupy	Nazwa produktu rozliczeniowego	Jednostka rozliczeniowa	Waga punktowa produktu rozliczeniowego	Liczba dni pobytu finansowana grupą	Wartość punktowa osobodnia ponad ryczałt finansowany grupą	„Świadczenie wykonywane w trybie hospitalizacji"	„Świadczenie wykonywane w trybie ambulatoryjnym"	„Świadczenie wykonywane w trybie domowym"	Uwagi dodatkowe
1	2	3	4	5	6	7	8	10	11	12	13	14
Zakres świadczeń:	KOMPLEKSOWA OPIEKA NAD PACJENTEM CHORYM NA NOWOTWÓR PĘCHERZA MOCZOWEGO (KOS - PM)											
1	I Moduł diagnostyka, leczenie zabiegowe	5.51.01.0011021	L21	Kompleksowe zabiegi pęcherza moczowego z wytworzeniem przetoki*	punkt	18 117	37	324	x			- rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP, - można sumować z produktami z zał. 1c do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne
2		5.51.01.0011022	L22	Duże otwarte zabiegi na pęcherzu moczowym, w tym plastyka*	punkt	16 440	42	324	x			
3		5.51.01.0011026	L26	Średnie zabiegi endoskopowe na pęcherzu moczowym	punkt	2 812		324	x			

14	I Moduł diagnostyka i leczenie zabiegowe	5.53.01.0005008	Plan kompleksowego leczenia po zabiegu operacyjnym	punkt	500			x			- obejmuje opracowanie indywidualnego planu leczenia pacjenta po leczeniu operacyjnym przez lekarza urologa wspólnie z lekarzem onkologiem i lekarzem radioterapeutą oraz rehabilitacji medycznej, z uwzględnieniem świadczeń wchodzących w zakres kompleksowej opieki oraz koordynację ewentualnego procesu leczenia w ramach chemoterapii i radioterapii - do rozliczenia jednorazowo w całym procesie kompleksowej opieki - produkt dedykowany do sumowania przy rozliczaniu właściwej JGP ujętej w I module
15		5.53.01.0005009	Wizyta koordynująca – kontrolna	punkt	300				x		- wizyta koordynująca (kontrolna) zrealizowana w okresie 7-14 dni od wypisu pacjenta z oddziału, obejmuje badanie elektrokardiograficzne i badania laboratoryjne: morfologia krwi, stężenie potasu we krwi, stężenie kreatyniny we krwi, stężenie białka C-reaktywnego (CRP), a także edukację pacjenta przez personel pielęgniarski - do rozliczenia jednorazowo w całym procesie kompleksowej opieki - produkt dedykowany do sumowania przy rozliczaniu właściwej JGP ujętej w I module
17	II Moduł	5.11.02.9000063	Rehabilitacja w ramach opieki kompleksowej w ośrodku lub oddziale dziennym	punkt	1,4				x		

21	III Moduł urologiczna opieka specjalistyczna	5.52. 01.0001507	Specjalistyczna opieka urologiczna	punkt	800				x		- obejmuje co najmniej 6 porad w okresie objęcia KOS – NPM rozliczane ryczałtem po ich zrealizowaniu; (pierwsza konsultacja urologiczna powinna odbyć się nie później niż w 1 tygodniu od momentu wypisu pacjenta ze szpitala, kolejne porady specjalistyczne urologiczne zgodnie z indywidualnym planem leczenia); wizyta kontrolna;usunięcie drenażu moczowego, kontrola USG
22			Specjalistyczna opieka urologiczna - bilans opieki	punkt	200				x		- porada specjalistyczna kończąca opiekę w ramach KOS-NPM zrealizowana nie wcześniej, niż 6 tygodni przed zakończeniem opieki KOS – NPM - obejmuje przeprowadzenie u pacjenta o bilansu opieki w ramach KOS-NPM wraz z przekazaniem sprawozdania do Krajowego Rejestru Operacji Nowotworu Pęczerza Moczowego (badania i ocena zgodnie z indywidualnym stanem pacjenta)

(*) oznaczenie grup o charakterze zabiegowym

(**) taryfa ustalona w obwieszczeniu Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznej i Taryfikacji z dnia 29 czerwca 2016 r.

Załącznik 3. Kompleksowa Opieka nad Pacjentem Chorym na Nowotwór Pęcherza Moczowego (KOS – NPM)

Nazwa zakresu świadczeń

1. Kod zakresu: ... KOMPLEKSOWA OPIEKA SPECJALISTYCZNA NAD PACJENTEM CHORYM NA NOWOTWÓR PĘCHERZA MOCZOWEGO (KOS – NPM)	
1.1 WARUNKI WYMAGANE – realizacja świadczeń zgodnie z warunkami określonymi w Lp. 46 załącznika nr 4 do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego	
Realizacja świadczeń, zgodnie z indywidualnym stanem klinicznym pacjenta z rozpoznaniami wg ICD – 10: C67, obejmuje: 1) leczenie szpitalne; 2) rehabilitację; 3) urologiczną opiekę specjalistyczną.	
1.1.1 WARUNKI WYMAGANE DLA LECZENIA SZPITALNEGO – zgodnie z obowiązującym rozporządzeniem Mninistra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego	
1) warunki ogólne – wynikające z § 4 ust. 1 pkt 1 – 7, § 5, § 5a, § 6, § 6a, § 6b, §7 i § 9 rozporządzenia szpitalnego; 2) warunki szczegółowe – wynikające z części I Lp. 24 załącznika – spełnienie wymagań określonych w Lp. 46 Urologia	
1.1.2 WARUNKI WYMAGANE DLA REHABILITACJI – zgodnie z obowiązującym rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej	
1.1.3 WARUNKI WYMAGANE DLA UROLOGICZNEJ OPIEKI SPECJALISTYCZNEJ – zgodnie z lp. 57 załącznika nr 5 do obowiązujacego rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej	
1.2 WARUNKI WYMAGANE – do zawarcia umowy	
1.2.1 Wymagania formalne	1) Posiadanie w strukturze organizacyjnej (wpis w rejestrze): oddziału szpitalnego o profilu urologia, 2) Posiadanie w strukturze organizacyjnej lub na podstawie podwykonawstwa, lub na podstawie art. 132a ustawy o świadczeniach: – pracowni radiologii, – poradni specjalistycznej o profilu urologia.
1.2.2 Organizacja udzielania świadczeń	1) Harmonogram udzielania świadczeń w ramach opieki koordynowanej nie może ograniczać dostępności do świadczeń realizowanych w ramach innych umów. 2) Całodobowa możliwość kontaktu telefonicznego (w ramach oddziału urologicznego) dla pacjentów objętych kompleksową opieką oraz możliwość uzyskania konsultacji 24h/dobę.
1.2.3 Pozostałe warunki	Koordynacja wszystkich działań związanych z opieką nad pacjentem w okresie 12 miesięcy od rozpoczęcia leczenia zgodnie z opisem KOS – NPM.

Załącznik 4 Opis przedmiotu umowy, opis świadczenia pod nazwą: „Kompleksowa Opieka nad Pacjentem Chorym na Nowotwór Pęcherza Moczowego (KOS – NPM)"

1.	Charakterystyka świadczenia	
1.1	Nazwa zakresu świadczeń	Kod zakresu ….. Kompleksowa Opieka nad Pacjentem z Nowotworem Pęcherza Moczowego (KOS – NPM)
1.2	Kryteria kwalifikacji świadczeniobiorców wymagających udzielenia świadczenia	Do objęcia opieką kompleksową kwalifikują się pacjenci dotknięci nowotworem pęcherza moczowego według rozpoznań ICD - 10: • C67 Nowotwór złośliwy pęcherza moczowego • Nienaciekający nowotwór pęcherza moczowego o dużym stopniu złośliwości nmib cTa / T1 HG +/ - CIS – NMIBC • stopniu zaawansowania mib w stopniu >= T2 Nx M0 - MIBC
1.3	Określenie świadczenia	Kompleksowa opieka nad pacjentem z nowotworem pęcherza moczowego obejmuje procedury medyczne związane z przygotowaniem pacjenta do zabiegu operacyjnego, wykonanie procedur JGP (L21 – Kompleksowe zabiegi pęcherza moczowego z wytworzeniem przetoki lub L22 – Duże otwarte zabiegi na pęcherzu moczowym, w tym plastyka lub L26 – Średnie zabiegi endoskopowe na pęcherzu moczowym) klinicznymi oraz ambulatoryjną opiekę specjalistyczną i rehabilitację w okresie 12 miesięcy od rozpoczęcia realizacji świadczenia. Celem opieki kompleksowej jest zapewnienie pacjentowi: 1) koordynacji leczenia obejmującego wykonanie ww. procedury zabiegowej oraz zapewnienie dostępności do ewentualnego leczenia, w szczególności radioterapii i/lub chemioterapii; 2) rehabilitacji; 3) urologicznej opieki specjalistycznej, obejmującej realizację badań diagnostycznych i kontrolę stanu zdrowia pacjenta. Kompleksowa opieka skoordynowana przez jeden ośrodek – podmiot koordynujący realizowana jest w różnych komórkach organizacyjnych (podmiotach), zgodnie ze schematem organizacyjnym realizacji kompleksowej opieki opracowanym przez podmiot koordynujący. Podmiotem koordynującym jest szpital posiadający oddział urologiczny, zapewniający jednocześnie wymaganą infrastrukturę do realizacji świadczeń w ramach opieki kompleksowej w dostępie, tj. przyszpitalną poradnię urologiczną. Wszystkie działania związane z opieką nad pacjentem w ramach hospitalizacji oraz w okresie 12 miesięcy od rozpoczęcia świadczenia organizuje i nadzoruje podmiot koordynujący, który: 1) prowadzi diagnostykę, w tym endoskopową, leczenie zachowawcze i zabiegowe – zgodnie z indywidualnymi potrzebami pacjenta – przy uwzględnieniu świadczeń wchodzących w zakres opieki kompleksowej;

cd 1.3	Określenie świadczenia	2) opracowuje indywidualny plan leczenia pacjenta, obejmujący informacje na temat zaplanowanych rodzajów leczenia, ich kolejności, orientacyjnych terminów oraz świadczeniodawców (ich lokalizacji), u których to leczenie będzie prowadzone – w przypadkach uzasadnionych stanem zdrowia pacjenta dokonuje zmiany planu leczenia pacjenta; 3) koordynuje czynności związane z zapewnieniem konsultacji specjalistycznych koniecznych w procesie opieki; 4) zapewnia leczenie zabiegowe, zgodnie ze stanem klinicznym pacjenta; 5) zapewnia odpowiednią rehabilitację zgodnie ze stanem pacjenta oraz edukację dotyczącą stylu życia i czynników ryzyka; 6) zapewnia/koordynuje ambulatoryjną specjalistyczną opiekę urologiczną; 7) zapewnia możliwość 24-godzinnego kontaktu (w ramach oddziału urologicznego) zgodnie ze schematem organizacyjnym realizacji KOS – NPM; 8) odpowiada za prowadzenie dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami; 9) prowadzi sprawozdawczość z wykonanych świadczeń z zakresu diagnostyki i terapii nowotworów pęcherza moczowego do Krajowego Rejestru Raka Pęcherza Moczowego po ewentualnym utworzeniu rejestru w drodze rozporządzenia Ministra Zdrowia; 10) w przypadku gdy pacjent po diagnostyce nie kwalifikuje się do objęcia opieką w ramach KOS – NPM, odnotowuje ten fakt w historii choroby oraz niezwłocznie w systemie informatycznym dedykowanym do monitorowania KOS – NPM, po jego udostępnieniu przez NFZ; 11) po zakończeniu udzielania świadczenia w ramach KOS – NPM przekazuje informacje lekarzowi POZ/AOS o świadczeniach zalecanych pacjentowi.
1.4	Częstość występowania nowotworów pęcherza moczowego oraz liczba wykonywanych kompleksowych i dużych świadczeń zabiegowych	Według mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie onkologii, opracowanej przez Ministerstwo Zdrowia, w 2012 stwierdzono 8 500 zachorowań na raka pęcherza moczowego, natomiast w 2029 roku w Polsce wystąpi ponad 11 500 nowych zachorowań na nowotwór złośliwy pęcherza moczowego, przy czym najwięcej w województwach mazowieckim oraz śląskim – odpowiednio 1620 oraz 1390. Więcej niż 630 nowych przypadków zostanie odnotowanych w połowie województw w Polsce, a najmniejsza ich liczba wystąpi w województwach lubuskim (305) oraz opolskim (301). W 2016 roku liczba wykonanych procedur L21 – Kompleksowe zabiegi pęcherza moczowego z wytworzeniem przetoki wyniosła 1051, natomiast L22 – Duże otwarte zabiegi na pęcherzu moczowym, w tym plastyka, wyniosła 875.

1.5	Specyfikacja zasadniczych procedur medycznych wykonywanych w trakcie udzielania świadczenia	57.721 Wycięcie pęcherza radykalne z odprowadzeniem moczu przez wstawkę jelitową u mężczyzny; 57.712 Usunięcie pęcherza, stercza, pęcherzyków nasiennych i tkanki tłuszczowej; 57.722 Wycięcie pęcherza radykalne z wytworzeniem zastępczego, kontynentnego zbiornika jelitowego u mężczyzny 57.723 Wycięcie pęcherza radykalne z wytworzeniem ortotopowego pęcherza jelitowego u mężczyzny 57.724 Wycięcie pęcherza radykalne z wytworzeniem przetok moczowodowo-skórnych u mężczyzny 57.725 Wycięcie pęcherza radykalne i całej cewki moczowej męskiej (cystouretrektomia) z wytworzeniem przetok moczowodowo-skórnych 57.727 Wycięcie pęcherza radykalne i cewki moczowej męskiej z odprowadzeniem moczu przez wstawkę jelitową 57.730 Wycięcie pęcherza radykalne wraz z całą cewką moczową, macicą, przydatkami i przednią ścianą pochwy z wytworzeniem przetok moczowodowo-skórnych 57.731 Wycięcie pęcherza radykalne wraz z całą cewką moczową, macicą, przydatkami i przednią ścianą pochwy z odprowadzeniem moczu przez wstawkę jelitową 57.711 Wytrzewienie miednicy u mężczyzny 57.741 Wycięcie radykalne pęcherza laparoskopowo z odprowadzeniem moczu przez wstawkę jelitową metodą otwartą 57.713 Usunięcie pęcherza, cewki moczowej i tkanki tłuszczowej u kobiety 57.745 Wycięcie pęcherza radykalne laparoskopowo z wytworzeniem przetok moczowodowo-skórnych metodą otwartą 57.711 Wytrzewienie miednicy u mężczyzny 57.791 Wycięcie pęcherza proste (bez limfadenektomii) z wytworzeniem przetok moczowodowo-skórnych u mężczyzny 57.873 Zastąpienie pęcherza z użyciem jelita biodrowego lub esicy (zastępczy pęcherz jelitowy) 57.42 Uretrocystoskopia i elektroresekcja guza pęcherza (TURBIT)
1.5	Specyfikacja zasadniczych procedur medycznych wykonywanych w trakcie udzielania świadczenia	M37 Kreatynina 99.04 Przetoczenie koncentratu krwinek czerwonych G11 Czas częściowej tromboplastyny po aktywacji (APTT) O35 Sód (Na) G21 Czas protrombinowy (PT) N13 Mocznik L43 Glukoza z krwi żylnej N45 Potas (K) 87.440 RTG klatki piersiowej C53 Morfologia krwi 8-parametrowa I81 Białko C-reaktywne (CRP)

		I81 Białko C-reaktywne (CRP) I77 Białko całkowite C55 Morfologia krwi, z pełnym różnicowaniem granulocytów A01 Badanie ogólne moczu (profil) 99.07 Przetoczenie osocza – inne I09 Albumina I19 Aminotransferaza asparaginianowa I17 Aminotransferaza alaninowa (ALT) O29 Równowaga kwasowo-zasadowa (pH, pCO2, pO2, HCO3, BE) 89.522 Elektrokardiogram z 12 lub więcej odprowadzeniami O77 Wapń całkowity (Ca) I97 Chlorek (Cl) E20 Próba zgodności serologicznej M87 Magnez całkowity (Mg) I89 Bilirubina całkowita N58 Prokalcytonina I99 Cholesterol całkowity O49 Triglicerydy L23 Fosforan nieorganiczny 88.759 Diagnostyka ultrasonograficzna układu moczowego – inne
1.6	Oczekiwane wyniki postępowania	Kompleksowa opieka nad pacjentem z nowotworem pęcherza moczowego, oparta na zapewnieniu koordynacji leczenia pacjenta, u którego wykonano zabieg operacyjnego leczenia nowotworu pęcherza moczowego, ma zapewnić właściwe postępowanie terapeutyczne, obniżyć śmiertelność szpitalną. Wczesna rehabilitacja i urologiczna opieka specjalistyczna w okresie 12 miesięcy ma poprawić jakość opieki nad pacjentem oraz zapewnić właściwą kontrolę czynników ryzyka, co może wpłynąć pozytywnie na obniżenie odsetka śmiertelności odległej, jak również ma na celu przywrócenie zdolności do pracy osobom, które w następstwie choroby są zagrożone długotrwałą niezdolnością do pracy i jednocześnie rokują odzyskanie tej zdolności po przeprowadzeniu rehabilitacji.
2	Warunki wykonania i finansowania świadczenia	
2.1	Warunki wykonania świadczenia	Zgodnie z warunkami określonymi w lp. 46 załącznika nr 3 do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego.
2.2	Organizacja udzielania świadczenia	Świadczeniodawca, realizujący świadczenia w ramach KOS – NTM, pełniący rolę ośrodka koordynującego, zapewnia w strukturze organizacyjnej oddział szpitalny o profilu urologia, spełniający warunki określone w części I lp.46 załącznika nr 3 do rozporządzenia szpitalnego oraz w ramach dostępu: • pracownię radiologii, • badań urodynamicznych − w lokalizacji; • badań histopatologicznych śródoperacyjnych; • poradnię specjalistyczną przyszpitalną o profilu urologia, spełniającą warunki rozporządzenia ambulatoryjnego.

		Na potrzeby realizacji skoordynowanych działań związanych z KOS – NPM świadczeniodawca wyznacza koordynatora nadzorującego cały plan leczenia pacjenta, do którego zadań należy w szczególności: ustalanie terminów spotkań, nadzorowanie prowadzenia dokumentacji oraz czuwanie nad jakością całego procesu leczenia. Opieka nad pacjentem, mająca na celu zapewnienie kompleksowości i ciągłości w optymalnym z punktu widzenia klinicznego czasie, składa się z następujących modułów postępowania, realizowanych zgodnie z potrzebami klinicznymi pacjentów: **I Moduł – leczenie zabiegowe** obejmuje: 1) hospitalizację pacjenta w celu przygotowania pacjenta do leczenia zabiegowego i realizację jednej z procedur: L21 – Kompleksowe zabiegi pęcherza moczowego z wytworzeniem przetoki; L22 – Duże otwarte zabiegi na pęcherzu moczowym, w tym plastyka; L26 – Średnie zabiegi endoskopowe na pęcherzu moczowym. 2) ustalony w trakcie hospitalizacji przez lekarza urologa, wspólnie z lekarzem rehabilitacji medycznej, indywidualny plan leczenia pacjenta uwzględniający w szczególności leczenie z zakresu radioterapii i chemioterapii oraz odpowiednią rehabilitację i wizyty w poradni urologicznej. Plan leczenia należy załączyć do dokumentacji medycznej pacjenta; 3) wizytę koordynującą (kontrolną), w celu oceny stanu zdrowia pacjenta i ewentualnej modyfikacji planu leczenia pacjenta, w ramach której wykonane są: 4) wizyta kontrolna powinna się odbyć w okresie 7–14 dni od wypisu pacjenta z oddziału.
2.2	Organizacja udzielania świadczenia	**II Moduł – rehabilitacja** obejmuje: 1) rehabilitację onkologiczną i ogólnoustrojową realizowaną według indywidualnego planu rehabilitacyjnego w warunkach ośrodka lub oddziału dziennego **III Moduł – urologiczna opieka specjalistyczna** obejmuje: 1) specjalistyczną opiekę urologiczną w okresie 12 miesięcy od rozpoczęcia realizacji świadczenia, w ramach której pacjent powinien mieć możliwość uzyskania porady we wszystkie dni tygodnia, jeżeli wynika to z indywidualnego planu opieki, z zachowaniem możliwości dostępu do świadczeń opieki medycznej w oddziale szpitalnym o profilu urologia 24 godziny na dobę w przypadku wskazań medycznych, oraz uzyskania badań diagnostycznych; 2) co najmniej 6 porad specjalistycznych. Podmiot koordynujący odpowiada za realizację świadczeń zgodnie ze standardami i warunkami określonymi w przepisach prawa, w szczególności w aktualnie obowiązujących rozporządzeniach Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu: leczenia szpitalnego, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz rehabilitacji, a także zgodnie z zasadami dobrej praktyki medycznej.

2.3	Zakres dziedzin medycyny uprawnionych do wykonania świadczenia	Zgodnie z załącznikiem nr 1 do zarządzenia: urologia, rehabilitacja medyczna.
2.4	Warunki i etapy finansowania świadczenia	Rozliczenie pacjenta zakwalifikowanego do opieki kompleksowej następuje po zakończeniu hospitalizacji obejmującej wykonanie jednej z procedur zabiegowych (L21 lub L22,lub L26) oraz ustaleniu indywidualnego planu leczenia dla pacjenta, jak również po przeprowadzeniu wizyty koordynującej (kontrolnej) w ciągu 7-14 dni od wypisu z oddziału. Produkty jednostkowe do rozliczania świadczeń z zakresu: kompleksowa opieka nad pacjentem z nowotworem pęcherza moczowego, realizowanych w ramach poszczególnych modułów, określone są w katalogu produktów rozliczeniowych dedykowanych do rozliczania świadczeń kompleksowych, stanowiącym załącznik nr 1k do zarządzenia. Finansowanie poszczególnych modułów kompleksowej opieki, realizowanych zgodnie z potrzebami klinicznymi pacjentów, obejmuje: **w zakresie I Modułu:** a) hospitalizację z wykonaniem procedury L21 lub L22, lub L26 – rozliczaną w ramach JGP z katalogu świadczeń kompleksowych, b) dodatkowe świadczenia rozliczane produktami jednostkowymi ujętymi w katalogu produktów do sumowania (zał. 1c do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne) – możliwe do sumowania z właściwą JGP z katalogu świadczeń kompleksowych, c) opracowanie indywidualnego planu kompleksowego leczenia pacjenta chorego na raka pęcherza moczowego – rozliczane produktem z katalogu świadczeń kompleksowych dedykowanego do sumowania z właściwą JGP z tego katalogu, d) wizytę koordynującą (kontrolną) rozliczaną produktem z katalogu świadczeń kompleksowych. **w zakresie II Modułu:** a) rehabilitację ogólnoustrojową realizowaną według indywidualnego planu leczenia, rozliczaną w ramach z katalogu świadczeń kompleksowych, – w przypadku rozpoczęcia przez pacjenta rehabilitacji w ciągu 14 dni od wypisu ze szpitala rozliczenie zrealizowanej rehabilitacji korygowane jest o współczynnik 1,1. **w zakresie III Modułu:** urologiczną opiekę specjalistyczną w okresie 12 miesięcy od rozpoczęcia świadczenia, obejmującą: a) realizację co najmniej 6 porad u pacjenta w okresie objęcia KOS – NPM, rozliczanych ryczałtem po ich zrealizowaniu w ramach produktu w katalogu świadczeń kompleksowych,

		b) poradę specjalistyczną wraz z przeprowadzeniem bilansu opieki u pacjenta kończącego opiekę w ramach KOS-NPM wraz z przekazaniem danych sprawozdawczych do Krajowego Rejestru Raka Pęcherza Moczowego (badania i ocena stanu klinicznego) – rozliczaną w ramach produktu rozliczeniowego: „Specjalistyczna opieka urologiczna – bilans opieki" z katalogu świadczeń kompleksowych.
2.4	Warunki i etapy finansowania świadczenia	Zasady rozliczania świadczeń w ramach KOS – NPM: 1. Poszczególne elementy opieki kompleksowej, realizowane zgodnie z potrzebami klinicznymi pacjenta w ramach leczenia szpitalnego, rehabilitacji, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, finansowane w ramach umowy w rodzaju leczenie szpitalne – świadczenia kompleksowe, rozliczane są w następujący sposób: • po zakończeniu hospitalizacji obejmującej włączenie pacjenta do KOS – NPM i wykonaniu procedury zabiegowej, • po przeprowadzeniu rehabilitacji, • po zakończeniu ambulatoryjnej specjalistycznej opieki urologicznej i wykonaniu bilansu opieki. W sytuacji gdy ze względów medycznych niemożliwe było zrealizowanie u pacjenta wszystkich świadczeń wynikających z indywidualnego planu leczenia, rozliczeniu podlegają wyłącznie elementy opieki kompleksowej dotychczas zrealizowane u pacjenta (bez uwzględnienia współczynników jakościowych), a kontynuacja leczenia następuje w ramach umowy na leczenie szpitalne. 2. W sytuacji gdy u pacjenta objętego KOS – NPM wystąpiły wskazania do hospitalizacji w oddziale anestezjologii i intensywnej terapii, rozliczenie pobytu w OAiIT następuje w ramach umowy na leczenie szpitalne, w zakresie świadczeń: anestezjologia i intensywna terapia. 3. W przypadku gdy podmiot koordynujący realizację świadczenia KOS – NPM realizuje je dla pacjentów w ramach posiadanych w strukturze organizacyjnej oddziałów radioterapii i chemioterapii (wpisanych do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą) – wartość tych produktów rozliczeniowych korygowana jest o współczynnik 1,2. 4. Po spełnieniu określonych warunków, przy ostatnim etapie rozliczania KOS –NPM, uwzględnia się współczynniki jakościowe: a) jeżeli pacjentowi (czynnemu zawodowo) do 4. miesiąca od wypisu ze szpitala zostanie wydane przez lekarza sprawującego opiekę nad pacjentem zaświadczenie lekarskie o braku przeciwskazań z powodu choroby nowotworowej do podjęcia/wykonywania pracy (kopię zaświadczenia o zdolności do pracy, poświadczoną podpisem pacjenta podmiot koordynujący obowiązany jest załączyć do historii choroby);

		– wartość produktów rozliczeniowych z katalogu świadczeń kompleksowych (ustalona dla JGP i specjalistycznej opieki urologicznej) – zrealizowanych w ramach modułów I oraz III – korygowana jest o współczynnik 1,1, b) jeżeli u pacjenta wszystkie świadczenia wynikające z indywidualnego planu leczenia zostały zrealizowane w ciągu 12 miesięcy zgodnie z założeniami KOS-NPM: – wartość produktów rozliczeniowych z katalogu świadczeń kompleksowych (ustalona dla JGP i specjalistycznej opieki urologicznej) – zrealizowanych w ramach modułów I oraz III – korygowana jest o współczynnik 1,15, c) w sytuacji spełnienia łącznie warunków wskazanych w lit. a i b, wówczas: – wartość produktów rozliczeniowych z katalogu świadczeń kompleksowych (ustalona dla JGP i specjalistycznej opieki urologicznej) – zrealizowanych w ramach modułów I oraz III – korygowana jest o współczynnik 1,25. 5. Kwota na finansowanie KOS – NPM obejmuje procedury (wykonywane stacjonarnie i ambulatoryjnie) wskazane w przepisach rozporządzenia szpitalnego, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej i rehabilitacji, oraz w niniejszym zarządzeniu, nie uwzględnia natomiast świadczeń w innych dziedzinach medycyny, związanych ze schorzeniami innych narządów.
2.5	Pozostałe zasady rozliczania	W przypadku przystąpienia podmiotu do realizacji świadczeń KOS – NPM Fundusz nie finansuje u danego świadczeniodawcy, w sytuacji pacjenta włączonego do kompleksowej opieki, świadczeń będących przedmiotem tej umowy, tj. świadczeń związanych z diagnostyką i leczeniem zabiegowym nowotworu pęcherza moczowego, rehabilitacją, opieką ambulatoryjną, w ramach umów w rodzaju: leczenie szpitalne (typ umowy – 03/01), AOS (typ umowy – 02/01), oraz rehabilitacji leczniczej (typ umowy 05), zgodnie z przepisami odpowiednich zarządzeń, chyba że przepisy załącznika nr 4 do zarządzenia stanowią inaczej.
3.	Dane do sprawozdawczości	
		Zgodnie z systemem informatycznym udostępnionym przez Fundusz.
4.	Istniejące wytyczne postępowania medycznego	
		Zgodnie z aktualnymi wytycznymi Polskiego Towarzystwa Urologicznego (PTU) dotyczącymi postępowania z chorymi na nowotwór złośliwy pęcherza moczowego
5.	Parametry jakościowe do oceny udzielania świadczeń	
		Monitorowanie i ewaluacja programu opieki kompleksowej nad pacjentem dotkniętym nowotworem pęcherza moczowego będzie obejmowała zarówno wskaźniki dotyczące jakości opieki nad pacjentem na

		poziomie ośrodka realizującego program opieki kompleksowej, jak i wskaźniki dotyczące efektów leczenia. Podmiot koordynujący zobowiązany jest do obligatoryjnego sprawozdawania do Krajowego Rejestru Raka Pęcherza Moczowego danych dotyczących wyjściowej hospitalizacji, a po 12 miesiącach realizacji KOS – NPM, danych umożliwiających określenie następujących wskaźników: – odsetek pacjentów, którzy ukończyli rehabilitację oraz powody rezygnacji z rehabilitacji [%], – śmiertelność w ciągu 30 dni od dnia hospitalizacji, – śmiertelność w ciągu 360 dni od dnia hospitalizacji, – odsetek pacjentów, u których wystąpiło zakażenie wewnątrzszpitalne, – odsetek pacjentów, u których wykonano reoperację z powodu powikłań.

13. Załączniki dotyczące funkcjonowania oddziałów urologii opracowane na podstawie map potrzeb zdrowotnych

Załącznik 1. Wartości współczynnika chorobowości szpitalnej – szczegółowe dane dotyczące poszczególnych województw

Współczynnik chorobowości szpitalnej wyraża liczbę osób hospitalizowanych z powodu wszystkich przyczyn lub z powodu danej jednostki chorobowej w ciągu roku w przeliczeniu na 100 000 ludności.

W poniższych tabelach przedstawiono wskaźnik chorobowości szpitalnej w oddziale urologii na tle innych oddziałów dla każdego województwa.

Tabela 14. Wartości współczynnika chorobowości szpitalnej wg oddziałów i liczby hospitalizowanych pacjentów (rosnąco) województwo dolnośląskie.

Lp.	Specjalność grupy	Współczynniki chorobowości szpitalnej	
		Województwo	Polska
1	Oddział chorób wewnętrznych	1 991,97	1 975,18
2	Oddział chirurgiczny ogólny	1 950,33	1 846,55
3	Oddział położniczo-ginekologiczny	1 899,85	2 150,03
4	Oddział kardiologiczny	948,48	1 008,14
5	Oddział neonatologiczny	939,94	938,80
6	Oddział chirurgii urazowo-ortopedycznej	936,66	979,59
7	Oddział pediatryczny	855,87	958,70
8	Oddział okulistyczny	760,68	655,74
9	Oddział otorynolaryngologiczny	692,42	491,1
10	Oddział neurologiczny	564,59	694,49
11	Oddział urologiczny	430,62	462,1
12	Oddział gruźlicy i chorób płuc	404,21	396,24
13	Oddział onkologiczny	317,49	259,25
14	Oddział chirurgiczny dla dzieci	290,83	327,16
15	Oddział leczenia jednego dnia	271,03	323,72
16	Oddział chirurgii onkologicznej	256,71	196,3
17	Oddział gastroenterologiczny	232,98	192,95
18	Oddział reumatologiczny	214,42	154,32
19	Oddział neurochirurgiczny	206,36	177,83
20	Oddział anestezjologii i intensywnej terapii	184,56	185,97

Źródło: Opracowanie własne na podstawie mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie lecznictwa szpitalnego dla woj. dolnośląskiego

Tabela 15. Wartości współczynnika chorobowości szpitalnej wg oddziałów – województwo kujawsko-pomorskie

Lp.	Specjalność grupy	Współczynniki chorobowości szpitalnej	
		Województwo	Polska
1.	Oddział położniczo-ginekologiczny	2 130,64	2 150,03
2.	Oddział chirurgiczny ogólny	2 054,10	1 846,55
3.	Oddział chorób wewnętrznych	1 899,85	1 975,18
4.	Oddział pediatryczny	1 104,93	958,70
5.	Oddział kardiologiczny	1 024,70	1 008,14
6.	Oddział neonatologiczny	889,52	938,80
7.	Oddział chirurgii urazowo-ortopedycznej	775,22	979,59
8.	Oddział neurologiczny	643,40	694,49
9.	Oddział okulistyczny	587,35	655,74
10.	Oddział gruźlicy i chorób płuc	484,37	396,24
11.	Oddział urologiczny	451,41	462,1
12.	Oddział leczenia jednego dnia	407,07	323,72
13.	Oddział chorób zakaźnych	395,12	234,55
14.	Oddział otorynolaryngologiczny	359,61	491,1
15.	Oddział chirurgiczny dla dzieci	338,4	327,16
16.	Oddział neurochirurgiczny	275,06	177,83
17.	Oddział anestezjologii i intensywnej terapii	183,21	185,97
18.	Oddział nefrologiczny	154,9	110,29
19.	Oddział dermatologiczny	152,4	132,92
20.	Oddział chirurgii onkologicznej	143,77	196,3

Źródło: Opracowanie własne na podstawie mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie lecznictwa szpitalnego dla woj. kujawsko-pomorskiego

Tabela 16. Wartości współczynnika chorobowości szpitalnej wg oddziałów – województwo lubelskie

Lp.	Specjalność grupy	Współczynniki chorobowości szpitalnej	
		Województwo	Polska
1.	Oddział chorób wewnętrznych	2 297,90	1 975,18
2.	Oddział położniczo-ginekologiczny	2 000,57	2 150,03
3.	Oddział chirurgiczny ogólny	1 885,21	1 846,55
4.	Oddział kardiologiczny	1 172,06	1 008,14
5.	Oddział neurologiczny	1 118,34	694,49
6.	Oddział chirurgii urazowo-ortopedycznej	924,33	979,59

7.	Oddział pediatryczny	865,64	958,70
8.	Oddział neonatologiczny	790,45	938,80
9.	Oddział okulistyczny	561,47	655,74
10.	Oddział gruźlicy i chorób płuc	525,61	396,24
11.	Oddział urologiczny	521,53	462,1
12.	Oddział otorynolaryngologiczny	490,69	491,1
13.	Oddział leczenia jednego dnia	383,3	323,72
14.	Oddział chirurgii onkologicznej	310,92	196,3
15.	Oddział chorób zakaźnych	289,87	234,55
16.	Oddział onkologiczny	241,92	259,25
17.	Oddział reumatologiczny	214,92	154,32
18.	Oddział nefrologiczny	200,44	110,29
19.	Oddział chirurgiczny dla dzieci	186,09	327,16
20.	Oddział chirurgii naczyniowej	179,2	140,11

Źródło: Opracowanie własne na podstawie mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie lecznictwa szpitalnego dla woj. lubelskiego

Tabela 17. Wartości współczynnika chorobowości szpitalnej wg oddziałów – województwo lubuskie

Lp.	Specjalność grupy	Współczynniki chorobowości szpitalnej	
		Województwo	Polska
1.	Oddział położniczo-ginekologiczny	2 159,48	2 150,03
2.	Oddział chirurgiczny ogólny	1 904,51	1 846,55
3.	Oddział chorób wewnętrznych	1 862,54	1 975,18
4.	Oddział pediatryczny	1 022,63	958,70
5.	Oddział kardiologiczny	949,60	1 008,14
6.	Oddział chirurgii urazowo-ortopedycznej	822,21	979,59
7.	Oddział neonatologiczny	706,72	938,80
8.	Oddział okulistyczny	694,53	655,74
9.	Oddział neurologiczny	559,77	694,49
10.	Oddział otorynolaryngologiczny	523,31	491,1
11.	Oddział gruźlicy i chorób płuc	460,6	396,24
12.	Oddział urologiczny	435,73	462,1
13.	Oddział chirurgiczny dla dzieci	361,42	327,16
14.	Oddział onkologiczny	259,2	259,25
15.	Oddział leczenia jednego dnia	254,18	323,72
16.	Oddział anestezjologii i intensywnej terapii	203,27	185,97
17.	Oddział chirurgii naczyniowej	197,76	140,11

18.	Oddział hematologiczny	134,07	86,69
19.	Oddział reumatologiczny	105,86	154,32
20.	Oddział chorób zakaźnych	105,76	234,55

Źródło: Opracowanie własne na podstawie mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie lecznictwa szpitalnego dla woj. lubuskiego

Tabela 18. Wartości współczynnika chorobowości szpitalnej wg oddziałów – województwo łódzkie

Lp.	Specjalność grupy	Współczynniki chorobowości szpitalnej	
		Województwo	Polska
1.	Oddział chorób wewnętrznych	2 354,78	1 975,18
2.	Oddział położniczo-ginekologiczny	2 136,46	2 150,03
3.	Oddział chirurgiczny ogólny	1 770,59	1 846,55
4.	Oddział kardiologiczny	1 279,07	1 008,14
5.	Oddział chirurgii urazowo-ortopedycznej	995,12	979,59
6.	Oddział neonatologiczny	824,60	938,80
7.	Oddział okulistyczny	781,31	655,74
8.	Oddział pediatryczny	763,04	958,70
9.	Oddział neurologiczny	694,12	694,49
10.	Oddział urologiczny	580,01	462,1
11.	Oddział otorynolaryngologiczny	496,84	491,1
12.	Oddział gruźlicy i chorób płuc	391,86	396,24
13.	Oddział chirurgiczny dla dzieci	353,88	327,16
14.	Oddział leczenia jednego dnia	254,18	323,72
15.	Oddział gastroenterologiczny	306,44	192,95
16.	Oddział onkologiczny	286,76	259,25
17.	Oddział chorób zakaźnych	281,77	234,55
18.	Oddział neurochirurgiczny	243,27	177,83
19.	Oddział chirurgii onkologicznej	221,5	196,3
20.	Oddział chirurgii naczyniowej	213,86	140,11

Źródło: Opracowanie własne na podstawie mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie lecznictwa szpitalnego dla woj. łódzkiego

Tabela 19. Wartości współczynnika chorobowości szpitalnej wg oddziałów – województwo małopolskie

Lp.	Specjalność grupy	Współczynniki chorobowości szpitalnej	
		Województwo	Polska
1.	Oddział położniczo-ginekologiczny	2 113,41	2 150,03
2.	Oddział chorób wewnętrznych	1 727,19	1 975,18

3.	Oddział chirurgiczny ogólny	1 442,41	1 846,55
4.	Oddział neonatologiczny	1 047,85	938,80
5.	Oddział chirurgii urazowo-ortopedycznej	983,01	979,59
6.	Oddział kardiologiczny	909,04	1 008,14
7.	Oddział pediatryczny	832,61	958,70
8.	Oddział neurologiczny	575,98	694,49
9.	Oddział okulistyczny	572,78	655,74
10.	Oddział gruźlicy i chorób płuc	420,87	396,24
11.	Oddział otorynolaryngologiczny	366,8	491,1
12.	Oddział urologiczny	349,83	462,1
13.	Oddział chirurgiczny dla dzieci	294,39	327,16
14.	Oddział leczenia jednego dnia	276,12	323,72
15.	Oddział chirurgii onkologicznej	226,86	196,3
16.	Oddział anestezjologii i intensywnej terapii	226,09	185,97
17.	Oddział chorób zakaźnych	224,7	234,55
18.	Oddział onkologiczny	194,13	259,25
19.	Oddział neurochirurgiczny	146,62	177,83
20.	Oddział chorób zakaźnych dla dzieci	118,71	50,97

Źródło: Opracowanie własne na podstawie mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie lecznictwa szpitalnego dla woj. małopolskiego

Tabela 20. Wartości współczynnika chorobowości szpitalnej wg oddziałów – województwo mazowieckie

Lp.	Specjalność grupy	Współczynniki chorobowości szpitalnej	
		Województwo	Polska
1.	Oddział położniczo-ginekologiczny	2 201,53	2 150,03
2.	Oddział chirurgiczny ogólny	1 834,75	1 846,55
3.	Oddział chorób wewnętrznych	1 787,23	1 975,18
4.	Oddział neonatologiczny	1 162,68	938,80
5.	Oddział kardiologiczny	1 142,75	1 008,14
6.	Oddział chirurgii urazowo-ortopedycznej	1 005,50	979,59
7.	Oddział pediatryczny	943,22	958,70
8.	Oddział okulistyczny	609,81	655,74
9.	Oddział neurologiczny	584,25	694,49
10.	Oddział otorynolaryngologiczny	515,65	491,1
11.	Oddział urologiczny	489,85	462,1
12.	Oddział gastroenterologiczny	421,77	192,95
13.	Oddział chirurgiczny dla dzieci	324,44	327,16

14.	Oddział chorób zakaźnych	317,92	234,55
15.	Oddział gruźlicy i chorób płuc	314,32	396,24
16.	Oddział onkologiczny	284,48	259,25
17.	Oddział leczenia jednego dnia	272,46	323,72
18.	Oddział chirurgii onkologicznej	199,39	196,3
19.	Oddział anestezjologii i intensywnej terapii	197,39	185,97
20.	Oddział chirurgii naczyniowej	171,17	140,11

Źródło: Opracowanie własne na podstawie mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie lecznictwa szpitalnego dla woj. mazowieckiego

Tabela 21. Wartości współczynnika chorobowości szpitalnej wg oddziałów – województwo opolskie

Lp.	Specjalność grupy	Współczynniki chorobowości szpitalnej	
		Województwo	Polska
1.	Oddział chorób wewnętrznych	2 679,06	1 975,18
2.	Oddział położniczo-ginekologiczny	1 931,65	2 150,03
3.	Oddział chirurgiczny ogólny	1 732,67	1 846,55
4.	Oddział chirurgii urazowo-ortopedycznej	1 055,95	979,59
5.	Oddział pediatryczny	1 023,83	958,70
6.	Oddział neonatologiczny	868,45	938,80
7.	Oddział kardiologiczny	824,04	1 008,14
8.	Oddział neurologiczny	802,49	694,49
9.	Oddział okulistyczny	720,01	655,74
10.	Oddział gruźlicy i chorób płuc	558,29	396,24
11.	Oddział otorynolaryngologiczny	482,06	491,1
12.	Oddział urologiczny	429,29	462,1
13.	Oddział leczenia jednego dnia	304,62	323,72
14.	Oddział chirurgiczny dla dzieci	205,03	327,16
15.	Oddział neurochirurgiczny	185,69	177,83
16.	Oddział onkologiczny	177,23	259,25
17.	Oddział anestezjologii i intensywnej terapii	170,49	185,97
18.	Oddział chorób zakaźnych	161,63	234,55
19.	Oddział neurologiczny dla dzieci	145,92	58,76
20.	Oddział reumatologiczny	142,59	154,32

Źródło: Opracowanie własne na podstawie mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie lecznictwa szpitalnego dla woj. opolskiego

Tabela 22. Wartości współczynnika chorobowości szpitalnej wg oddziałów – województwo podkarpackie

Lp.	Specjalność grupy	Współczynniki chorobowości szpitalnej	
		Województwo	Polska
1.	Oddział położniczo-ginekologiczny	2 238,43	2 150,03
2.	Oddział chirurgiczny ogólny	2 048,40	1 846,55
3.	Oddział chorób wewnętrznych	1 885,60	1 975,18
4.	Oddział kardiologiczny	1 179,00	1 008,14
5.	Oddział pediatryczny	1 173,87	958,70
6.	Oddział neurologiczny	1 138,53	694,49
7.	Oddział chirurgii urazowo-ortopedycznej	1 121,66	979,59
8.	Oddział neonatologiczny	898,88	938,80
9.	Oddział okulistyczny	676,19	655,74
10.	Oddział otorynolaryngologiczny	597	491,1
11.	Oddział urologiczny	461,07	462,1
12.	Oddział gruźlicy i chorób płuc	346,81	396,24
13.	Oddział chorób zakaźnych	299,34	234,55
14.	Oddział chirurgiczny dla dzieci	277,16	327,16
15.	Oddział gastroenterologiczny	177,75	192,95
16.	Oddział onkologiczny	231,62	259,25
17.	Oddział leczenia jednego dnia	214,41	323,72
18.	Oddział reumatologiczny	191,34	154,32
19.	Oddział dermatologiczny	157,36	132,92
20.	Oddział anestezjologii i intensywnej terapii	156,04	185,97

Źródło: Opracowanie własne na podstawie mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie lecznictwa szpitalnego dla woj. podkarpackiego

Tabela 23. Wartości współczynnika chorobowości szpitalnej wg oddziałów – województwo podlaskie

Lp.	Specjalność grupy	Współczynniki chorobowości szpitalnej	
		Województwo	Polska
1.	Oddział położniczo-ginekologiczny	2 323,65	2 150,03
2.	Oddział chorób wewnętrznych	2 043,61	1 975,18
3.	Oddział chirurgiczny ogólny	1 996,17	1 846,55
4.	Oddział pediatryczny	1 283,64	958,70
5.	Oddział chirurgii urazowo-ortopedycznej	1 111,05	979,59
6.	Oddział kardiologiczny	854,86	1 008,14
7.	Oddział okulistyczny	699,21	655,74
8.	Oddział neurologiczny	602,30	694,49
9.	Oddział neonatologiczny	602,13	938,80

10.	Oddział chorób zakaźnych	561,51	234,55
11.	Oddział gruźlicy i chorób płuc	431,39	396,24
12.	Oddział urologiczny	410,74	462,1
13.	Oddział otorynolaryngologiczny	373,5	491,1
14.	Oddział gastroenterologiczny	358,16	192,95
15.	Oddział chirurgiczny dla dzieci	287,45	327,16
16.	Oddział chirurgii onkologicznej	245,91	196,3
17.	Oddział onkologiczny	212,03	259,25
18.	Oddział otorynolaryngologiczny dla dzieci	206,89	84,02
19.	Oddział anestezjologii i intensywnej terapii	182,79	185,97
20.	Oddział neurochirurgiczny	158,1	177,83

Źródło: Opracowanie własne na podstawie mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie lecznictwa szpitalnego dla woj. podlaskiego

Tabela 24. Wartości współczynnika chorobowości szpitalnej wg oddziałów – województwo pomorskie

Lp.	Specjalność grupy	Współczynniki chorobowości szpitalnej	
		Województwo	Polska
1.	Oddział położniczo-ginekologiczny	2 001,98	2 150,03
2.	Oddział chirurgiczny ogólny	1 752,15	1 846,55
3.	Oddział chorób wewnętrznych	1 480,04	1 975,18
4.	Oddział pediatryczny	1 076,00	958,70
5.	Oddział neonatologiczny	1 041,93	938,80
6.	Oddział kardiologiczny	900,97	1 008,14
7.	Oddział chirurgii urazowo-ortopedycznej	784,12	979,59
8.	Oddział otorynolaryngologiczny	432,61	491,1
9.	Oddział okulistyczny	563,78	655,74
10.	Oddział urologiczny	513,77	462,1
11.	Oddział neurologiczny	506,82	694,49
12.	Oddział leczenia jednego dnia	383,79	323,72
13.	Oddział chirurgiczny dla dzieci	309,64	327,16
14.	Oddział gruźlicy i chorób płuc	273,15	396,24
15.	Oddział onkologiczny	272,07	259,25
16.	Oddział chirurgii onkologicznej	194,03	196,3
17.	Oddział neurochirurgiczny	184,49	177,83
18.	Oddział dermatologiczny	172,44	132,92
19.	Oddział reumatologiczny	169,63	154,32
20.	Oddział chorób zakaźnych	167,95	234,55

Źródło: Opracowanie własne na podstawie mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie lecznictwa szpitalnego dla woj. pomorskiego

Tabela 25. Wartości współczynnika chorobowości szpitalnej wg oddziałów – województwo śląskie

Lp.	Specjalność grupy	Współczynniki chorobowości szpitalnej	
		Województwo	Polska
1.	Oddział chorób wewnętrznych	2 178,51	1 975,18
2.	Oddział położniczo-ginekologiczny	2 125,48	2 150,03
3.	Oddział chirurgiczny ogólny	1 543,42	1 846,55
4.	Oddział chirurgii urazowo-ortopedycznej	1 180,15	979,59
5.	Oddział kardiologiczny	1 005,12	1 008,14
6.	Oddział neonatologiczny	921,09	938,80
7.	Oddział okulistyczny	794,73	655,74
8.	Oddział neurologiczny	793,24	694,49
9.	Oddział pediatryczny	746,58	958,70
10.	Oddział chirurgiczny dla dzieci	434,66	327,16
11.	Oddział urologiczny	427,86	462,1
12.	Oddział leczenia jednego dnia	426,59	323,72
13.	Oddział gruźlicy i chorób płuc	408,52	396,24
14.	Oddział otorynolaryngologiczny	395,2	491,1
15.	Oddział onkologiczny	283,54	259,25
16.	Oddział anestezjologii i intensywnej terapii	185,21	185,97
17.	Oddział gastroenterologiczny	177,75	192,95
18.	Oddział chirurgii naczyniowej	169,22	140,11
19.	Oddział geriatryczny	163,21	70,6
20.	Oddział reumatologiczny	162,73	154,32

Źródło: Opracowanie własne na podstawie mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie lecznictwa szpitalnego dla woj. śląskiego

Tabela 26. Wartości współczynnika chorobowości szpitalnej wg oddziałów – województwo świętokrzyskie

Lp.	Specjalność grupy	Współczynniki chorobowości szpitalnej	
		Województwo	Polska
1.	Oddział chirurgiczny ogólny	2 357,81	1 846,55
2.	Oddział chorób wewnętrznych	2 289,17	1 975,18
3.	Oddział położniczo-ginekologiczny	2 124,43	2 150,03
4.	Oddział pediatryczny	1 321,41	958,70
5.	Oddział kardiologiczny	1 194,91	1 008,14
6.	Oddział chirurgii urazowo-ortopedycznej	1 152,37	979,59
7.	Oddział neurologiczny	911,25	694,49
8.	Oddział neonatologiczny	776,20	938,80
9.	Oddział otorynolaryngologiczny	637,48	491,1

10.	Oddział okulistyczny	608,43	655,74
11.	Oddział urologiczny	594,14	462,1
12.	Oddział gruźlicy i chorób płuc	502,99	396,24
13.	Oddział leczenia jednego dnia	423,1	323,72
14.	Oddział chorób zakaźnych	306,01	234,55
15.	Oddział chirurgiczny dla dzieci	300,18	327,16
16.	Oddział onkologiczny	263,47	259,25
17.	Oddział reumatologiczny	232,5	154,32
18.	Oddział chirurgii onkologicznej	188,76	196,3
19.	Oddział anestezjologii i intensywnej terapii	187,72	185,97
20.	Oddział endokrynologiczny	168,65	192,95

Źródło: Opracowanie własne na podstawie mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie lecznictwa szpitalnego dla woj. świętokrzyskiego

Tabela 27. Wartości współczynnika chorobowości szpitalnej wg oddziałów – województwo warmińsko-mazurskie

Lp.	Specjalność grupy	Współczynniki chorobowości szpitalnej	
		Województwo	Polska
1.	Oddział położniczo-ginekologiczny	2 353,86	2 150,03
2.	Oddział chorób wewnętrznych	2 343,06	1 975,18
3.	Oddział chirurgiczny ogólny	2 135,04	1 846,55
4.	Oddział pediatryczny	1 185,84	958,70
5.	Oddział chirurgii urazowo-ortopedycznej	929,22	979,59
6.	Oddział neurologiczny	669,26	694,49
7.	Oddział neonatologiczny	659,72	938,80
8.	Oddział kardiologiczny	638,28	1 008,14
9.	Oddział okulistyczny	521,25	655,74
10.	Oddział otorynolaryngologiczny	490,06	491,1
11.	Oddział leczenia jednego dnia	480,31	323,72
12.	Oddział gruźlicy i chorób płuc	412,92	396,24
13.	Oddział urologiczny	399,62	462,1
14.	Oddział chirurgiczny dla dzieci	355,13	327,16
15.	Oddział onkologiczny	254,95	259,25
16.	Oddział chorób zakaźnych	229,12	234,55
17.	Oddział chirurgii onkologicznej	183,52	196,3
18.	Oddział neurochirurgiczny	179,62	177,83
19.	Oddział anestezjologii i intensywnej terapii	159,43	185,97
20.	Oddział alergologiczny dla dzieci	150,45	84,02

Źródło: Opracowanie własne na podstawie mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie lecznictwa szpitalnego dla woj. warmińsko-mazurskiego

Tabela 28. Wartości współczynnika chorobowości szpitalnej wg oddziałów – województwo wielkopolskie

Lp.	Specjalność grupy	Współczynniki chorobowości szpitalnej	
		Województwo	Polska
1.	Oddział położniczo-ginekologiczny	2 457,70	2 150,03
2.	Oddział chirurgiczny ogólny	2 109,70	1 846,55
3.	Oddział chorób wewnętrznych	1 930,36	1 975,18
4.	Oddział neonatologiczny	1 077,77	938,80
5.	Oddział kardiologiczny	947,37	1 008,14
6.	Oddział pediatryczny	900,07	958,70
7.	Oddział chirurgii urazowo-ortopedycznej	784,12	979,59
8.	Oddział neurologiczny	699,53	694,49
9.	Oddział okulistyczny	509,39	655,74
10.	Oddział urologiczny	467,48	462,1
11.	Oddział otorynolaryngologiczny	432,61	491,1
12.	Oddział leczenia jednego dnia	431,47	323,72
13.	Oddział chirurgiczny dla dzieci	404,24	327,16
14.	Oddział gruźlicy i chorób płuc	354,46	396,24
15.	Oddział onkologiczny	308,05	259,25
16.	Oddział anestezjologii i intensywnej terapii	225,15	185,97
17.	Oddział chirurgii onkologicznej	184,88	196,3
18.	Oddział reumatologiczny	171,13	154,32
19.	Oddział neurochirurgiczny	170,09	177,83
20.	Oddział chorób zakaźnych	122,7	234,55

Źródło: Opracowanie własne na podstawie mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie lecznictwa szpitalnego dla woj. wielkopolskiego

Tabela 29. Wartości współczynnika chorobowości szpitalnej wg oddziałów – województwo zachodniopomorskie

Lp.	Specjalność grupy	Współczynniki chorobowości szpitalnej	
		Województwo	Polska
1.	Oddział położniczo-ginekologiczny	2 096,10	2 150,03
2.	Oddział chorób wewnętrznych	1 837,58	1 975,18
3.	Oddział chirurgiczny ogólny	1 776,99	1 846,55
4.	Oddział pediatryczny	1 165,34	958,70
5.	Oddział chirurgii urazowo-ortopedycznej	998,90	979,59
6.	Oddział neonatologiczny	889,25	938,80
7.	Oddział okulistyczny	888,49	655,74
8.	Oddział kardiologiczny	752,03	1 008,14

9.	Oddział otorynolaryngologiczny	567,68	491,1
10.	Oddział urologiczny	456,16	462,1
11.	Oddział neurologiczny	401,60	694,49
12.	Oddział gruźlicy i chorób płuc	360,5	396,24
13.	Oddział chirurgiczny dla dzieci	303,77	327,16
14.	Oddział chirurgii onkologicznej	290,02	196,3
15.	Oddział onkologiczny	269,47	259,25
16.	Oddział neurochirurgiczny	259,69	177,83
17.	Oddział anestezjologii i intensywnej terapii	180,89	185,97
18.	Oddział diabetologiczny	177,62	30,7
19.	Oddział gastroenterologiczny	176,68	192,95
20.	Oddział chorób zakaźnych	176,15	234,55

Źródło: Opracowanie własne na podstawie mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie lecznictwa szpitalnego dla woj. zachodniopomorskiego

Załącznik 2. Oddziały urologiczne w Polsce – podstawowe statystyki

Poniżej przedstawiono dane dotyczące poszczególnych oddziałów urologii we wszystkich województwach z uwzględnieniem liczby hospitalizowanych pacjentów, liczby hospitalizacji, liczby osobodni hospitalizacji, procentowego udziału hospitalizacji spoza województwa oraz liczbę łóżek zarejestrowanych w oddziale urologii zgodnie ze stanem z dnia 31 grudnia 2016 roku.

Tabela 30. Podstawowe statystyki, w tym liczba hospitalizowanych pacjentów (rosnąco) – województwo dolnośląskie

Lp.	Nazwa świadczeniodawcy	Powiat	Liczba hospitalizowanych pacjentów [tys.]	Liczba hospitalizacji [tys.]	Liczba osobodni hospitalizacji [tys.]	Hospitalizacje spoza województwa [%]	Liczba łóżek (na 3112.16)
1.	Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Jana Mikulicza-Radeckiego we Wrocławiu	m. Wrocław	2,3	3,2	10,8	11,7	37
2.	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Wrocławiu	m. Wrocław	1,7	2,1	6,7	7,9	-
3.	Dolnośląski Szpital Specjalistyczny im. T. Marciniaka - Centrum Medycyny Ratunkowej	m. Wrocław	1,6	2,3	9,4	3,5	33

4.	4. Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką SP ZOZ we Wrocławiu	m. Wrocław	1,4	1,9	6,5	7,7	25
5.	Specjalistyczny Szpital im. dr. Alfreda Sokołowskiego	m. Wałbrzych	1,1	1,5	2,6	0,8	8
6.	Wielospecjalistyczny Szpital - SP ZOZ w Zgorzelcu	zgorzelecki	1,0	1,5	3,4	2,2	25
7.	Wojewódzkie Centrum Szpitalne Kotliny Jeleniogórskiej	m. Jelenia Góra	0,9	1,6	4,1	1,3	19
8.	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Legnicy	m. Legnica	0,8	1	2,6	3,5	23
9.	ZOZ w Kłodzku	kłodzki	0,7	0,9	2,6	2,5	23
10.	Jaworskie Centrum Medyczne sp. z o.o.	jaworski	0,4	0,4	0,4	0,7	2
11.	NZOZ Multi - Medica	m. Wrocław	0,4	0,5	0,5	11,1	-
12.	Milickie Centrum Medyczne sp. z o.o.	milicki	0,0	0,2	0,6	31,5	-
13.	NZOZ Ośrodek Chirurgii Małoinwazyjnej i Endoskopowej s.c.	m. Wrocław	0,2	0,2	0,2	4,3	2
14.	Prywatna Poliklinika na Grobli sp. z o.o.	m. Wrocław	0,2	0,2	0,2	6,6	1
15.	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Dzierżoniowskie Centrum Specjalistyczne Dr Marioli Zawadzkiej”	dzierżoniowski	0,2	0,2	0,2	6,2	-
16.	Euromedicare - Szpital Specjalistyczny z Przychodnią	m. Wrocław	0,1	0,1	0,1	11,5	3
17.	Karkonoskie Centrum Medyczne	m. Jelenia Góra	0,1	0,1	0,1	3,3	6

Źródło: Opracowanie własne na podstawie mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie lecznictwa szpitalnego dla woj. dolnośląskiego

Tabela 31. Podstawowe statystyki, w tym liczba hospitalizowanych pacjentów (rosnąco) – województwo kujawsko-pomorskie

Lp.	Nazwa świadczeniodawcy	Powiat	Liczba hospitalizowanych pacjentów [tys.]	Liczba hospitalizacji [tys.]	Liczba osobodni hospitalizacji [tys.]	Hospitalizacje spoza województwa [%]	Liczba łózek (na 3112.16)
1.	Szpital Uniwersytecki nr 2 im. dr. Jana Biziela w Bydgoszczy	m. Bydgoszcz	2,1	3,2	6,5	12,5	33

2.	Szpital Uniwersytecki nr 1 im. dr. Antoniego Jurasza w Bydgoszczy	m. Bydgoszcz	1,5	2,2	5,9	16,3	24
3.	Szpital Wielospecjalistyczny im. dr. Ludwika Błażka w Inowrocławiu	inowrocławski	1,5	1,9	4,7	6,9	23
4.	SP ZOZ Specjalistyczny Szpital Miejski im. M. Kopernika	m. Toruń	1,3	1,7	5,8	4,7	21
5.	Regionalny Szpital Specjalistyczny im. dr. Władysława Biegańskiego w Grudziądzu	m. Grudziądz	1,2	1,6	4,5	11,4	20
6.	Centrum Onkologii im. prof. Franciszka Łukaszczyka w Bydgoszczy	m. Bydgoszcz	1,2	1,4	6,4	34,7	25
7.	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Włocławku	m. Włocławek	1,0	1,2	4,3	11	20
8.	SP ZOZ 10. Wojskowy Szpital Kliniczny z Poliklinika	m. Bydgoszcz	0,8	1	3,7	15,8	21
9.	Samodzielny Publiczny Wielospecjalistyczny ZOZ MSW w Bydgoszczy	m. Bydgoszcz	0,2	0,2	0,9	12,6	7
10.	NZOZ Stadmedica dr n. med. Ewa Jundziłł - Bieniek	m. Bydgoszcz	0,2	0,2	0,2	19	-
11.	Szpital Świętego Łukasza	m. Bydgoszcz	0,2	0,3	0,3	16,6	-
12.	Prywatna Specjalistyczna Przychodnia Lekarska Nowak&Nowak sp. z o.o.	m. Toruń	0,2	0,4	0,4	1,4	-
13.	Endonet sp. z o.o.	m. Bydgoszcz	0,2	0,2	0,2	6,6	-
14.	Wojewódzki Szpital Zespolony im. L. Rydygiera w Toruniu	m. Toruń	0,1	0,1	0,2	7,7	-
15.	NZOZ Centrum Medyczne Gaziń-scy w Bydgoszczy sp. z o.o.	m. Bydgoszcz	0,1	0,1	0,2	13	8
16.	Centrum Diagnostyczno-Lecznicze Barska sp. z o.o.	m. Włocławek	0,1	0,1	0,1	2,4	-
17.	NZOZ Lecznice Citomed sp. z o.o. w Toruniu	m. Toruń	0,1	0,1	0,1	9,4	-
18.	Nszo z Oko - Med M. T. w Grudziądzu Utworzony Przez Marzenę Tsanakas	m. Grudziądz	0	0	0	38	-
19.	Zakład Medyczny Diagmed Plus we Włocławku Utworzony Przez Zakład Medyczny Diag Med Plus sp. z o.o.	m. Włocławek	0	0	0	2,2	-
20.	NZOZ Alfa Med w Brodnicy Spółka Partnerska	brodnicki	0	0	0	-	-

Źródło: Opracowanie własne na podstawie mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie lecznictwa szpitalnego dla woj. kujawsko-pomorskiego

Tabela 32. Podstawowe statystyki, w tym liczba hospitalizowanych pacjentów (rosnąco) – województwo lubelskie

Lp.	Nazwa świadczeniodawcy	Powiat	Liczba hospitalizowanych pacjentów [tys.]	Liczba hospitalizacji [tys.]	Liczba osobodni hospitalizacji [tys.]	Hospitalizacje spoza województwa [%]	Liczba łózek (na 3112.16)
1.	Samodzielny Publiczny Szpital Wojewódzki im. Papieża Jana Pawła II w Zamościu	m. Zamość	2,0	2,6	6,6	2,8	23
2.	Samodzielny Publiczny Szpital Wojewódzki im. Jana Bożego w Lublinie	m. Lublin	1,5	2	7,6	4,9	24
3.	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Stefana Kardynała Wyszyńskiego SP ZOZ	m. Lublin	1,4	1,9	6,6	4,4	28
4.	Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 4 w Lublinie	m. Lublin	1,2	1,5	8,2	12,4	30
5.	SP ZOZ w Puławach	puławski	1,1	1,4	7	11,4	30
6.	SP ZOZ w Lubartowie	lubartowski	1,1	1,5	6,7	1,9	25
7.	1. Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką SP ZOZ w Lublinie	m. Lublin	1,1	1,4	3,5	6,9	10
8.	Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Chełmie	m. Chełm	1,0	1,2	5,3	1,5	20
9.	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Białej Podlaskiej	m. Biała Podlaska	0,8	0,9	3,5	7,1	18
10.	SP ZOZ w Krasnymstawie	krasnostawski	0,3	0,4	2,1	2,8	10
11.	SP ZOZ MSWiA w Lublinie	m. Lublin	0,2	0,2	0,7	2,8	-
12.	Centrum Medyczne Sanitas sp. z o.o.	m. Lublin	0,2	0,2	0,2	4,8	-

Źródło: Opracowanie własne na podstawie mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie lecznictwa szpitalnego dla woj. lubelskiego

Tabela 33. Podstawowe statystyki, w tym liczba hospitalizowanych pacjentów (rosnąco) – województwo lubuskie

Lp.	Nazwa świadczeniodawcy	Powiat	Liczba hospitalizowanych pacjentów [tys.]	Liczba hospitalizacji [tys.]	Liczba osobodni hospitalizacji [tys.]	Hospitalizacje spoza województwa [%]	Liczba łóżek (na 3112.16)
1.	Wielospecjalistyczny Szpital Wojewódzki w Gorzowie Wlkp. sp. z o.o.	m. Gorzów Wielkopolski	1,7	2,2	7,2	13,6	28
2.	Wojewódzki Szpital Kliniczny im. Karola Marcinkowskiego w Zielonej Górze sp. z o.o.	m. Zielona Góra	1,0	1,4	4,8	6,2	21
3.	Wielospecjalistyczny Szpital w Nowej Soli	nowosolski	1,0	1,5	4,1	24,5	23
4.	Niepubliczny Specjalistyczny ZOZ Uro-Laser Wojciech Zwierzyński i Michał Drozd Lekarska Spółka Partnerska	zielonogórski	0,7	0,9	2,1	7,2	12
5.	105. Kresowy Szpital Wojskowy z Przychodnią SP ZOZ w Żarach	żagański	0,4	0,4	1,1	4,5	-
6.	Szpital Międzyrzecki sp. z o.o.	międzyrzecki	0,3	0,4	1,2	8	-
7.	Specjalistyczne Centrum Medyczne Urolog Bromber, Halińska s.j.	m. Zielona Góra	0,3	0,4	0,4	12,4	-
8.	Powiatowe Centrum Zdrowia sp. z o.o.	strzelecko-drezdenecki	0,2	0,4	0,4	14,7	-

Źródło: Opracowanie własne na podstawie mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie lecznictwa szpitalnego dla woj. lubuskiego

Tabela 34. Podstawowe statystyki, w tym liczba hospitalizowanych pacjentów (rosnąco) – województwo łódzkie

Lp.	Nazwa świadczeniodawcy	Powiat	Liczba hospitalizowanych pacjentów [tys.]	Liczba hospitalizacji [tys.]	Liczba osobodni hospitalizacji [tys.]	Hospitalizacje spoza województwa [%]	Liczba łóżek (na 3112.16)
1.	Szpital Wojewódzki im. Jana Pawła II w Bełchatowie	bełchatowski	2,0	2,9	8,7	2,7	25
2.	Wojewódzki Specjalistyczny Szpital im. M. Pirogowa w Łodzi	m. Łódź	1,9	2,6	11,5	5,4	55
3.	Wojewódzkie Wielospecjalistyczne Centrum Onkologii i Traumatologii im. M. Kopernika w Łodzi	m. Łódź	1,7	2,2	8,2	8,1	38
4.	SP ZOZ Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Wojskowej Akademii Medycznej Um w Łodzi - Centralny Szpital Weteranów	m. Łódź	1,5	2,3	6,6	6,4	24
5.	Wojewódzki Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej Centrum Leczenia Chorób Płuc i Rehabilitacji w Łodzi	łódzki wschodni	1,4	1,8	6,3	5,8	30
6.	Specjalista sp. z o.o.	kutnowski	1,4	2	2	51,1	-
7.	Szpital Wojewódzki im. Prymasa Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Sieradzu	sieradzki	1,3	1,8	6,9	2,8	23
8.	NZOZ Lekarze Urolodzy - Marek Rożniecki i Partnerzy	łaski	1,1	1,9	4,7	2,5	22
9.	Pabianickie Centrum Medyczne sp. z o.o.	pabianicki	0,9	1,2	4,6	1,6	21
10.	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Marii Skłodowskiej-Curie w Zgierzu	zgierski	0,8	1,1	4	1,8	16
11.	Tomaszowskie Centrum Zdrowia	tomaszowski	0,6	0,7	2,7	2,2	15
12.	SP ZOZ MSWiA w Łodzi	m. Łódź	0,6	0,8	3	1,9	14
13.	Samodzielny Szpital Wojewódzki im. Mikołaja Kopernika w Piotrkowie Trybunalskim	m. Piotrków Trybunalski	0,3	0,4	2,3	1	22
14.	Poddębickie Centrum Zdrowia	poddębicki	0,3	0,4	0,6	9,5	-

15.	Powiatowy ZOZ w Piotrkowie Trybunalskim	m. Piotrków Trybunalski	0,3	0,4	1,7	1,3	-
16.	NZOZ Vitasana	pabianicki	0,3	0,5	0,5	2,4	-
17.	NZOZ Medicall	m. Piotrków Trybunalski	0,2	0,2	0,2	3	-
18.	Salve ZOZ sp. z o.o.	m. Łódź	0,1	0,1	0,1	3	4
19.	Mirmed	tomaszowski	0,1	0,1	0,1	2,4	-
20.	Medeor	m. Łódź	0,1	0,2	0,2	2	-

Źródło: Opracowanie własne na podstawie mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie lecznictwa szpitalnego dla woj. łódzkiego

Tabela 35. Podstawowe statystyki, w tym liczba hospitalizowanych pacjentów (rosnąco) – województwo małopolskie

Lp.	Nazwa świadczeniodawcy	Powiat	Liczba hospitalizowanych pacjentów [tys.]	Liczba hospitalizacji [tys.]	Liczba osobodni hospitalizacji [tys.]	Hospitalizacje spoza województwa [%]	Liczba łózek (na 3112.16)
1.	Szpital Wojewódzki im. Św. Łukasza SP ZOZ w Tarnowie	m. Tarnów	1,5	1,9	7	4,9	22
2.	Szpital Specjalistyczny im. Ludwika Rydygiera w Krakowie Sp. z o.o.	m. Kraków	1,5	2,3	5,6	5,3	26
3.	SP ZOZ Szpital Uniwersytecki w Krakowie	m. Kraków	1,3	1,7	10,3	28,3	32
4.	Szpital Specjalistyczny im. Jedrzeja Sniadeckiego w Nowym Sączu	m. Nowy Sącz	1,3	2	6,1	1,6	16
5.	Szpital Miejski Specjalistyczny im. Gabriela Narutowicza	m. Kraków	1,2	1,7	4,6	4,4	30
6.	Szpital Powiatowy w Chrzanowie	chrzanowski	1,0	1,4	4,9	5,9	30
7.	ZOZ w Suchej Beskidzkiej	suski	0,9	1,1	5,1	11,5	24
8.	SP ZOZ w Brzesku	brzeski	0,9	1,2	3,2	1,6	17
9.	Szpital Specjalistyczny im. Stefana Żeromskiego SP ZOZ w Krakowie	m. Kraków	0,8	1	3,9	8,2	16
10.	Szpital Powiatowy im. dr. Tytusa Chałubińskiego w Zakopanem	tatrzański	0,8	1	3,8	2,2	-
11.	Centrum Onkologii - Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie	m. Kraków	0,8	1	3,8	8,2	8
12.	5. Wojskowy Szpital Kliniczny z Poliklinika - SP ZOZ w Krakowie	m. Kraków	0,3	0,3	1,2	5,2	12

13.	Racławicka sp. z o.o.	m. Kraków	0,2	0,3	0,3	8	-
14.	Szpital Zakonu Bonifratrów św. Jana Grandego w Krakowie sp. z o.o.	m. Kraków	0,1	0,1	0,2	21,1	-
15.	Specjalistyczne Centrum Diagnostyczno-Zabiegowe Medicina sp. z o.o.	m. Kraków	0,1	0,1	0,1	4,3	-

Źródło: Opracowanie własne na podstawie mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie lecznictwa szpitalnego dla woj. małopolskiego

Tabela 36. Podstawowe statystyki, w tym liczba hospitalizowanych pacjentów (rosnąco) – województwo mazowieckie

Lp.	Nazwa świadczeniodawcy	Powiat	Liczba hospitalizowanych pacjentów [tys.]	Liczba hospitalizacji [tys.]	Liczba osobodni hospitalizacji [tys.]	Hospitalizacje spoza województwa [%]	Liczba łóżek (na 3112.16)
1.	Szpital Kliniczny Dzieciatka Jezus	m. st. Warszawa	2,5	4,1	14,5	10,9	60
2.	NZOZ Szpital Mazovia	m. st. Warszawa	2,4	4,3	6,6	8	16
3.	Wojskowy Instytut Medyczny	m. st. Warszawa	2,3	4,5	12	9,1	30
4.	Międzyleski Szpital Specjalistyczny w Warszawie	m. st. Warszawa	2,0	3,3	11,5	8,4	37
5.	Mazowiecki Szpital Wojewódzki w Siedlcach sp. z o.o.	m. st. Warszawa	1,7	2,2	9,5	13,4	33
6.	Centralny Szpital Kliniczny MSWiA w Warszawie	m. st. Warszawa	1,6	2,1	10,3	11,6	36
7.	Mazowiecki Szpital Specjalistyczny im. dr. Józefa Psarskiego w Ostrołęce	m. Ostrołęka	1,4	2,3	6,8	11	26
8.	Wojewódzki Szpital Zespolony w Płocku	m. Płock	1,3	1,8	7,4	6,5	31
9.	Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny im. prof. Witolda Orłowskiego Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego w Warszawie	m. st. Warszawa	1,3	1,8	4,8	8,7	25
10.	Krajowa Fundacja Medyczna	legionowski	1,3	2,2	7,3	8,3	24

11.	Samodzielny Publiczny Specjalistyczny Szpital Zachodni im. św. Jana Pawła II	grodziski	1,2	1,6	6	8,9	20
12.	Radomski Szpital Specjalistyczny im. dr. Tytusa Chałubińskiego	m. Radom	1,2	1,6	7,8	1,7	27
13.	Szpital Bielański im. ks. Jerzego Popiełuszki SP ZOZ	m. st. Warszawa	1,1	1,4	6,7	5,3	25
14.	Specjalistyczny Szpital Wojewódzki w Ciechanowie	ciechanowski	1,1	1,8	5,8	2,6	13
15.	Szpital Praski pw. Przemienienia Pańskiego	m. st. Warszawa	1,0	1,3	5,8	5,9	23
16.	Centrum Onkologii - Instytut im. Marii Skłodowskiej - Curie	m. st. Warszawa	0,9	1,2	5,3	15,6	22
17.	Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Kozienicach	kozienicki	0,7	1,1	4,4	2,5	25
18.	Europejskie Centrum Zdrowia Otwock sp. z o.o.	otwocki	0,6	0,9	2,7	19,1	21
19.	NZOZ Lecznica Położniczo-Chirurgiczna LATROS Andrzej Ostaszewski	m. st. Warszawa	0,6	0,7	0,7	4,8	2
20.	Szpital Kolejowy im. dr. med. Włodzimierza Roeflera w Pruszkowie sp. z o.o.	pruszkowski	0,6	1	2,3	1,7	10
21.	Powiatowe Centrum Zdrowia sp. z o.o.	otwocki	0,5	0,6	1,3	1,9	5
22.	Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Przasnyszu	przasnyski	0,4	0,6	2,9	2	12
23.	Polmedic sp. z o.o.	m. Radom	0,3	0,4	0,4	1	-
24.	Medicon sp. z o.o.	m. Radom	0,2	0,2	0,2	-	-
25.	Gałczyński i Wspólnicy s.j.	m. Siedlce	0,1	0,1	0,1	9,9	-
26.	Centrum Leczniczo-Rehabilitacyjne i Medycyny Pracy Attis sp. z o.o.	m. st. Warszawa	0,00	0	0	-	-
27.	SP ZOZ Warszawa - Ursynów	m. st. Warszawa	0	0	0	5,6	-
28.	Lux Med sp. z o.o.	m. st. Warszawa	0	0,1	0,1	11,8	-

Źródło: Opracowanie własne na podstawie mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie lecznictwa szpitalnego dla woj. mazowieckiego

Tabela 37. Podstawowe statystyki, w tym liczba hospitalizowanych pacjentów (rosnąco) – województwo opolskie

Lp.	Nazwa świadczeniodawcy	Powiat	Liczba hospitalizowanych pacjentów [tys.]	Liczba hospitalizacji [tys.]	Liczba osobodni hospitalizacji [tys.]	Hospitalizacje spoza województwa [%]	Liczba łóżek (na 3112.16)
1.	Publiczny Samodzielny ZOZ Wojewódzkie Centrum Medyczne w Opolu	m. Opole	1,6	2,1	8,8	3,8	42
2.	SP ZOZ w Kędzierzynie-Koźlu	kędzierzyńsko-kozielski	1,6	2,2	7,1	16,6	22
3.	Namysłowskie Centrum Zdrowia S.A.	namysłowski	1,2	1,7	4,2	52,8	25
4.	Klinika Nova sp. z o.o.	kędzierzyńsko-kozielski	1,1	1,6	1,6	34,2	-
5.	ZOZ w Nysie	nyski	0,6	0,8	3,6	8	20
6.	Krapkowickie Centrum Zdrowia sp. z o.o.	krapkowicki	0,1	0,1	0,1	4,4	-

Źródło: Opracowanie własne na podstawie mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie lecznictwa szpitalnego dla woj. opolskiego

Tabela 38. Podstawowe statystyki, w tym liczba hospitalizowanych pacjentów (rosnąco) – województwo podkarpackie

Lp.	Nazwa świadczeniodawcy	Powiat	Liczba hospitalizowanych pacjentów [tys.]	Liczba hospitalizacji [tys.]	Liczba osobodni hospitalizacji [tys.]	Hospitalizacje spoza województwa [%]	Liczba łóżek (na 3112.16)
1.	Kliniczny Szpital Wojewódzki nr 1 im. Fryderyka Chopina w Rzeszowie	m. Rzeszów	2,1	2,8	10,4	4,9	42
2.	Wojewódzki Szpital Podkarpacki im. Jana Pawła II w Krośnie	m. Krosno	1,9	2,8	8,2	4,3	33
3.	Szpital Powiatowy im. Edmunda Biernackiego w Mielcu	mielecki	1,5	2,1	8,7	33	30

4.	SP ZOZ nr 1 w Rzeszowie (Oddział I)	m. Rzeszów	1,5	1,9	4	1,6	-
5.	Wojewódzki Szpital im. św. Ojca Pio w Przemyślu	m. Przemyśl	1,4	1,7	7,1	1,3	36
6.	SP ZOZ w Przeworsku	przeworski	1,2	1,7	5,5	2,6	20
7.	SP ZOZ nr 1 w Rzeszowie (Oddział II)		1,0	1,3	3	2	24
8.	SP ZOZ w Sanoku	sanocki	0,9	1,2	3,2	1,3	-
9.	Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej Powiatowy Szpital Specjalistyczny w Stalowej Woli	stalowowolski	0,8	1	2,6	7,1	-
10.	Szpital Specjalistyczny Pro-Familia sp. z o.o. s.k.	m. Rzeszów	0,6	0,7	1,1	2,4	8
11.	SP ZOZ w Kolbuszowej	kolbuszowski	0,6	0,8	2,9	22,4	-
12.	Szpital Specjalistyczny w Brzozowie Podkarpacki Ośrodek Onkologiczny im. ks. B. Markiewicza	brzozowski	0,2	0,3	1	0,7	-
13.	„Borek" sp. z o.o. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej pod nazwą Centrum Medyczne „Borek"	m. Tarnobrzeg	0,1	0,2	0,2	13,9	-
14.	NZOZ Palomed sp. z o.o.	m. Rzeszów	0,1	0,1	0,1	3,3	-
15.	NZOZ Asklepios B. P. sp. z o.o. (Oddział I)	m. Rzeszów	0,0	0	0	-	-
16.	NZOZ Asklepios B. P. sp. z o.o. (Oddział II)		0,0	0	0	3,7	-
17.	NZOZ Fen	m. Tarnobrzeg	0,0	0	0	15,4	-

Źródło: Opracowanie własne na podstawie mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie lecznictwa szpitalnego dla woj. podkarpackiego

Tabela 39. Podstawowe statystyki, w tym liczba hospitalizowanych pacjentów (rosnąco) – województwo podlaskie

Lp.	Nazwa świadczeniodawcy	Powiat	Liczba hospitalizowanych pacjentów [tys.]	Liczba hospitalizacji [tys.]	Liczba osobodni hospitalizacji [tys.]	Hospitalizacje spoza województwa [%]	Liczba łóżek (na 3112.16)
1.	SP ZOZ Wojewódzki Szpital Zespolony im. J. Śniadeckiego	m. Białystok	1,4	1,7	8,2	4,2	31

2.	SP ZOZ MSWiA w Białymstoku	m. Białystok	1,2	1,4	6,5	4,5	18
3.	Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku	m. Białystok	0,9	1,1	4,7	7,2	25
4.	Szpital Wojewódzki im. Kardynała Stefana Wyszyńskiego	m. Łomża	0,9	1,2	4,2	17,1	30
5.	Szpital Wojewódzki im. dr. Ludwika Rydygiera w Suwałkach	m. Suwałki	0,8	1	5,7	12,6	25

Źródło: Opracowanie własne na podstawie mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie lecznictwa szpitalnego dla woj. podlaskiego

Tabela 40. Podstawowe statystyki, w tym liczba hospitalizowanych pacjentów (rosnąco) – województwo pomorskie

Lp.	Nazwa świadczeniodawcy	Powiat	Liczba hospitalizowanych pacjentów [tys.]	Liczba hospitalizacji [tys.]	Liczba osobodni hospitalizacji [tys.]	Hospitalizacje spoza województwa [%]	Liczba łóżek (na 3112.16)
1.	Szpital Specjalistyczny w Słupsku	m. Słupsk	2,5	4,1	8,5	20	23
2.	Uniwersyteckie Centrum Kliniczne	m. Gdańsk	2,0	2,7	8	10,3	24
3.	Szpital im. Mikołaja Kopernika	m. Gdańsk	1,8	2,7	9,8	3,6	31
4.	Szpitale Wojewódzkie w Gdyni sp. z o.o.	m. Gdynia	1,7	2	6,7	3,3	31
5.	Szpital Specjalistyczny w Wejherowie	wejherowski	1,6	2,3	4,4	2	20
6.	Szpital Specjalistyczny w Kościerzynie sp. z o.o.	kościerski	1,4	2,3	5,8	2,4	25
7.	7. Szpital Marynarki Wojennej z Przychodnią SP ZOZ im. Kontradmirała Profesora Wiesława Łasińskiego w Gdańsku	m. Gdańsk	0,8	1	3,2	3,6	15
8.	NZOZ Zdrowie	kwidzyński	0,6	0,7	1,9	8	9
9.	SP ZOZ MSW w Koszalinie	m. Słupsk	0,0	0	0	15,6	-
10.	Clinica Medica sp. z o.o.	pucki	0,0	0	0	10,5	-

Źródło: Opracowanie własne na podstawie mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie lecznictwa szpitalnego dla woj. pomorskiego

Tabela 41. Podstawowe statystyki, w tym liczba hospitalizowanych pacjentów (rosnąco) – województwo śląskie

Lp.	Nazwa świadczeniodawcy	Powiat	Liczba hospitalizowanych pacjentów [tys.]	Liczba hospitalizacji [tys.]	Liczba osobodni hospitalizacji [tys.]	Hospitalizacje spoza województwa [%]	Liczba łóżek (na 3112.16)
1.	NZOZ Szpital Specjalistyczny im. prof. E. Michałowskiego	m. Katowice	4,0	5,3	27	5,5	105
2.	Urovita sp. z o.o. - NZOZ Szpital Śląskie Centrum Urologii	m. Chorzów	2,3	3,4	12,4	3,6	34
3.	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 2 w Jastrzębiu Zdroju	m. Jastrzębie-Zdrój	1,7	2,2	6,2	2,7	26
4.	SP ZOZ Szpital Wielospecjalistyczny w Jaworznie	m. Jaworzno	1,6	2,6	7,2	25	20
5.	Szpital Wojewódzki w Bielsku-Białej	m. Bielsko-Biała	1,5	2	9,9	12,4	40
6.	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 5 im. św. Barbary w Sosnowcu	m. Sosnowiec	1,3	1,7	6,2	4,7	26
7.	SP ZOZ Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 3 w Rybniku	m. Rybnik	1,2	1,6	5,6	1,6	25
8.	Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 1 im. prof. Stanisława Szyszko ŚUM w Katowicach	m. Zabrze	1,2	1,4	6,4	3,8	20
9.	SP ZOZ Miejski Szpital Zespolony w Częstochowie	m. Częstochowa	1,1	1,3	5,5	12,9	20
10.	Sosnowiecki Szpital Miejski sp. z o.o.	m. Sosnowiec	0,8	0,9	3,7	4,2	20
11.	Wielospecjalistyczny Szpital Powiatowy s.a.	tarnogórski	0,8	1,1	3,4	2,8	15
12.	Gliwickie Centrum Medyczne	m. Gliwice	0,7	0,9	3,2	2,6	25
13.	Szpital Specjalistyczny nr 1 w Bytomiu	m. Bytom	0,7	0,9	2,9	6,2	22
14.	Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Cieszynie	cieszyński	0,5	0,6	4	0,6	18
15.	SP ZOZ Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 4 w Bytomiu	m. Bytom	0,4	0,5	2,4	1,5	20

16.	Beskidzkie Centrum Medyczne sp. z o.o.	m. Bielsko-Biała	0,3	0,3	0,4	12,2	2
17.	Provita sp. z o.o.	m. Katowice	0,3	0,3	0,3	10,2	2
18.	Poli-Med Bielsko sp. z o.o. Galena s.k.	m. Bielsko-Biała	0,2	0,2	0,2	12,1	-
19.	Biel-Med sp. z o.o.	m. Bielsko-Biała	0,1	0,1	0,1	16,4	-
20.	Epione sp. z o.o.	m. Katowice	0,1	0,1	0,1	3,8	-
21.	NZOZ Silesia-Med s.a.	pszczyński	0,1	0,1	0,2	13	2
22.	NZOZ Przychodnia Medycyny Rodzinnej Andrzej Łyczba	m. Świętochłowice	0,1	0,1	0,1	2,2	-
23.	NZOZ Święta Monika sp. z o.o.	myszkowski	0,0	0	0	-	-

Źródło: Opracowanie własne na podstawie mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie lecznictwa szpitalnego dla woj. śląskiego

Tabela 42. Podstawowe statystyki, w tym liczba hospitalizowanych pacjentów (rosnąco) – województwo świętokrzyskie

Lp.	Nazwa świadczeniodawcy	Powiat	Liczba hospitalizowanych pacjentów [tys.]	Liczba hospitalizacji [tys.]	Liczba osobodni hospitalizacji [tys.]	Hospitalizacje spoza województwa [%]	Liczba łóżek (na 3112.16)
1.	ZOZ w Ostrowcu Świętokrzyskim	ostrowiecki	2,9	4,3	11,2	16,1	30
2.	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. św. Rafała w Czerwonej Górze	kielecki	1,9	2,6	10,7	5,9	40
3.	Świętokrzyskie Centrum Onkologii SP ZOZ w Kielcach	m. Kielce	1,2	1,5	6	14,2	21
4.	ZOZ w Końskich	konecki	1,0	1,4	4,6	41,9	25
5.	Szpital Specjalistyczny im. Ducha Świętego w Sandomierzu	sandomierski	0,9	1,3	5,9	43,2	21
6.	Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Staszowie	staszowski	0,7	0,9	4,2	5,1	25
7.	Prosta Lith sp. z o.o.	m. Kielce	0,5	0,6	0,6	3,5	-

Źródło: Opracowanie własne na podstawie mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie lecznictwa szpitalnego dla woj. świętokrzyskiego

Tabela 43. Podstawowe statystyki, w tym liczba hospitalizowanych pacjentów (rosnąco) – województwo warmińsko-mazurskie

Lp.	Nazwa świadczeniodawcy	Powiat	Liczba hospitalizowanych pacjentów [tys.]	Liczba hospitalizacji [tys.]	Liczba osobodni hospitalizacji [tys.]	Hospitalizacje spoza województwa [%]	Liczba łóżek (na 3112.16)
1.	Miejski Szpital Zespolony w Olsztynie	m. Olsztyn	2,4	3,6	8,2	4,3	24
2.	Wojewódzki Szpital Zespolony w Elblągu	m. Elbląg	1,6	2,3	6,1	25,8	25
3.	Szpital Giżycki sp. z o.o.	giżycki	1,6	2,5	6,7	1,9	27
4.	Szpital Powiatowy w Nowym Mieście Lubawskim sp. z o.o.	nowomiejski	0,4	0,5	0,5	33,4	-
5.	Prywatne Centrum Medyczne Lancet Młynarczyk, Łesiów s.j.	m. Olsztyn	0,3	0,3	0,3	2,9	-

Źródło: Opracowanie własne na podstawie mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie lecznictwa szpitalnego dla woj. warmińsko-mazurskiego

Tabela 44. Podstawowe statystyki, w tym liczba hospitalizowanych pacjentów (rosnąco) – województwo wielkopolskie

Lp.	Nazwa świadczeniodawcy	Powiat	Liczba hospitalizowanych pacjentów [tys.]	Liczba hospitalizacji [tys.]	Liczba osobodni hospitalizacji [tys.]	Hospitalizacje spoza województwa [%]	Liczba łóżek (na 3112.16)
1.	Specjalistyczny ZOZ Nad Matką i Dzieckiem w Poznaniu	m. Poznań	4,4	6,5	11,9	4,3	26
2.	Wielospecjalistyczny Szpital Miejski im. Józefa Strusia z Zakładem Opiekuńczo-Leczniczym. SP ZOZ z siedzibą w Poznaniu przy ul. Szwajcarskiej 3	m. Poznań	3,2	4,4	16,6	7,2	53
3.	Wojewódzki Szpital Zespolony im. Ludwika Perzyny w Kaliszu	m. Kalisz	1,8	2,4	8,9	2,1	26

4.	Szpital w Puszczykowie im. prof. S. T. Dąbrowskiego S.A.	poznański	1,4	2,1	8,2	3,3	37
5.	Wojewódzki Szpital Zespolony w Lesznie	m. Leszno	1,1	1,6	7	22,1	27
6.	Wojewódzki Szpital Zespolony w Koninie	m. Konin	1,0	1,2	4,8	0,7	28
7.	Szpital Specjalistyczny w Pile im. Stanisława Staszica	pilski	1,0	1,2	5,1	12,8	20
8.	Centrum Medyczne Hcp sp. z o.o. NZOZ Centrum Medyczne Hcp Lecznictwo Stacjonarne	m. Poznań	0,8	1	3,9	3,9	26
9.	SP ZOZ MSWiA w Poznaniu im. prof. Ludwika Bierkowskiego	m. Poznań	0,6	1,2	3,4	2,6	17
10.	Szpital Kliniczny im. Heliodora Święcickiego Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu	m. Poznań	0,5	0,7	2,8	5	12
11.	Szpital Powiatowy im. Tadeusza Malińskiego w Śremie sp. z o.o.	śremski	0,5	0,7	1,9	2,4	16
12.	Prywatna Lecznica Certus Szpital nr 1	m. Poznań	0,4	0,6	1,2	8,9	10
13.	Szpital Wojewódzki w Poznaniu	m. Poznań	0,3	0,4	1,7	7,9	-
14.	Pleszewskie Centrum Medyczne w Pleszewie sp. z o.o.	pleszewski	0,2	0,2	0,4	13,6	-
15.	NZOZ Leszczyńskie Centrum Medyczne Ventriculus sp. z o.o.	m. Leszno	0,1	0,2	0,2	6,7	2
16.	Kalmedica sp. z o.o.	m. Kalisz	0,1	0,1	0,1	-	5
17.	Amika Konsorcjum Medyczne sp. z o.o. Przychodnia Specjalistyczna	wrzesiński	0,1	0,1	0,1	-	-
18.	Qr sp. z o.o.	m. Poznań	0,1	0,1	0,1	1,8	-
19.	NZOZ Specjalistyczne Centrum Medyczne Vigor Med.	m. Leszno	0,1	0,1	0,1	20,8	-
20.	Med - Polonia sp. z o.o.	m. Poznań	0,0	0	0,1	-	-
21.	Wielkopolskie Centra Medyczne Remedium	m. Poznań	0,0	0	0	5	-

Źródło: Opracowanie własne na podstawie mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie lecznictwa szpitalnego dla woj. wielkopolskiego

Tabela 45. Podstawowe statystyki, w tym liczba hospitalizowanych pacjentów (rosnąco) – województwo zachodniopomorskie

Lp.	Nazwa świadczeniodawcy	Powiat	Liczba hospitalizowanych pacjentów [tys.]	Liczba hospitalizacji [tys.]	Liczba osobodni hospitalizacji [tys.]	Hospitalizacje spoza województwa [%]	Liczba łóżek (na 3112.16)
1.	Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 2 Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego	m. Szczecin	2,5	3,1	8,5	8,1	42
2.	Samodzielny Publiczny Specjalistyczny ZOZ Zdroje	m. Szczecin	1,4	2	4,7	2,5	20
3.	109. Szpital Wojskowy z Przychodnią SP ZOZ	m. Szczecin	1,0	1,4	3,8	2,2	18
4.	Szpital Wojewódzki im. M. Kopernika w Koszalinie	m. Koszalin	0,9	1,1	5	4,5	18
5.	Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Zespolony	m. Szczecin	0,9	1,2	4,9	1,9	21
6.	Szpital w Szczecinku sp. z o.o.	szczecinecki	0,4	0,6	0,9	9,5	6
7.	Regionalny Szpital w Kołobrzegu	kołobrzeski	0,4	0,4	2	5	-
8.	Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Gryficach	gryficki	0,3	0,3	1,2	3,1	12

Źródło: Opracowanie własne na podstawie mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie lecznictwa szpitalnego dla woj. zachodniopomorskiego

Załącznik 3. Struktura osobodni w oddziałach urologii według zakresów sprawozdawczych

W załączniku zaprezentowano strukturę osobodni w oddziałach urologii poszczególnych województw uwzględniającą podział na następujące kategorie: urologia – hospitalizacje, urologia – pakiet onkologiczny, urologia – zespół chirurgii jednego dnia, urologia – hospitalizacja planowa, urologia – pakiet onkologiczny, a także (w wybranych województwach) realizowany program lekowy.

Tabela 46. Struktura osobodni według zakresów – liczba osobodni rosnąco – województwo dolnośląskie

Lp.	Nazwa świadczeniodawcy	Powiat	Liczba osobodni [tys.]	Urologia – hospitalizacja [%]	Urologia – hospitalizacja – pakiet onkologiczny [%]	Urologia – zespół chirurgii jednego dnia [%]	Urologia – hospitalizacja planowa [%]	Urologia – hospitalizacja planowa – pakiet onkologiczny [%]
1.	Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Jana Mikulicza – Radeckiego we Wrocławiu	m. Wrocław	10,69	94,1	5,9	-	-	-
2.	Dolnośląski Szpital Specjalistyczny im. T. Marciniaka – Centrum Medycyny Ratunkowej	m. Wrocław	9,40	98,7	1,3	-	-	-
3.	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Wrocławiu	m. Wrocław	6,71	83,1	16,9	-	-	-
4.	4. Wojskowy Szpital Kliniczny z Poliklinią SP ZOZ we Wrocławiu	m. Wrocław	6,44	84,9	15,1	-	-	-
5.	Wojewódzkie Centrum Szpitalne Kotliny Jeleniogórskiej	m. Jelenia Góra	4,06	97,7	2,3	-	-	-
6.	Wielospecjalistyczny Szpital – SP ZOZ w Zgorzelcu	zgorzelecki	3,35	96,3	3,7	-	-	-
7.	Specjalistyczny Szpital im. dr. Alfreda Sokołowskiego	m. Wałbrzych	2,64	100,0	-	-	-	-
8.	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Legnicy	m. Legnica	2,61	90,0	10,0	-	-	-
9.	ZOZ w Kłodzku	kłodzki	2,57	99,7	0,3	-	-	-
10.	Milickie Centrum Medyczne sp. z o.o.	milicki	0,64	100,0	-	-	-	-
11.	NZOZ Multi-Medica	m. Wrocław	0,50	-	-	100,0	-	-
12.	Jaworskie Centrum Medyczne sp. z o.o.	jaworski	0,44	-	-	100,0	-	-
13.	NZOZ Ośrodek Chirurgii Małoinwazyjnej i Endoskopowej s.c.	m. Wrocław	0,23	-	-	100,0	-	-
14.	NZOZ „Dzierżoniowskie Centrum Specjalistyczne Dr Marioli Zawadzkiej”	dzierżoniowski	0,21	-	-	100,0	-	-
15.	Prywatna Poliklinika na Grobli sp. z o.o.	m. Wrocław	0,20	-	-	100,0	-	-
16.	Euromedicare Szpital Specjalistyczny z Przychodnią	m. Wrocław	0,12	-	-	-	62,4	37,6
17.	Karkonoskie Centrum Medyczne	m. Jelenia Góra	0,12	-	-	-	100,0	-

Źródło: Opracowanie własne na podstawie mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie lecznictwa szpitalnego dla woj. dolnośląskiego

Tabela 47. Struktura osobodni według zakresów – liczba osobodni rosnąco – województwo kujawsko-pomorskie

Lp.	Nazwa świadczeniodawcy	Powiat	Liczba osobodni [tys.]	Urologia – hospitalizacja [%]	Urologia – hospitalizacja – pakiet onkologiczny [%]	Urologia – zespół chirurgii jednego dnia [%]	Urologia – hospitalizacja planowa [%]	Urologia – hospitalizacja planowa – pakiet onkologiczny [%]	Chemioterapia w trybie jednodniowym z zakresem skojarzonym [%]	Pozostałe zakresy [%]
1.	Szpital Uniwersytecki nr 2 im. dr. Jana Biziela w Bydgoszczy	m. Bydgoszcz	6,52	83,7	14,9	-	-	-	1,3	0,1
2.	Centrum Onkologii im. prof. Franciszka Łukaszczyka w Bydgoszczy	m. Bydgoszcz	6,15	56,7	43,3	-	-	-	-	-
3.	Szpital Uniwersytecki nr 1 im. dr. Antoniego Jurasza w Bydgoszczy	m. Bydgoszcz	5,78	89,1	10,9	-	-	-	-	-
4.	SP ZOZ Specjalistyczny Szpital Miejski im. M. Kopernika	m. Toruń	5,75	70,1	29,9	-	-	-	-	-
5.	Szpital Wielospecjalistyczny im. dr. Ludwika Brożka w Inowrocławiu	inowrocławski	4,67	96,9	3,1	-	-	-	-	-
6.	Regionalny Szpital Specjalistyczny im. dr. Władysława Biegańskiego w Grudziądzu	m. Grudziądz	4,50	87,6	12,4	-	-	-	-	-
7.	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Włocławku	m. Włocławek	4,33	99,9	0,1	-	-	-	-	-
8.	SP ZOZ 10. Wojskowy Szpital Kliniczny z Poliklinika	m. Bydgoszcz	3,58	91,6	8,4	-	-	-	-	-
9.	Samodzielny Publiczny Wielospecjalistyczny ZOZ MSW w Bydgoszczy	m. Bydgoszcz	0,86	-	-	-	51,1	48,9	-	-
10.	Prywatna Specjalistyczna Przychodnia Lekarska Nowak&Nowak sp. z o.o.	m. Toruń	0,35	-	-	100,0	-	-	-	-
11.	Szpital Świętego Łukasza	m. Bydgoszcz	0,33	-	-	-	100,0	-	-	-
12.	NZOZ Stadmedica dr n. med. Ewa Jundziłł-Bieniek	m. Bydgoszcz	0,20	-	-	100,0	-	-	-	-
13.	Endonet sp. z o.o.	m. Bydgoszcz	0,20	-	-	100,0	-	-	-	-
14.	Wojewódzki Szpital Zespolony im. L. Rydygiera w Toruniu	m. Toruń	0,18	100,0	-	-	-	-	-	-
15.	NZOZ Centrum Medyczne Gaziński w Bydgoszczy sp. z o.o.	m. Bydgoszcz	0,15	-	-	-	98,0	2,0	-	-

16.	NZOZ Lecznice Citomed sp. z o.o. w Toruniu	m. Toruń	0,13	-	-	100,0	-	-	-	-
17.	Centrum Diagnostyczno-Lecznicze Barska sp. z o.o.	m. Włocławek	0,08	-	-	-	100,0	-	-	-
18.	NZOZ Oko-Med M. T. w Grudziądzu Utworzony Przez Marzennę Tsanakas	m. Grudziądz	0,05	-	-	100,0	-	-	-	-
19.	Zakład Medyczny Diagmed Plus we Włocławku Utworzony Przez Zakład Medyczny Diag Med Plus sp. z o.o.	m. Włocławek	0,04	-	-	100,0	-	-	-	-
20.	NZOZ Alfa Med w Brodnicy Spółka Partnerska	brodnicki	0,03	-	-	100,0	-	-	-	-

Źródło: Opracowanie własne na podstawie mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie lecznictwa szpitalnego dla woj. kujawsko-pomorskiego

Tabela 48. Struktura osobodni według zakresów – liczba osobodni rosnąco – województwo lubelskie

Lp.	Nazwa świadczeniodawcy	Powiat	Liczba osobodni [tys.]	Urologia – hospitalizacja [%]	Urologia – hospitalizacja planowa [%]	Urologia – hospitalizacja – pakiet onkologiczny [%]	Urologia – zespół chirurgii jednego dnia [%]	Urologia – hospitalizacja planowa – pakiet onkologiczny [%]	Program lekowy – leczenie neurogennej nadreaktywności wypieracza (ICD–10 N31) [%]
1.	Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 4 w Lublinie	m. Lublin	8,14	99,5	-	0,5	-	-	-
2.	Samodzielny Publiczny Szpital Wojewódzki im. Jana Bożego w Lublinie	m. Lublin	7,52	99,9	-	0,1	-	-	-
3.	SP ZOZ w Puławach	puławski	7,01	97,8	-	2,2	-	-	-
4.	SP ZOZ w Lubartowie	lubartowski	6,68	100,0	-	-	-	-	-
5.	Samodzielny Publiczny Szpital Wojewódzki im. Papieża Jana Pawła II w Zamościu	m. Zamość	6,61	83,0	-	16,8	-	-	0,2
6.	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Stefana Kardynała Wyszyńskiego SP ZOZ	m. Lublin	6,55	100,0	-	-	-	-	-
7.	Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Chełmie	m. Chełm	5,31	100,0	-	-	-	-	-
8.	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Białej Podlaskiej	m. Biała Podlaska	3,52	82,3	-	17,7	-	-	-
9.	1. Wojskowy Szpital Kliniczny z Poliklinką SP ZOZ w Lublinie	m. Lublin	3,48	87,0	-	13,0	-	-	-

10.	SP ZOZ w Krasnymstawie	krasnostawski	2,10	-	99,2	-	-	0,8	-
11.	SP ZOZ MSWiA w Lublinie	m. Lublin	0,70	-	97,3	-	-	2,7	-
12.	Centrum Medyczne Sanitas sp. z o.o.	m. Lublin	0,17	-	-	-	100,0	-	-

Źródło: Opracowanie własne na podstawie mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie lecznictwa szpitalnego dla woj. lubelskiego

Tabela 49. Struktura osobodni według zakresów – liczba osobodni rosnąco – województwo lubuskie

Lp.	Nazwa świadczeniodawcy	Powiat	Liczba osobodni [tys.]	Urologia – hospitalizacja [%]	Urologia – hospitalizacja – pakiet onkologiczny [%]	Urologia – zespół chirurgii jednego dnia [%]	Program lekowy – leczenie neurogennej nadreaktywności wypieracza (ICD–10 N31) [%]
1.	Wielospecjalistyczny Szpital Wojewódzki w Gorzowie Wlkp. sp. z o.o.	m. Gorzów Wielkopolski	7,23	88,1	11,9	-	-
2.	Wojewódzki Szpital Kliniczny im. Karola Marcinkowskiego w Zielonej Górze sp. z o.o.	m. Zielona Góra	4,79	99,1	0,9	-	-
3.	Wielospecjalistyczny Szpital w Nowej Soli	nowosolski	4,13	75,5	23,9	-	0,6
4.	Niepubliczny Specjalistyczny ZOZ Uro-Laser Wojciech Zwierzyński i Michał Drozd Lekarska Spółka Partnerska	zielonogórski	2,06	100,0	-	-	-
5.	Szpital Międzyrzecki sp. z o.o.	międzyrzecki	1,17	100,0	-	-	-
6.	105. Kresowy Szpital Wojskowy z Przychodnią SP ZOZ w Żarach	żagański	1,08	-	-	100,0	-
7.	Powiatowe Centrum Zdrowia sp. z o.o.	strzelecko-drezdenecki	0,43	-	-	100,0	-
8.	Specjalistyczne Centrum Medyczne Urolog Bromber, Halińska s.j.	m. Zielona Góra	0,36	-	-	100,0	-

Źródło: Opracowanie własne na podstawie mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie lecznictwa szpitalnego dla woj. lubuskiego

Tabela 50. Struktura osobodni według zakresów – liczba osobodni rosnąco – województwo łódzkie

Lp.	Nazwa świadczeniodawcy	Powiat	Liczba osobodni [tys.]	Urologia – hospitalizacja [%]	Urologia – hospitalizacja – pakiet onkologiczny [%]	Urologia – zespół chirurgii jednego dnia [%]	Transplantologia kliniczna – hospitalizacja [%]	Urologia – hospitalizacja planowa [%]	Transplantologia kliniczna – hospitalizacja G30, L93,94, L97 [%]	Pozostałe zakresy [%]
1.	Wojewódzki Specjalistyczny Szpital im. M. Pirogowa w Łodzi	m. Łódź	11,28	84,9	3,8	-	8,3	-	3,1	-
2.	Szpital Wojewódzki im. Jana Pawła II w Bełchatowie	bełchatowski	8,71	97,3	2,7	-	-	-	-	-
3.	Wojewódzkie Wielospecjalistyczne Centrum Onkologii i Traumatologii im. M. Kopernika w Łodzi	m. Łódź	8,13	99,8	0,2	-	-	-	-	-
4.	Szpital Wojewódzki im. Prymasa Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Sieradzu	sieradzki	6,85	100,0	-	-	-	-	-	-
5.	SP ZOZ Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Wojskowej Akademii Medycznej UM w Łodzi – Centralny Szpital Weteranów	m. Łódź	6,51	77,7	22,2	-	-	-	-	0,1
6.	Wojewódzki Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej Centrum Leczenia Chorób Płuc i Rehabilitacji w Łodzi	łódzki wschodni	6,29	96,6	3,4	-	-	-	-	-
7.	NZOZ Lekarze Urolodzy – Marek Rożniecki i Partnerzy	łaski	4,73	100,0	-	-	-	-	-	-
8.	Pabianickie Centrum Medyczne sp. z o.o.	pabianicki	4,55	92,4	7,6	-	-	-	-	-
9.	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Marii Skłodowskiej-Curie w Zgierzu	zgierski	4,04	88,5	11,5	-	-	-	-	-
10.	SP ZOZ MSWiA w Łodzi	m. Łódź	2,94	91,7	8,3	-	-	-	-	-
11.	Tomaszowskie Centrum Zdrowia	tomaszowski	2,71	92,9	7,1	-	-	-	-	-
12.	Samodzielny Szpital Wojewódzki im. Mikołaja Kopernika w Piotrkowie Trybunalskim	m. Piotrków Trybunalski	2,30	100,0	-	-	-	-	-	-
13.	Specjalista sp. z o.o.	kutnowski	1,97	-	-	100,0	-	-	-	-

14.	Powiatowy ZOZ w Piotrkowie Trybunalskim	m. Piotrków Trybunalski	1,70	100,0	-	-	-	-	-	-
15.	Poddębickie Centrum Zdrowia	poddębicki	0,64	-	-	-	-	97,2	-	2,8
16.	NZOZ Vitasana	pabianicki	0,49	-	-	100,0	-	-	-	-
17.	NZOZ Medicall	m. Piotrków Trybunalski	0,20	-	-	100,0	-	-	-	-
18.	Medeor	m. Łódź	0,20	-	-	100,0	-	-	-	-
19.	Salve ZOZ sp. z o.o.	m. Łódź	0,10	-	-	-	-	100,0	-	-
20.	Mirmed	tomaszowski	0,08	-	-	100,0	-	-	-	-

Źródło: Opracowanie własne na podstawie mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie lecznictwa szpitalnego dla woj. łódzkiego

Tabela 51. Struktura osobodni według zakresów – liczba osobodni rosnąco – województwo małopolskie

Lp.	Nazwa świadczeniodawcy	Powiat	Liczba osobodni [tys.]	Urologia – hospitalizacja [%]	Urologia – hospitalizacja – pakiet onkologiczny [%]	Urologia – zespół chirurgii jednego dnia [%]	Urologia – hospitalizacja planowa [%]	Urologia – hospitalizacja planowa – pakiet onkologiczny [%]
1.	SP ZOZ Szpital Uniwersytecki w Krakowie	m. Kraków	10,23	72,4	27,6	-	-	-
2.	Szpital Wojewódzki im. Św. Łukasza SP ZOZ w Tarnowie	m. Tarnów	6,90	90,0	10,0	-	-	-
3.	Szpital Specjalistyczny im. Jędrzeja Śniadeckiego w Nowym Sączu	m. Nowy Sącz	6,10	90,2	9,8	-	-	-
4.	Szpital Specjalistyczny im. Ludwika Rydygiera w Krakowie sp. z o.o.	m. Kraków	5,49	93,4	6,6	-	-	-
5.	ZOZ w Suchej Beskidzkiej	suski	5,02	92,7	7,3	-	-	-
6.	Szpital Powiatowy w Chrzanowie	chrzanowski	4,91	96,6	3,4	-	-	-
7.	Szpital Miejski Specjalistyczny im. Gabriela Narutowicza	m. Kraków	4,54	90,9	9,1	-	-	-
8.	Szpital Specjalistyczny im. Stefana Żeromskiego SP ZOZ w Krakowie	m. Kraków	3,85	99,2	0,8	-	-	-
9.	Szpital Powiatowy im. dr. Tytusa Chałubińskiego w Zakopanem	tatrzański	3,83	95,4	4,6	-	-	-
10.	Centrum Onkologii - Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie	m. Kraków	3,73	59,8	40,2	-	-	-
11.	SP ZOZ w Brzesku	brzeski	3,21	99,9	0,1	-	-	-

12.	5. Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką - SP ZOZ w Krakowie	m. Kraków	1,24	96,9	3,1	-	-	-
13.	Racławicka sp. z o.o.	m. Kraków	0,26	-	-	100,0	-	-
14.	Szpital Zakonu Bonifratrów św. Jana Grandego w Krakowie sp. z o.o.	m. Kraków	0,21	-	-	-	89,3	10,7
15.	Specjalistyczne Centrum Diagnostyczno-Zabiegowe Medicina sp. z o.o.	m. Kraków	0,12	-	-	100,0	-	-

Źródło: Opracowanie własne na podstawie mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie lecznictwa szpitalnego dla woj. małopolskiego

Tabela 52. Struktura osobodni według zakresów – liczba osobodni rosnąco – województwo mazowieckie

Lp.	Nazwa świadczeniodawcy	Powiat	Liczba osobodni [tys.]	Urologia – hospitalizacja [%]	Urologia – hospitalizacja – pakiet onkologiczny [%]	Urologia – hospitalizacja planowa [%]	Urologia – hospitalizacja planowa – pakiet onkologiczny [%]	Urologia – zespół chirurgii jednego dnia [%]	Program lekowy – leczenie neurogennej nadreaktywności wypieracza (ICD–10 N31) [%]
1.	Szpital Kliniczny Dzieciątka Jezus	m. st. Warszawa	14,39	96,3	3,5	-	-	-	0,2
2.	Wojskowy Instytut Medyczny	m. st. Warszawa	11,95	84,0	16,0	-	-	-	-
3.	Międzyleski Szpital Specjalistyczny w Warszawie	m. st. Warszawa	11,37	86,3	13,7	-	-	-	-
4.	Centralny Szpital Kliniczny MSWiA w Warszawie	m. st. Warszawa	10,24	85,8	14,1	-	-	-	0,0
5.	Mazowiecki Szpital Wojewódzki w Siedlcach sp. z o.o.	m. st. Warszawa	9,41	94,7	5,2	-	-	-	0,1
6.	Radomski Szpital Specjalistyczny im. dr. Tytusa Chałubińskiego	m. Radom	7,66	100,0	-	-	-	-	-
7.	Wojewódzki Szpital Zespolony w Płocku	m. Płock	7,38	100,0	-	-	-	-	-
8.	Krajowa Fundacja Medyczna	legionowski	7,14	46,9	53,1	-	-	-	-
9.	Mazowiecki Szpital Specjalistyczny im. dr. Józefa Psarskiego w Ostrołęce	m. Ostrołęka	6,73	100,0	-	-	-	-	-
10.	Szpital Bielański im. ks. Jerzego Popiełuszki SP ZOZ	m. st. Warszawa	6,67	100,0	-	-	-	-	-
11.	NZOZ Szpital Mazovia	m. st. Warszawa	6,61	-	-	73,6	26,4	-	-

12.	Samodzielny Publiczny Specjalistyczny Szpital Zachodni im. św. Jana Pawła II	grodziski	5,93	92,6	7,4	-	-	-	-
13.	Specjalistyczny Szpital Wojewódzki w Ciechanowie	ciechanowski	5,82	100,0	-	-	-	-	-
14.	Szpital Praski pw. Przemienienia Pańskiego	m. st. Warszawa	5,76	83,1	16,9	-	-	-	0,0
15.	Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie	m. st. Warszawa	5,14	65,0	35,0	-	-	-	-
16.	Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny im. prof. Witolda Orłowskiego Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego w Warszawie	m. st. Warszawa	4,74	91,4	8,6	-	-	-	-
17.	Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Kozienicach	kozienicki	4,37	79,5	20,5	-	-	-	-
18.	Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Przasnyszu	przasnyski	2,87	100,0	-	-	-	-	-
19.	Europejskie Centrum Zdrowia Otwock sp. z o.o.	otwocki	2,67	41,3	58,7	-	-	-	-
20.	Szpital Kolejowy im. dr. med. Włodzimierza Roeflera w Pruszkowie sp. z o.o.	pruszkowski	2,29	100,0	-	-	-	-	-
21.	Powiatowe Centrum Zdrowia sp. z o.o.	otwocki	1,30	-	-	100,0	-	-	-
22.	NZOZ Lecznica Położniczo-Chirurgiczna LATROS Andrzej Ostaszewski	m. st. Warszawa	0,72	-	-	-	-	100,0	-
23.	Polmedic sp. z o.o.	m. Radom	0,39	-	-	-	-	100,0	-
24.	Medicon sp. z o.o.	m. Radom	0,21	-	-	-	-	100,0	-
25.	Gałczyński i Wspólnicy s.j.	m. Siedlce	0,08	-	-	-	-	100,0	-
26.	Lux Med sp. z o.o.	m. st. Warszawa	0,05	-	-	-	-	100,0	-
27.	SP ZOZ Warszawa – Ursynów	m. st. Warszawa	0,04	-	-	-	-	100,0	-
28.	Centrum Leczniczo-Rehabilitacyjne i Medycyny Pracy Attis sp. z o.o.	m. st. Warszawa	0,01	-	-	-	-	100,0	-

Źródło: Opracowanie własne na podstawie mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie lecznictwa szpitalnego dla woj. mazowieckiego

Tabela 53. Struktura osobodni według zakresów – liczba osobodni rosnąco – województwo opolskie

Lp.	Nazwa świadczeniodawcy	Powiat	Liczba osobodni [tys.]	Urologia – hospitalizacja [%]	Urologia – zespół chirurgii jednego dnia [%]	Urologia – hospitalizacja – pakiet onkologiczny [%]	Chemioterapia w trybie jednodniowym z zakresem skojarzonym [%]
1.	Publiczny Samodzielny ZOZ Wojewódzkie Centrum Medyczne w Opolu	m. Opole	8,75	97,9	-	2,1	-
2.	SP ZOZ w Kędzierzynie-Koźlu	kędzierzyńsko-kozielski	7,07	99,6	-	-	0,4
3.	Namysłowskie Centrum Zdrowia S.A.	namysłowski	4,19	100,0	-	-	-
4.	ZOZ w Nysie	nyski	3,56	97,9	-	2,1	-
5.	Klinika Nova sp. z o.o.	kędzierzyńsko-kozielski	1,62	-	100,0	-	-
6.	Krapkowickie Centrum Zdrowia sp. z o.o.	krapkowicki	0,12	-	100,0	-	-

Źródło: Opracowanie własne na podstawie mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie lecznictwa szpitalnego dla woj. opolskiego

Tabela 54. Struktura osobodni według zakresów – liczba osobodni rosnąco – województwo podkarpackie

Lp.	Nazwa świadczeniodawcy	Powiat	Liczba osobodni [tys.]	Urologia – hospitalizacja [%]	Urologia – hospitalizacja – pakiet onkologiczny [%]	Urologia – hospitalizacja planowa [%]	Urologia – zespół chirurgii jednego dnia [%]	Urologia – hospitalizacja planowa – pakiet onkologiczny [%]	Program lekowy – leczenie neurogennej nadreaktywności wypieracza (ICD–10 N31) [%]
1.	Kliniczny Szpital Wojewódzki nr 1 im. Fryderyka Chopina w Rzeszowie	m. Rzeszów	10,29	83,5	16,4	-	-	-	0,1
2.	Szpital Powiatowy im. Edmunda Biernackiego w Mielcu	mielecki	8,65	97,5	2,5	-	-	-	-
3.	Wojewódzki Szpital Podkarpacki im. Jana Pawła II w Krośnie	m. Krosno	8,23	95,6	4,4	-	-	-	-

4.	Wojewódzki Szpital im. św. Ojca Pio w Przemyślu	m. Przemyśl	7,08	100,0	-	-	-	-	-
5.	SP ZOZ nr 1 w Rzeszowie	m. Rzeszów	7,04	85,8	14,2	-	-	-	-
6.	SP ZOZ w Przeworsku	przeworski	5,44	100,0	-	-	-	-	-
7.	SP ZOZ w Sanoku	sanocki	3,23	100,0	-	-	-	-	-
8.	SP ZOZ w Kolbuszowej	kolbuszowski	2,92	100,0	-	-	-	-	-
9.	Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej Powiatowy Szpital Specjalistyczny w Stalowej Woli	stalowowolski	2,40	100,0	-	-	-	-	-
10.	Szpital Specjalistyczny Pro-Familia sp. z o.o. s.k.	m. Rzeszów	1,11	-	-	88,5	-	11,5	-
11.	Szpital Specjalistyczny w Brzozowie Podkarpacki Ośrodek Onkologiczny im. ks. B. Markiewicza	brzozowski	0,99	-	-	90,9	-	9,1	-
12.	„Borek" sp. z o.o. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej pod Nazwą Centrum Medyczne „Borek"	m. Tarnobrzeg	0,16	-	-	-	100,0	-	-
13.	NZOZ Palomed sp. z o.o.	m. Rzeszów	0,12	-	-	-	100,0	-	-
14.	NZOZ Asklepios B. P. sp. z o.o.	m. Rzeszów	0,07	-	-	-	100,0	-	-
15.	NZOZ „Fen"	m. Tarnobrzeg	0,04	-	-	-	100,0	-	-

Źródło: Opracowanie własne na podstawie mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie lecznictwa szpitalnego dla woj. podkarpackiego

Tabela 55. Struktura osobodni według zakresów – liczba osobodni rosnąco – województwo podlaskie

Lp.	Nazwa świadczeniodawcy	Powiat	Liczba osobodni [tys.]	Urologia – hospitalizacja [%]	Urologia – hospitalizacja – pakiet onkologiczny [%]
1.	SP ZOZ Wojewódzki Szpital Zespolony im. J. Śniadeckiego	m. Białystok	8,15	91,3	8,7
2.	SP ZOZ MSWiA w Białymstoku	m. Białystok	6,51	92,1	7,9
3.	Szpital Wojewódzki im. dr. Ludwika Rydygiera w Suwałkach	m. Suwałki	5,62	97,8	2,2
4.	Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku	m. Białystok	4,68	100,0	-
5.	Szpital Wojewódzki im. Kardynała Stefana Wyszyńskiego	m. Łomża	4,20	100,0	-

Źródło: Opracowanie własne na podstawie mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie lecznictwa szpitalnego dla woj. podlaskiego

Tabela 56. Struktura osobodni według zakresów – liczba osobodni rosnąco – województwo pomorskie

Lp.	Nazwa świadczeniodawcy	Powiat	Liczba osobodni [tys.]	Urologia – hospitalizacja [%]	Urologia – hospitalizacja – pakiet onkologiczny [%]	Urologia – hospitalizacja planowa [%]	Urologia – zespół chirurgii jednego dnia [%]	Program lekowy – leczenie neurogennej nadreaktywności wypieracza (ICD–10 N31) [%]
1.	Szpital im. Mikołaja Kopernika	m. Gdańsk	9,69	90,0	10,0	-	-	-
2.	Szpital Specjalistyczny Słupsk	m. Słupsk	8,45	96,3	3,6	-	-	0,0
3.	Uniwersyteckie Centrum Kliniczne	m. Gdańsk	8,02	80,6	19,4	-	-	-
4.	Szpitale Wojewódzkie w Gdyni sp. z o.o.	m. Gdynia	6,72	89,2	10,6	-	-	0,1
5.	Szpital Specjalistyczny w Kościerzynie sp. z o.o.	kościerski	5,83	81,7	18,3	-	-	0,1
6.	Szpital Specjalistyczny w Wejherowie	wejherowski	4,39	100,0	0,0	-	-	-
7.	7. Szpital Marynarki Wojennej z Przychodnią SP ZOZ im. Kontradmirała Profesora Wiesława Łasińskiego w Gdańsku	m. Gdańsk	3,18	80,4	19,6	-	-	-
8.	NZOZ Zdrowie	kwidzyński	1,91	99,5	0,5	-	-	-
9.	Clinica Medica sp. z o.o.	pucki	0,04	-	-	100,0	-	-
10.	SP ZOZ MSW w Koszalinie	m. Słupsk	0,03	-	-	-	100,0	-

Źródło: Opracowanie własne na podstawie mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie lecznictwa szpitalnego dla woj. pomorskiego

Tabela 57. Struktura osobodni według zakresów – liczba osobodni rosnąco – województwo śląskie

Lp.	Nazwa świadczeniodawcy	Powiat	Liczba osobodni [tys.]	Urologia – hospitalizacja [%]	Urologia – hospitalizacja – pakiet onkologiczny [%]	Urologia – zespół chirurgii jednego dnia [%]	Urologia – hospitalizacja planowa [%]	Chemioterapia – hospitalizacja z zakresem skojarzonym [%]	Program lekowy – leczenie neurogennej nadreaktywności wypieracza (ICD–10 N31) [%]
1.	NZOZ Szpital Specjalistyczny im. prof. E. Michałowskiego	m. Katowice	27,03	95,1	4,9	-	-	-	-

2.	Urovita sp. z o.o. – NZOZ Szpital Śląskie Centrum Urologii	m. Chorzów	12,44	85,9	11,2	-	-	2,7	0,3
3.	Szpital Wojewódzki w Bielsku-Białej	m. Bielsko-Biała	9,71	71,7	28,3	-	-	-	-
4.	SP ZOZ Szpital Wielospecjalistyczny w Jaworznie	m. Jaworzno	7,20	100,0	-	-	-	-	-
5.	Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 1 im. prof. Stanisława Szyszko ŚUM w Katowicach	m. Zabrze	6,33	73,1	26,9	-	-	-	-
6.	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 5 im. św. Barbary w Sosnowcu	m. Sosnowiec	6,22	92,6	7,4	-	-	-	-
7.	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 2 w Jastrzębiu Zdroju	m. Jastrzębie-Zdrój	6,20	98,2	1,8	-	-	-	-
8.	SP ZOZ Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 3 w Rybniku	m. Rybnik	5,60	96,9	3,1	-	-	-	-
9.	SP ZOZ Miejski Szpital Zespolony w Częstochowie	m. Częstochowa	5,42	97,4	2,6	-	-	-	-
10.	Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Cieszynie	cieszyński	3,95	96,3	3,7	-	-	-	-
11.	Sosnowiecki Szpital Miejski sp. z o.o.	m. Sosnowiec	3,68	100,0	-	-	-	-	-
12.	Wielospecjalistyczny Szpital Powiatowy S.A.	tarnogórski	3,37	94,6	5,4	-	-	-	-
13.	Gliwickie Centrum Medyczne	m. Gliwice	3,24	100,0	-	-	-	-	-
14.	Szpital Specjalistyczny nr 1 w Bytomiu	m. Bytom	2,87	100,0	-	-	-	-	-
15.	SP ZOZ Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 4 w Bytomiu	m. Bytom	2,39	72,3	27,7	-	-	-	-
16.	Beskidzkie Centrum Medyczne sp. z o.o.	m. Bielsko-Biała	0,44	-	-	-	100,0	-	-
17.	Provita sp. z o.o.	m. Katowice	0,32	-	-	100,0	-	-	-
18.	NZOZ Silesia-Med S.A.	pszczyński	0,16	-	-	-	100,0	-	-
19.	Poli-Med Bielsko sp. z o.o. Galena s.k.	m. Bielsko-Biała	0,16	-	-	100,0	-	-	-
20.	NZOZ Przychodnia Medycyny Rodzinnej Andrzej Łyczba	m. Świętochłowice	0,09	-	-	100,0	-	-	-
21.	Biel-Med sp. z o.o.	m. Bielsko-Biała	0,07	-	-	100,0	-	-	-
22.	Epione sp. z o.o.	m. Katowice	0,05	-	-	100,0	-	-	-
23.	NZOZ Święta Monika sp. z o.o.	myszkowski	0,01	-	-	100,0	-	-	-

Źródło: Opracowanie własne na podstawie mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie lecznictwa szpitalnego dla woj. śląskiego

Tabela 58. Struktura osobodni według zakresów – liczba osobodni rosnąco – województwo świętokrzyskie

Lp.	Nazwa świadczeniodawcy	Powiat	Liczba osobodni [tys.]	Urologia – hospitalizacja [%]	Urologia – hospitalizacja – pakiet onkologiczny [%]	Urologia – zespół chirurgii jednego dnia [%]
1.	ZOZ w Ostrowcu Świętokrzyskim	ostrowiecki	11,24	100,0	-	-
2.	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. św. Rafała w Czerwonej Górze	kielecki	10,71	90,9	9,1	-
3.	Świętokrzyskie Centrum Onkologii SP ZOZ w Kielcach	m. Kielce	5,96	68,4	31,6	-
4.	Szpital Specjalistyczny Ducha Świętego w Sandomierzu	sandomierski	5,91	100,0	-	-
5.	ZOZ w Końskich	konecki	4,62	91,7	8,3	-
6.	Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Staszowie	staszowski	4,18	99,6	0,4	-
7.	Prosta Lith sp. z o.o.	m. Kielce	0,57	-	-	100,0

Źródło: Opracowanie własne na podstawie mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie lecznictwa szpitalnego dla woj. świętokrzyskiego

Tabela 59. Struktura osobodni według zakresów – liczba osobodni rosnąco – województwo warmińsko-mazurskie

Lp.	Nazwa świadczeniodawcy	Powiat	Liczba osobodni [tys.]	Urologia – hospitalizacja [%]	Urologia – hospitalizacja – pakiet onkologiczny [%]	Urologia – zespół chirurgii jednego dnia [%]
1.	Miejski Szpital Zespolony w Olsztynie	m. Olsztyn	8,20	88,9	11,1	-
2.	Szpital Giżycki sp. z o.o.	giżycki	6,71	100,0	-	-
3.	Wojewódzki Szpital Zespolony w Elblągu	m. Elbląg	6,08	75,3	24,7	-
4.	Szpital Powiatowy w Nowym Mieście Lubawskim sp. z o.o.	nowomiejski	0,50	-	-	100,0
5.	Prywatne Centrum Medyczne Lancet Młynarczyk, Łesiów s.j.	m. Olsztyn	0,32	-	-	100,0

Źródło: Opracowanie własne na podstawie mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie lecznictwa szpitalnego dla woj. warmińsko-mazurskiego

Tabela 60. Struktura osobodni według zakresów – liczba osobodni rosnąco – województwo wielkopolskie

Lp.	Nazwa świadczeniodawcy	Powiat	Liczba osobodni [tys.]	Urologia – hospitalizacja [%]	Urologia – hospitalizacja – pakiet onkologiczny [%]	Urologia – hospitalizacja planowa [%]	Chemioterapia w trybie jednodniowym z zakresem skojarzonym [%]	Urologia – zespół chirurgii jednego dnia [%]	Chemioterapia – hospitalizacja z zakresem skojarzonym [%]	Pozostałe zakresy [%]
1.	Wielospecjalistyczny Szpital Miejski im. Józefa Strusia z Zakładem Opiekuńczo – Leczniczym. SP ZOZ z siedzibą w Poznaniu przy ul. Szwajcarskiej 3	m. Poznań	16,26	85,6	14,4	-	-	-	-	-
2.	Specjalistyczny ZOZ Nad Matką i Dzieckiem w Poznaniu	m. Poznań	11,94	78,4	21,6	-	-	-	-	-
3.	Wojewódzki Szpital Zespolony im. Ludwika Perzyny w Kaliszu	m. Kalisz	8,88	99,9	0,1	-	-	-	-	-
4.	Szpital w Puszczykowie im. prof. S. T. Dąbrowskiego S.A.	poznański	8,18	88,8	11,2	-	-	-	-	-
5.	Wojewódzki Szpital Zespolony w Lesznie	m. Leszno	6,92	88,1	10,1	-	-	-	1,8	-
6.	Szpital Specjalistyczny w Pile im. Stanisława Staszica	pilski	5,07	95,8	4,2	-	-	-	-	-
7.	Wojewódzki Szpital Zespolony w Koninie	m. Konin	4,80	94,9	5,1	-	-	-	-	-
8.	Centrum Medyczne HCP sp. z o.o. NZOZ Centrum Medyczne HCP Lecznictwo Stacjonarne	m. Poznań	3,89	70,5	29,3	-	-	-	-	0,3
9.	SP ZOZ MSWiA w Poznaniu im. prof. Ludwika Bierkowskiego	m. Poznań	3,28	49,2	40,7	-	10,1	-	-	-
10.	Szpital Kliniczny im. Heliodora Święcickiego Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu	m. Poznań	2,83	92,8	7,2	-	-	-	-	-
11.	Szpital Powiatowy im. Tadeusza Malińskiego w Śremie sp. z o.o.	śremski	1,94	84,8	15,2	-	-	-	-	-
12.	Szpital Wojewódzki w Poznaniu	m. Poznań	1,64	100,0	-	-	-	-	-	-
13.	Prywatna Lecznica Certus Szpital nr 1	m. Poznań	1,19	88,6	11,4	-	-	-	-	-
14.	Pleszewskie Centrum Medyczne w Pleszewie sp. z o.o.	pleszewski	0,37	87,2	12,8	-	-	-	-	-
15.	NZOZ Leszczyńskie Centrum Medyczne Ventriculus sp. z o.o.	m. Leszno	0,15	-	-	100,0	-	-	-	-
16.	Amika Konsorcjum Medyczne sp. z o.o. Przychodnia Specjalistyczna	wrzesiński	0,11	-	-	100,0	-	-	-	-

17.	QR sp. z o.o.	m. Poznań	0,11	-	-	-	-	100,0	-	-
18.	NZOZ Specjalistyczne Centrum Medyczne Vigor Med.	m. Leszno	0,10	-	-	-	-	100,0	-	-
19.	Kalmedica sp. z o.o.	m. Kalisz	0,06	-	-	100,0	-	-	-	-
20.	Med-Polonia sp. z o.o.	m. Poznań	0,06	-	-	89,1	-	-	-	10,9
21.	Wielkopolskie Centra Medyczne Remedium	m. Poznań	0,04	-	-	100,0	-	-	-	-

Źródło: Opracowanie własne na podstawie mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie lecznictwa szpitalnego dla woj. wielkopolskiego

Tabela 61. Struktura osobodni według zakresów – liczba osobodni rosnąco – województwo zachodniopomorskie

Lp.	Nazwa świadczeniodawcy	Powiat	Liczba osobodni [tys.]	Urologia – hospitalizacja [%]	Urologia – hospitalizacja – pakiet onkologiczny [%]	Urologia – hospitalizacja planowa [%]	Program lekowy – leczenie neurogennej nadreaktywności wypieracza (ICD–10 N31) [%]	Urologia – hospitalizacja planowa – pakiet onkologiczny [%]
1.	Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 2 Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego	m. Szczecin	8,54	82,6	17,2	-	0,2	-
2.	Szpital Wojewódzki im. M. Kopernika w Koszalinie	m. Koszalin	4,92	95,0	5,0	-	-	-
3.	Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Zespolony	m. Szczecin	4,88	73,9	26,1	-	-	-
4.	Samodzielny Publiczny Specjalistyczny ZOZ Zdroje	m. Szczecin	4,71	92,5	7,5	-	-	-
5.	109. Szpital Wojskowy z Przychodnią SP ZOZ	m. Szczecin	3,77	93,8	6,2	-	-	-
6.	Regionalny Szpital w Kołobrzegu	kołobrzeski	2,00	93,6	6,4	-	-	-
7.	Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Gryficach	gryficki	1,17	99,7	0,3	-	-	-
8.	Szpital w Szczecinku sp. z o.o.	szczecinecki	0,92	-	-	99,0	-	1,0

Źródło: Opracowanie własne na podstawie mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie lecznictwa szpitalnego dla woj. zachodniopomorskiego

Załącznik 4. Struktura hospitalizacji w oddziałach urologii według grup rozpoznań

W poniższych tabelach przedstawiono strukturę hospitalizacji według grup rozpoznań w oddziałach urologii poszczególnych województw z uwzględnieniem nowotworu złośliwego pęcherza moczowego.

Tabela 62. Struktura hospitalizacji według grup rozpoznań – liczba hospitalizacji rosnąco – województwo dolnośląskie

Lp.	Nazwa świadczeniodawcy	Powiat	Liczba hospitalizacji [tys.]	Wady układu moczowego [%	Kamica moczowa [%]	Rozrost łagodny gruczołu krokowego [%]	Nowotwór złośliwy pęcherza moczowego [%]	Nowotwory niezłośliwe układu moczowego [%]	Inne choroby dolnego układu moczowego [%]	Pozostałe grupy rozpoznań [%]
1.	Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Jana Mikulicza-Radeckiego we Wrocławiu	m. Wrocław	3,16	11,8	15,2	11,8	18,9	1,2	16,8	24,2
2.	Dolnośląski Szpital Specjalistyczny im. T. Marciniaka – Centrum Medycyny Ratunkowej	m. Wrocław	2,33	23,7	19,1	11,1	3,7	20,0	6,5	15,9
3.	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Wrocławiu	m. Wrocław	2,09	7,6	17,4	18,7	18,8	2,8	3,6	31,1
4.	4. Wojskowy Szpital Kliniczny z Poliklinika SP ZOZ we Wrocławiu	m. Wrocław	1,94	21,4	17,6	8,3	17,3	3,7	3,9	27,7
5.	Wojewódzkie Centrum Szpitalne Kotliny Jeleniogórskiej	m. Jelenia Góra	1,56	26,0	9,4	11,0	1,5	17,2	2,5	32,3
6.	Specjalistyczny Szpital im. dr. Alfreda Sokołowskiego	m. Wałbrzych	1,54	29,3	15,2	17,7	13,4	1,5	4,5	18,4
7.	Wielospecjalistyczny Szpital – SP ZOZ w Zgorzelcu	zgorzelecki	1,48	19,3	13,5	16,3	13,7	10,2	2,9	24,2
8.	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Legnicy	m. Legnica	0,95	14,8	18,4	27,4	14,6	5,0	3,9	15,9
9.	ZOZ w Kłodzku	kłodzki	0,88	10,6	13,3	6,2	22,3	15,1	2,8	29,7
10.	NZOZ Multi – Medica	m. Wrocław	0,5	0,2	26,3	4,2	7,1	-	3,4	58,8
11.	Jaworskie Centrum Medyczne sp. z o.o.	jaworski	0,44	0,2	38,4	45,0	4,8	0,2	1,1	10,3
12.	NZOZ Ośrodek Chirurgii Małoinwazyjnej i Endoskopowej s.c.	m. Wrocław	0,23	-	-	2,1	0,9	0,4	0,4	96,2
13.	Milickie Centrum Medyczne sp. z o.o.	milicki	0,22	5,0	4,1	52,3	9,5	1,4	7,2	20,7

14.	NZOZ „Dzierżoniowskie Centrum Specjalistyczne Dr Marioli Zawadzkiej”	dzierżoniowski	0,21	-	-	39,2	-	32,1	0,5	28,2
15.	Prywatna Poliklinika na Grobli sp. z o.o.	m. Wrocław	0,2	3,0	9,1	17,2	48,0	0,5	2,5	19,7
16.	Karkonoskie Centrum Medyczne	m. Jelenia Góra	0,12	4,1	17,2	6,6	27,0	2,5	10,7	32,0
17.	Euromedicare Szpital Specjalistyczny z Przychodnią	m. Wrocław	0,06	-	1,6	8,2	4,9	1,6	3,3	80,3

Źródło: Opracowanie własne na podstawie mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie lecznictwa szpitalnego dla woj. dolnośląskiego

Tabela 63. Struktura hospitalizacji według grup rozpoznań – liczba hospitalizacji rosnąco – województwo kujawsko-pomorskie

Lp.	Nazwa świadczeniodawcy	Powiat	Liczba hospitalizacji [tys.]	Kamica moczowa [%]	Nowotwór złośliwy pęcherza moczowego [%]	Rozrost łagodny gruczołu krokowego [%]	Nowotwory niezłośliwe układu moczowego [%]	Nowotwór złośliwy prostaty [%]	Wady układu moczowego [%]	Pozostałe grupy rozpoznań [%]
1.	Szpital Uniwersytecki nr 2 m. dr. Jana Biziela w Bydgoszczy	m. Bydgoszcz	3,10	40,4	7,2	16,4	2,5	4,2	4,4	25,0
2.	Szpital Uniwersytecki nr 1 im. dr. Antoniego Jurasza w Bydgoszczy	m. Bydgoszcz	2,24	37,3	10,8	3,3	5,2	7,0	12,1	24,3
3.	Szpital Wielospecjalistyczny im. dr. Ludwika Błażka w Inowrocławiu	inowrocławski	1,89	21,4	8,8	6,7	24,2	3,5	6,0	29,4
4.	SP ZOZ Specjalistyczny Szpital Miejski im. M. Kopernika	m. Toruń	1,72	17,6	25,3	6,2	3,6	6,8	10,4	30,1
5.	Regionalny Szpital Specjalistyczny im. dr. Władysława Biegańskiego w Grudziądzu	m. Grudziądz	1,60	28,8	17,6	6,8	6,1	5,4	5,4	29,8
6.	Centrum Onkologii im. prof. Franciszka Łukaszczyka w Bydgoszczy	m. Bydgoszcz	1,38	0,9	28,2	0,9	21,3	21,6	3,2	24,0
7.	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Włocławku	m. Włocławek	1,17	34,9	5,9	14,5	12,4	1,8	4,9	25,7
8.	SP ZOZ 10. Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką	m. Bydgoszcz	1,03	20,9	9,3	25,7	7,4	4,2	6,6	26,0
9.	Prywatna Specjalistyczna Przychodnia Lekarska Nowak&Nowak sp. z o.o.	m. Toruń	0,35	81,5	-	-	-	-	0,3	18,2
10.	Szpital Świętego Łukasza	m. Bydgoszcz	0,26	8,7	23,8	17,0	7,9	5,7	1,1	35,8

11.	Samodzielny Publiczny Wielospecjalistyczny ZOZ MSW w Bydgoszczy	m. Bydgoszcz	0,23	10,0	16,5	16,9	7,4	17,3	2,2	29,9
12.	NZOZ Stadmedica dr n. med. Ewa Jundziłł-Bieniek	m. Bydgoszcz	0,2	2,0	11,5	11,0	19,5	-	-	56,0
13.	Endonet sp. z o.o.	m. Bydgoszcz	0,2	4,6	12,7	10,7	14,7	1,0	2,0	54,3
14.	NZOZ Centrum Medyczne Gazińscy w Bydgoszczy sp. z o.o.	m. Bydgoszcz	0,15	4,1	3,4	69,2	4,8	0,7	1,4	16,4
15.	NZOZ Lecznice Citomed sp. z o.o. w Toruniu	m. Toruń	0,13	-	-	-	-	-	-	100,0
16.	Centrum Diagnostyczno-Lecznicze Barska sp. z o.o.	m. Włocławek	0,08	24,7	22,4	-	4,7	-	-	48,2
17.	Wojewódzki Szpital Zespolony im. L. Rydygiera w Toruniu	m. Toruń	0,06	6,2	-	35,4	10,8	27,7	-	20,0
18.	NZOZ Oko-Med M. T. w Grudziądzu Utworzony Przez Marzennę Tsanakas	m. Grudziądz	0,05	-	-	-	40,0	-	-	60,0
19.	Zakład Medyczny Diagmed Plus we Włocławku Utworzony Przez Zakład Medyczny Diag Med Plus sp. z o.o.	m. Włocławek	0,04	-	-	2,2	4,4	-	-	93,3
20.	NZOZ Alfa Med w Brodnicy Spółka Partnerska	brodnicki	0,03	-	-	44,8	-	-	-	55,2

Źródło: Opracowanie własne na podstawie mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie lecznictwa szpitalnego dla woj. kujawsko-pomorskiego

Tabela 64. Struktura hospitalizacji według grup rozpoznań – liczba hospitalizacji rosnąco – województwo lubelskie

Lp.	Nazwa świadczeniodawcy	Powiat	Liczba hospitalizacji [tys.]	Kamica moczowa [%]	Rozrost łagodny gruczołu krokowego [%]	Wady układu moczowego [%]	Nowotwór złośliwy pęcherza moczowego[%]	Nowotwory niezłośliwe układu moczowego [%]	Inne choroby dolnego odcinka układu moczowego [%]	Pozostałe grupy rozpoznań [%]
1.	Samodzielny Publiczny Szpital Wojewódzki im. Papieża Jana Pawła II w Zamościu	m. Zamość	2,58	37,2	14,9	11,0	10,4	3,2	1,7	21,6
2.	Samodzielny Publiczny Szpital Wojewódzki im. Jana Bożego w Lublinie	m. Lublin	2,01	36,7	9,0	13,0	6,8	10,0	4,8	19,7

3.	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Stefana Kardynała Wyszyńskiego SP ZOZ	m. Lublin	1,87	36,1	10,8	6,5	7,6	13,2	5,2	20,6
4.	SP ZOZ w Lubartowie	lubartowski	1,54	46,2	11,5	4,1	3,8	11,7	1,2	21,5
5.	Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 4 w Lublinie	m. Lublin	1,51	25,3	8,8	5,9	12,6	9,8	10,7	26,9
6.	1. Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką SP ZOZ w Lublinie	m. Lublin	1,45	22,7	21,4	4,4	9,8	5,2	2,0	34,5
7.	SP ZOZ w Puławach	puławski	1,39	26,8	12,5	9,1	9,9	1,8	4,3	35,7
8.	Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Chełmie	m. Chełm	1,19	36,0	12,7	5,4	5,5	7,0	4,6	28,6
9.	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Białej Podlaskiej	m. Biała Podlaska	0,92	26,5	5,5	18,9	9,8	5,7	4,6	29,1
10.	SP ZOZ w Krasnymstawie	krasnostawski	0,43	38,1	11,2	2,3	1,4	6,5	9,3	31,2
11.	SP ZOZ MSWiA w Lublinie	m. Lublin	0,18	48,0	5,6	0,6	10,2	1,7	4,5	29,4
12.	Centrum Medyczne Sanitas sp. z o.o.	m. Lublin	0,17	37,3	-	-	-	-	33,1	29,5

Źródło: Opracowanie własne na podstawie mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie lecznictwa szpitalnego dla woj. lubelskiego

Tabela 65. Struktura hospitalizacji według grup rozpoznań – liczba hospitalizacji rosnąco – województwo lubuskie

Lp.	Nazwa świadczeniodawcy	Powiat	Liczba hospitalizacji [tys.]	Kamica moczowa [%]	Nowotwór złośliwy pęcherza moczowego [%]	Rozrost łagodny gruczołu krokowego [%]	Wady układu moczowego [%]	Nowotwory niezłośliwe układu moczowego [%]	Inne choroby dolnego odcinka układu moczowego [%]	Pozostałe grupy rozpoznań [%]
1.	Wielospecjalistyczny Szpital Wojewódzki w Gorzowie Wlkp. sp. z o.o.	m. Gorzów Wielkopolski	2,18	27,6	12,7	9,0	9,0	2,8	3,6	35,3
2.	Wielospecjalistyczny Szpital w Nowej Soli	nowosolski	1,43	26,3	21,3	7,3	11,7	6,5	4,0	22,9
3.	Wojewódzki Szpital Kliniczny im. Karola Marcinkowskiego w Zielonej Górze sp. z o.o.	m. Zielona Góra	1,37	32,5	7,7	13,0	8,3	5,3	3,8	29,6
4.	Niepubliczny Specjalistyczny ZOZ Uro – Laser Wojciech Zwierzyński i Michał Drozd Lekarska Spółka Partnerska	zielonogórski	0,95	43,2	7,8	8,8	2,7	20,3	5,8	11,4

5.	Powiatowe Centrum Zdrowia sp. z o.o.	strzelecko--drezdenecki	0,43	100,0	-	-	-	-	-	-
6.	105. Kresowy Szpital Wojskowy z Przychodnią SP ZOZ w Zarach	żagański	0,42	32,7	3,8	12,2	10,4	13,2	11,8	16,0
7.	Szpital Międzyrzecki sp. z o.o.	międzyrzecki	0,38	16,8	6,1	41,0	0,5	5,3	6,1	24,2
8.	Specjalistyczne Centrum Medyczne Urolog Bromber, Halińska s.j.	m. Zielona Góra	0,36	37,6	2,2	9,6	2,2	9,1	19,8	19,5

Źródło: Opracowanie własne na podstawie mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie lecznictwa szpitalnego dla woj. lubuskiego

Tabela 66. Struktura hospitalizacji według grup rozpoznań – liczba hospitalizacji rosnąco – województwo łódzkie

Lp.	Nazwa świadczeniodawcy	Powiat	Liczba hospitalizacji [tys.]	Kamica moczowa [%]	Nowotwór złośliwy pęcherza moczowego [%]	Rozrost łagodny gruczołu krokowego [%]	Nowotwory niezłośliwe układu moczowego [%]	Wady układu moczowego [%]	Inne choroby dolnego odcinka układu moczowego [%]	Pozostałe grupy rozpoznań [%]
1.	Szpital Wojewódzki im. Jana Pawła II w Bełchatowie	bełchatowski	2,88	25,0	8,5	12,0	11,5	8,8	4,8	29,5
2.	Wojewódzki Specjalistyczny Szpital im. M. Pirogowa w Łodzi	m. Łódź	2,61	16,5	16,1	5,2	10,3	10,7	6,7	34,4
3.	SP ZOZ Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Wojskowej Akademii Medycznej UM w Łodzi – Centralny Szpital Weteranów	m. Łódź	2,34	19,8	10,7	15,3	6,6	13,2	2,6	31,9
4.	Wojewódzkie Wielospecjalistyczne Centrum Onkologii i Traumatologii im. M. Kopernika w Łodzi	m. Łódź	2,22	14,7	13,7	4,8	23,4	6,5	5,2	31,7
5.	Specjalista sp. z o.o.	kutnowski	1,97	86,7	3,2	4,5	0,1	0,3	2,8	2,5
6.	NZOZ Lekarze Urolodzy – Marek Rożniecki i Partnerzy	łaski	1,89	28,4	15,7	5,1	12,2	13,2	4,2	21,2
7.	Wojewódzki Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej Centrum Leczenia Chorób Płuc i Rehabilitacji w Łodzi	łódzki wschodni	1,82	28,7	15,5	20,3	1,3	2,5	3,6	28,2
8.	Szpital Wojewódzki im. Prymasa Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Sieradzu	sieradzki	1,77	34,4	5,2	10,8	0,2	4,9	15,4	29,1
9.	Pabianickie Centrum Medyczne sp. z o.o.	pabianicki	1,22	30,4	14,1	13,5	2,9	6,1	10,7	22,3

10.	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Marii Skłodowskiej-Curie w Zgierzu	zgierski	1,14	19,8	14,9	4,6	15,0	7,8	1,6	36,4
11.	SP ZOZ MSWiA w Łodzi	m. Łódź	0,83	11,0	17,6	20,0	9,9	8,2	4,2	29,2
12.	Tomaszowskie Centrum Zdrowia	tomaszowski	0,72	34,0	3,9	4,9	13,2	18,1	2,9	23,0
13.	NZOZ Vitasana	pabianicki	0,49	67,8	1,6	2,0	3,9	-	6,1	18,5
14.	Samodzielny Szpital Wojewódzki im. Mikołaja Kopernika w Piotrkowie Trybunalskim	m. Piotrków Trybunalski	0,41	28,0	13,1	7,1	7,5	9,2	3,6	31,4
15.	Poddębickie Centrum Zdrowia	poddębicki	0,38	50,8	7,1	8,7	2,6	0,5	3,2	27,0
16.	Powiatowy ZOZ w Piotrkowie Trybunalskim	m. Piotrków Trybunalski	0,38	34,3	15,3	8,4	3,7	6,9	3,7	27,7
17.	NZOZ Medicall	m. Piotrków Trybunalski	0,2	8,4	12,3	18,2	-	13,8	13,3	34,0
18.	Medeor	m. Łódź	0,2	6,1	68,7	-	7,6	0,5	7,6	9,6
19.	Salve ZOZ sp. z o.o.	m. Łódź	0,1	-	25,3	1,0	19,2	12,1	8,1	34,3
20.	Mirmed	tomaszowski	0,08	20,0	4,7	11,8	-	-	9,4	54,1

Źródło: Opracowanie własne na podstawie mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie lecznictwa szpitalnego dla woj. łódzkiego

Tabela 67. Struktura hospitalizacji według grup rozpoznań – liczba hospitalizacji rosnąco – województwo małopolskie

Lp.	Nazwa świadczeniodawcy	Powiat	Liczba hospitalizacji [tys.]	Kamica moczowa [%]	Nowotwór złośliwy pęcherza moczowego [%]	Nowotwory niezłośliwe układu moczowego [%]	Rozrost łagodny gruczołu krokowego [%]]	Wady układu moczowego [%]	Nowotwór złośliwy prostaty [%]	Pozostałe grupy rozpoznań [%]
1.	Szpital Specjalistyczny im. Ludwika Rydygiera w Krakowie sp. z o.o.	m. Kraków	2,28	34,2	11,6	12,3	8,2	9,4	5,0	19,4
2.	Szpital Specjalistyczny im. Jędrzeja Śniadeckiego w Nowym Sączu	m. Nowy Sącz	1,98	14,7	24,2	14,3	8,3	6,4	6,6	25,6
3.	Szpital Wojewódzki im. Św. Łukasza SP ZOZ w Tarnowie	m. Tarnów	1,87	29,6	7,4	22,7	5,3	8,8	2,3	23,9
4.	SP ZOZ Szpital Uniwersytecki w Krakowie	m. Kraków	1,67	11,2	16,3	15,6	3,9	10,9	19,1	23,0
5.	Szpital Miejski Specjalistyczny im. Gabriela Narutowicza	m. Kraków	1,66	36,1	21,8	12,4	4,8	5,1	2,8	17,1
6.	Szpital Powiatowy w Chrzanowie	chrzanowski	1,35	21,6	10,1	14,3	23,5	6,9	2,4	21,1
7.	SP ZOZ w Brzesku	brzeski	1,16	24,8	16,2	8,1	20,5	5,4	0,4	24,4

8.	ZOZ w Suchej Beskidzkiej	suski	1,13	28,6	19,2	12,5	11,2	5,7	2,3	20,5
9.	Szpital Specjalistyczny im. Stefana Żeromskiego SP ZOZ w Krakowie	m. Kraków	1,02	22,5	12,6	2,0	14,5	4,9	4,0	39,5
10.	Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie	m. Kraków	0,99	0,5	22,1	6,4	11,3	1,5	33,6	24,5
11.	Szpital Powiatowy im. dr. Tytusa Chałubińskiego w Zakopanem	tatrzański	0,95	27,4	7,3	9,7	20,7	7,1	2,0	25,9
12.	5. Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką – SP ZOZ w Krakowie	m. Kraków	0,32	13,0	23,5	15,8	7,1	6,5	1,5	32,5
13.	Racławicka sp. z o.o.	m. Kraków	0,26	11,4	5,3	23,2	4,6	-	0,4	55,1
14.	Szpital Zakonu Bonifratrów św. Jana Grandego w Krakowie sp. z o.o.	m. Kraków	0,13	3,8	33,8	2,3	10,5	-	-	49,6
15.	Specjalistyczne Centrum Diagnostyczno-Zabiegowe Medicina sp. z o.o.	m. Kraków	0,12	-	13,0	1,7	52,2	-	-	33,0

Źródło: Opracowanie własne na podstawie mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie lecznictwa szpitalnego dla woj. małopolskiego

Tabela 68. Struktura hospitalizacji według grup rozpoznań – liczba hospitalizacji rosnąco – województwo mazowieckie

Lp.	Nazwa świadczeniodawcy	Powiat	Liczba hospitalizacji [tys.]	Kamica moczowa [%]	Nowotwór złośliwy pęcherza moczowego [%]	Rozrost łagodny gruczołu krokowego [%]	Wady układu moczowego [%]	Nowotwory niezłośliwe układu moczowego [%]	Inne choroby dolnego odcinka układu moczowego [%]	Pozostałe grupy rozpoznań [%]
1.	Wojskowy Instytut Medyczny	m. st. Warszawa	4,46	40,2	7,0	7,5	10,3	2,0	20,2	12,9
2.	NZOZ Szpital Mazovia	m. st. Warszawa	4,25	52,4	4,3	25,0	2,0	1,7	2,2	12,3
3.	Szpital Kliniczny Dzieciątka Jezus	m. st. Warszawa	4,07	32,0	12,9	4,6	16,4	6,2	3,5	24,4
4.	Międzyleski Szpital Specjalistyczny w Warszawie	m. st. Warszawa	3,29	27,9	25,5	5,3	4,4	1,1	3,7	32,1
5.	Mazowiecki Szpital Specjalistyczny im. dr. Józefa Psarskiego w Ostrołęce	m. Ostrołęka	2,32	32,3	23,1	5,5	3,2	5,9	3,3	26,8
6.	Mazowiecki Szpital Wojewódzki w Siedlcach sp. z o.o.	m. st. Warszawa	2,17	34,7	5,2	10,5	9,6	14,3	3,7	21,9
7.	Krajowa Fundacja Medyczna	legionowski	2,16	0,2	52,1	2,4	5,9	14,8	1,0	23,7
8.	Centralny Szpital Kliniczny MSWiA w Warszawie	m. st. Warszawa	2,11	26,3	12,9	8,7	5,7	15,6	2,5	28,4

9.	Wojewódzki Szpital Zespolony w Płocku	m. Płock	1,80	33,6	10,2	6,7	7,6	16,4	2,3	23,2
10.	Specjalistyczny Szpital Wojewódzki w Ciechanowie	ciechanowski	1,80	43,3	9,1	4,1	3,4	2,2	13,0	25,0
11.	Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny im. prof. Witolda Orłowskiego Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego w Warszawie	m. st. Warszawa	1,80	13,9	20,6	7,5	5,3	2,4	12,3	38,1
12.	Samodzielny Publiczny Specjalistyczny Szpital Zachodni im. św. Jana Pawła II	grodziski	1,61	19,5	24,5	8,9	5,5	10,7	4,4	26,6
13.	Radomski Szpital Specjalistyczny im. dr. Tytusa Chałubińskiego	m. Radom	1,54	37,8	20,3	4,7	7,6	2,8	1,6	25,3
14.	Szpital Bielański im. ks. Jerzego Popiełuszki SP ZOZ	m. st. Warszawa	1,39	18,8	12,4	11,8	8,4	21,4	1,2	25,9
15.	Szpital Praski pw. Przemienienia Pańskiego	m. st. Warszawa	1,33	31,8	18,9	6,9	12,5	6,5	2,0	21,3
16.	Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie	m. st. Warszawa	1,16	0,9	33,1	4,5	4,1	12,8	3,3	41,4
17.	Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Kozienicach	kozienicki	1,09	37,1	11,5	3,8	13,6	15,7	1,6	16,7
18.	Szpital Kolejowy im. dr. med. Włodzimierza Roeflera w Pruszkowie sp. z o.o.	pruszkowski	1,00	6,1	35,1	13,7	17,2	6,4	11,8	9,6
19.	Europejskie Centrum Zdrowia Otwock sp. z o.o.	otwocki	0,91	5,0	21,8	4,5	14,9	7,9	3,0	42,9
20.	NZOZ Lecznica Położniczo-Chirurgiczna LATROS Andrzej Ostaszewski	m. st. Warszawa	0,72	5,7	0,1	0,1	0,4	23,0	25,2	45,5
21.	Powiatowe Centrum Zdrowia sp. z o.o.	otwocki	0,63	17,7	16,2	11,2	1,7	3,6	32,6	16,9
22.	Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Przasnyszu	przasnyski	0,56	21,9	16,8	23,7	4,5	3,6	1,2	28,3
23.	Polmedic sp. z o.o.	m. Radom	0,39	22,5	6,5	0,3	6,2	0,3	28,0	36,3
24.	Medicon sp. z o.o.	m. Radom	0,21	21,3	17,1	-	1,9	3,3	26,1	30,3
25.	Gałczyński i Wspólnicy s.j.	m. Siedlce	0,08	-	-	2,5	-	37,0	-	60,5
26.	Lux Med sp. z o.o.	m. st. Warszawa	0,05	41,2	-	33,3	-	-	7,8	17,6
27.	SP ZOZ Warszawa - Ursynów	m. st. Warszawa	0,04	2,8	11,1	-	-	13,9	11,1	61,1
28.	Centrum Leczniczo-Rehabilitacyjne i Medycyny Pracy Attis sp. z o.o.	m. st. Warszawa	0,01	14,3	-	-	-	-	14,3	71,4

Źródło: Opracowanie własne na podstawie mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie lecznictwa szpitalnego dla woj. mazowieckiego

Tabela 69. Struktura hospitalizacji według grup rozpoznań – liczba hospitalizacji rosnąco – województwo opolskie

Lp.	Nazwa świadczeniodawcy	Powiat	Liczba hospitalizacji [tys.]	Kamica moczowa [%]	Nowotwór złośliwy pęcherza moczowego [%]	Nowotwory niezłośliwe układu moczowego [%]	Rozrost łagodny gruczołu krokowego [%]	Wady układu moczowego [%]	Inne choroby dolnego odcinka układu moczowego [%]	Pozostałe grupy rozpoznań [%]
1.	SP ZOZ w Kędzierzynie-Koźlu	kędzierzyńsko-kozielski	2,19	30,6	10,8	17,3	11,4	7,4	3,7	18,9
2.	Publiczny Samodzielny ZOZ Wojewódzkie Centrum Medyczne w Opolu	m. Opole	2,14	27,0	17,5	6,2	10,0	7,3	4,4	27,5
3.	Namysłowskie Centrum Zdrowia S.A.	namysłowski	1,66	19,8	33,5	2,2	16,5	3,0	3,2	21,6
4.	Klinika Nova sp. z o.o.	kędzierzyńsko-kozielski	1,62	36,5	9,8	11,5	6,5	3,2	6,5	26,0
5.	ZOZ w Nysie	nyski	0,76	24,5	0,7	19,9	6,8	10,5	4,5	33,2
6.	Krapkowickie Centrum Zdrowia sp. z o.o.	krapkowicki	0,11	8,8	18,6	13,3	0,9	-	4,4	54,0

Źródło: Opracowanie własne na podstawie mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie lecznictwa szpitalnego dla woj. opolskiego

Tabela 70. Struktura hospitalizacji według grup rozpoznań – liczba hospitalizacji rosnąco – województwo podkarpackie

Lp.	Nazwa świadczeniodawcy	Powiat	Liczba hospitalizacji [tys.]	Kamica moczowa [%]	Rozrost łagodny gruczołu krokowego [%]	Nowotwory niezłośliwe układu moczowego [%]	Nowotwór złośliwy pęcherza moczowego [%]	Wady układu moczowego [%]	Nadmiar napletka, stulejka i załupek [%]	Pozostałe grupy rozpoznań [%]
1.	SP ZOZ nr 1 w Rzeszowie	m. Rzeszów	3,20	19,0	10,9	7,8	8,5	7,5	4,5	41,8
2.	Wojewódzki Szpital Podkarpacki im. Jana Pawła II w Krośnie	m. Krosno	2,81	40,1	5,3	16,2	10,6	2,9	3,8	21,1
3.	Kliniczny Szpital Wojewódzki nr 1 im. Fryderyka Chopina w Rzeszowie	m. Rzeszów	2,80	24,2	16,5	1,5	11,2	6,2	3,0	37,4

4.	Szpital Powiatowy im. Edmunda Biernackiego w Mielcu	mielecki	2,06	23,0	13,4	26,1	4,7	5,5	2,8	24,7
5.	Wojewódzki Szpital im. św. Ojca Pio w Przemyślu	m. Przemyśl	1,72	32,4	12,3	9,4	4,6	6,5	3,1	31,6
6.	SP ZOZ w Przeworsku	przeworski	1,67	43,3	12,5	7,5	7,4	3,5	4,0	21,6
7.	SP ZOZ w Sanoku	sanocki	1,19	27,7	12,4	14,7	3,5	3,4	3,5	34,7
8.	Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej Powiatowy Szpital Specjalistyczny w Stalowej Woli	stalowowolski	0,98	30,1	12,1	12,1	3,7	7,3	9,6	25,2
9.	SP ZOZ w Kolbuszowej	kolbuszowski	0,77	20,2	27,5	23,0	1,3	2,3	8,4	17,4
10.	Szpital Specjalistyczny Pro-Familia sp. z o.o. s.k.	m. Rzeszów	0,74	2,6	28,5	6,7	7,1	3,2	11,6	40,3
11.	Szpital Specjalistyczny w Brzozowie Podkarpacki Ośrodek Onkologiczny im. ks. B. Markiewicza	brzozowski	0,27	6,2	9,9	29,4	32,0	2,9	2,9	16,5
12.	„Borek" sp. z o.o. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej pod Nazwą Centrum Medyczne „Borek"	m. Tarnobrzeg	0,16	18,8	5,5	-	20,6	10,3	20,0	24,8
13.	NZOZ Palomed sp. z o.o.	m. Rzeszów	0,12	-	-	-	-	-	70,8	29,2
14.	NZOZ Asklepios B. P. sp. z o.o.	m. Rzeszów	0,07	100,0	-	-	-	-	-	-
15.	NZOZ „Fen"	m. Tarnobrzeg	0,04	92,3	-	-	-	-	5,1	2,6

Źródło: Opracowanie własne na podstawie mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie lecznictwa szpitalnego dla woj. podkarpackiego

Tabela 71. Struktura hospitalizacji według grup rozpoznań – liczba hospitalizacji rosnąco – województwo podlaskie

Lp.	Nazwa świadczeniodawcy	Powiat	Liczba hospitalizacji [tys.]	Kamica moczowa [%]	Rozrost łagodny gruczołu krokowego [%]	Nowotwór złośliwy pęcherza moczowego [%]	Nowotwory niezłośliwe układu moczowego [%]	Wady układu moczowego [%]	Nadmiar napletka, stulejka i załupek [%]	Pozostałe grupy rozpoznań [%]
1.	SP ZOZ Wojewódzki Szpital Zespolony im. Jędrzeja Śniadeckiego	m. Białystok	1,72	25,0	12,1	9,3	7,3	9,2	5,9	31,2
2.	SP ZOZ MSWiA w Białymstoku	m. Białystok	1,41	15,4	14,6	8,9	11,6	4,6	5,8	39,1
3.	Szpital Wojewódzki im. Kardynała Stefana Wyszyńskiego	m. Łomża	1,22	30,3	10,8	20,1	7,4	5,4	2,1	23,8

4.	Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku	m. Białystok	1,08	25,6	15,7	6,8	12,2	4,7	5,3	29,7
5.	Szpital Wojewódzki im. dr. Ludwika Rydygiera w Suwałkach	m. Suwałki	1,04	36,2	6,8	8,5	17,1	4,7	3,0	23,7

Źródło: Opracowanie własne na podstawie mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie lecznictwa szpitalnego dla woj. podlaskiego

Tabela 72. Struktura hospitalizacji według grup rozpoznań – liczba hospitalizacji rosnąco – województwo pomorskie

Lp.	Nazwa świadczeniodawcy	Powiat	Liczba hospitalizacji [tys.]	Kamica moczowa [%]	Nowotwór złośliwy pęcherza moczowego [%]	Rozrost łagodny gruczołu krokowego [%]	Wady układu moczowego [%]	Nowotwory niezłośliwe układu moczowego [%]	Nowotwór złośliwy prostaty [%]	Pozostałe grupy rozpoznań [%]
1.	Szpital Specjalistyczny Słupsk	m. Słupsk	4,14	42,1	10,1	4,7	8,0	0,0	10,8	24,2
2.	Uniwersyteckie Centrum Kliniczne	m. Gdańsk	2,73	29,7	13,3	5,3	14,4	1,6	3,5	32,2
3.	Szpital im. Mikołaja Kopernika	m. Gdańsk	2,66	15,3	30,3	9,1	3,7	18,9	5,1	17,6
4.	Szpital Specjalistyczny w Wejherowie	wejherowski	2,32	14,2	7,0	6,3	10,7	17,3	3,8	40,8
5.	Szpital Specjalistyczny w Kościerzynie sp. z o.o.	kościerski	2,28	39,8	15,0	10,1	6,8	0,3	3,9	24,0
6.	Szpitale Wojewódzkie w Gdyni sp. z o.o.	m. Gdynia	1,98	14,4	18,6	30,3	5,6	2,1	2,7	26,4
7.	7. Szpital Marynarki Wojennej z Przychodnią SP ZOZ im. Kontradmirała Profesora Wiesława Łasińskiego w Gdańsku	m. Gdańsk	1,05	11,7	17,9	15,1	4,4	14,0	5,8	31,1
8.	NZOZ Zdrowie	kwidzyński	0,69	24,0	10,3	23,7	7,7	0,7	2,0	31,5
9.	Clinica Medica sp. z o.o.	pucki	0,04	-	-	-	-	-	-	100,0
10.	SP ZOZ MSW w Koszalinie	m. Słupsk	0,03	-	-	-	3,1	-	-	96,9

Źródło: Opracowanie własne na podstawie mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie lecznictwa szpitalnego dla woj. pomorskiego

Tabela 73. Struktura hospitalizacji według grup rozpoznań – liczba hospitalizacji rosnąco – województwo śląskie

Lp.	Nazwa świadczeniodawcy	Powiat	Liczba hospitalizacji [tys.]	Kamica moczowa [%]	Nowotwory niezłośliwe układu moczowego [%]	Rozrost łagodny gruczołu krokowego [%]	Nowotwór złośliwy pęcherza moczowego [%]	Wady układu moczowego [%]	Inne choroby dolnego odcinka układu moczowego [%]	Pozostałe grupy rozpoznań [%]
1.	NZOZ Szpital Specjalistyczny im. prof. E. Michałowskiego	m. Katowice	5,33	21,2	6,7	9,5	7,0	8,4	9,3	38,0
2.	Urovita sp. z o.o. – NZOZ Szpital Śląskie Centrum Urologii	m. Chorzów	3,25	30,4	10,3	16,5	4,7	8,9	4,1	25,1
3.	SP ZOZ Szpital Wielospecjalistyczny w Jaworznie	m. Jaworzno	2,62	48,3	17,1	6,5	6,4	1,3	2,1	18,1
4.	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 2 w Jastrzębiu Zdroju	m. Jastrzębie-Zdrój	2,15	28,6	15,6	16,2	9,3	3,7	2,4	24,2
5.	Szpital Wojewódzki w Bielsku-Białej	m. Bielsko-Biała	1,94	26,5	20,1	4,2	13,0	5,0	4,9	26,3
6.	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 5 im. św. Barbary w Sosnowcu	m. Sosnowiec	1,68	11,5	31,0	11,5	6,8	6,4	3,8	29,0
7.	SP ZOZ Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 3 w Rybniku	m. Rybnik	1,60	37,5	19,0	11,3	5,3	7,6	3,4	15,9
8.	Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 1 im. prof. Stanisława Szyszko ŚUM w Katowicach	m. Zabrze	1,42	17,7	12,1	6,1	19,0	6,1	6,1	32,8
9.	SP ZOZ Miejski Szpital Zespolony w Częstochowie	m. Częstochowa	1,33	27,6	21,6	8,2	7,7	8,3	2,6	24,0
10.	Wielospecjalistyczny Szpital Powiatowy S.A.	tarnogórski	1,12	21,4	11,9	12,8	8,7	5,4	4,0	35,9
11.	Sosnowiecki Szpital Miejski sp. z o.o.	m. Sosnowiec	0,92	21,0	9,2	29,0	0,7	20,7	2,4	17,0
12.	Gliwickie Centrum Medyczne	m. Gliwice	0,88	24,6	14,2	5,8	12,0	9,9	3,0	30,5
13.	Szpital Specjalistyczny nr 1 w Bytomiu	m. Bytom	0,87	20,4	2,2	17,9	21,1	17,1	2,9	18,5
14.	Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Cieszynie	cieszyński	0,63	18,8	19,6	17,9	5,4	4,0	7,5	26,8
15.	SP ZOZ Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 4 w Bytomiu	m. Bytom	0,46	11,0	-	28,9	34,3	2,4	2,8	20,7
16.	Provita sp. z o.o.	m. Katowice	0,32	3,2	1,0	15,9	1,0	2,9	6,7	69,5

17.	Beskidzkie Centrum Medyczne sp. z o.o.	m. Bielsko-Biała	0,29	1,7	6,8	35,7	9,5	-	16,3	29,9
18.	Poli-Med Bielsko sp. z o.o. Galena s.k.	m. Bielsko-Biała	0,16	-	-	-	-	-	-	100,0
19.	NZOZ Silesia-Med s.a.	pszczyński	0,1	-	-	-	-	-	-	100,0
20.	NZOZ Przychodnia Medycyny Rodzinnej Andrzej Łyczba	m. Świętochłowice	0,09	14,3	4,4	15,4	6,6	-	18,7	40,7
21.	Biel-Med sp. z o.o.	m. Bielsko-Biała	0,07	-	21,9	15,1	-	-	-	63,0
22.	Epione sp. z o.o.	m. Katowice	0,05	-	-	-	-	-	-	100,0
23.	NZOZ Święta Monika sp. z o.o.	myszkowski	0,01	-	-	-	-	-	-	100,0

Źródło: Opracowanie własne na podstawie mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie lecznictwa szpitalnego dla woj. śląskiego

Tabela 74. Struktura hospitalizacji według grup rozpoznań – liczba hospitalizacji rosnąco – województwo świętokrzyskie

Lp.	Nazwa świadczeniodawcy	Powiat	Liczba hospitalizacji [tys.]	Kamica moczowa [%]	Nowotwór złośliwy pęcherza moczowego [%]	Nowotwory niezłośliwe układu moczowego [%]	Rozrost łagodny gruczołu krokowego [%]	Nowotwór złośliwy prostaty [%]	Wady układu moczowego [%]	Pozostałe grupy rozpoznań [%]
1.	ZOZ w Ostrowcu Świętokrzyskim	ostrowiecki	4,30	20,7	7,1	10,6	11,7	12,6	5,0	32,4
2.	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. św. Rafała w Czerwonej Górze	kielecki	2,57	32,5	12,8	2,6	8,4	2,9	11,6	29,2
3.	Świętokrzyskie Centrum Onkologii SP ZOZ w Kielcach	m. Kielce	1,47	7,9	19,0	22,6	7,2	16,9	7,3	19,2
4.	ZOZ w Końskich	konecki	1,40	33,9	12,5	4,6	6,1	3,0	10,9	29,1
5.	Szpital Specjalistyczny Ducha Świętego w Sandomierzu	sandomierski	1,27	46,0	11,6	0,9	4,7	3,5	5,6	27,7
6.	Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Staszowie	staszowski	0,93	39,3	12,3	11,8	5,6	3,0	1,9	26,0
7.	Prosta Lith sp. z o.o.	m. Kielce	0,57	23,4	0,5	19,8	1,2	-	3,7	51,3

Źródło: Opracowanie własne na podstawie mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie lecznictwa szpitalnego dla woj. świętokrzyskiego

Tabela 75. Struktura hospitalizacji według grup rozpoznań – liczba hospitalizacji rosnąco – województwo warmińsko-mazurskie

Lp.	Nazwa świadczeniodawcy	Powiat	Liczba hospitalizacji [tys.]	Kamica moczowa [%]	Nowotwór złośliwy pęcherza moczowego [%]	Rozrost łagodny gruczołu krokowego [%]	Nowotwory niezłośliwe układu moczowego [%]	Wady układu moczowego [%]	Inne [%]	Pozostałe grupy rozpoznań [%]
1.	Miejski Szpital Zespolony w Olsztynie	m. Olsztyn	3,60	26,5	8,3	13,9	12,2	12,6	7,0	19,4
2.	Szpital Giżycki sp. z o.o.	giżycki	2,47	29,9	22,6	3,4	14,5	3,5	4,7	21,4
3.	Wojewódzki Szpital Zespolony w Elblągu	m. Elbląg	2,27	38,6	14,2	11,1	5,5	4,7	0,2	25,8
4.	Szpital Powiatowy w Nowym Mieście Lubawskim sp. z o.o.	nowomiejski	0,50	37,4	1,4	35,4	0,6	-	-	25,2
5.	Prywatne Centrum Medyczne Lancet Młynarczyk,Łesiów s.j.	m. Olsztyn	0,32	-	26,0	51,1	-	-	-	22,9

Źródło: Opracowanie własne na podstawie mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie lecznictwa szpitalnego dla woj. warmińsko-mazurskiego

Tabela 76. Struktura hospitalizacji według grup rozpoznań – liczba hospitalizacji rosnąco – województwo wielkopolskie

Lp.	Nazwa świadczeniodawcy	Powiat	Liczba hospitalizacji [tys.]	Kamica moczowa [%]	Nowotwór złośliwy pęcherza moczowego [%]	Nowotwory niezłośliwe układu moczowego [%]	Rozrost łagodny gruczołu krokowego [%]	Wady układu moczowego [%]	Objawy i cechy chorobowe dotyczące układu moczowego [%]	Pozostałe grupy rozpoznań [%]
1.	Specjalistyczny ZOZ Nad Matką i Dzieckiem w Poznaniu	m. Poznań	6,50	37,7	10,7	13,0	5,5	5,7	1,7	25,6
2.	Wielospecjalistyczny Szpital Miejski im. Józefa Strusia z Zakładem Opiekuńczo-Leczniczym. SP ZOZ z siedzibą w Poznaniu przy ul. Szwajcarskiej 3	m. Poznań	4,34	32,7	13,4	15,6	4,4	9,6	3,2	21,0
3.	Wojewódzki Szpital Zespolony im. Ludwika Perzyny w Kaliszu	m. Kalisz	2,40	31,3	1,2	12,4	6,4	11,9	19,0	17,8

4.	Szpital w Puszczykowie im. prof. S. T. Dąbrowskiego S.A.	poznański	2,13	30,6	13,5	6,9	5,1	5,1	3,8	35,0
5.	Wojewódzki Szpital Zespolony w Lesznie	m. Leszno	1,51	25,9	15,6	7,6	10,3	11,9	2,4	26,4
6.	Szpital Specjalistyczny w Pile im. Stanisława Staszica	pilski	1,23	23,0	12,1	14,1	14,4	2,6	5,8	27,9
7.	Wojewódzki Szpital Zespolony w Koninie	m. Konin	1,20	37,2	14,5	0,6	23,0	4,4	0,3	19,9
8.	Centrum Medyczne HCP sp. z o.o. NZOZ Centrum Medyczne HCP Lecznictwo Stacjonarne	m. Poznań	1,04	18,1	22,9	0,1	11,5	7,0	2,1	38,4
9.	SP ZOZ MSWiA w Poznaniu im. prof. Ludwika Bierkowskiego	m. Poznań	0,83	15,1	27,7	6,2	11,0	4,2	2,9	32,9
10.	Szpital Kliniczny im. Heliodora Święcickiego Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu	m. Poznań	0,71	12,6	9,6	15,6	13,7	10,9	1,3	36,4
11.	Szpital Powiatowy im. Tadeusza Malińskiego w Śremie sp. z o.o.	śremski	0,67	13,8	26,7	9,6	5,8	22,9	0,4	20,7
12.	Prywatna Lecznica Certus Szpital nr 1	m. Poznań	0,61	50,0	13,3	6,9	4,1	3,3	0,5	22,0
13.	Szpital Wojewódzki w Poznaniu	m. Poznań	0,41	0,7	12,0	27,3	1,0	7,9	-	51,1
14.	Pleszewskie Centrum Medyczne w Pleszewie sp. z o.o.	pleszewski	0,20	52,8	23,9	6,1	-	3,0	1,5	12,7
15.	NZOZ Leszczyńskie Centrum Medyczne Ventriculus sp. z o.o.	m. Leszno	0,15	8,7	22,0	14,0	25,3	3,3	0,7	26,0
16.	Amika Konsorcjum Medyczne sp. z o.o. Przychodnia Specjalistyczna	wrzesiński	0,11	8,3	20,4	-	-	0,9	8,3	62,0
17.	QR sp. z o.o.	m. Poznań	0,11	6,4	8,2	20,9	13,6	-	0,9	50,0
18.	NZOZ Specjalistyczne Centrum Medyczne Vigor Med.	m. Leszno	0,1	34,7	4,0	5,0	11,9	4,0	-	40,6
19.	Kalmedica sp. z o.o.	m. Kalisz	0,06	-	-	8,8	7,0	7,0	3,5	73,7
20.	Med-Polonia sp. z o.o.	m. Poznań	0,05	20,0	12,0	-	64,0	-	-	4,0
21.	Wielkopolskie Centra Medyczne Remedium	m. Poznań	0,04	-	-	30,0	2,5	-	-	67,5

Źródło: Opracowanie własne na podstawie mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie lecznictwa szpitalnego dla woj. wielkopolskiego

Tabela 77. Struktura hospitalizacji według grup rozpoznań – liczba hospitalizacji rosnąco – województwo zachodniopomorskie

Lp.	Nazwa świadczeniodawcy	Powiat	Liczba hospitalizacji [tys.]	Kamica moczowa [%]	Nowotwór złośliwy pęcherza moczowego [%]	Rozrost łagodny gruczołu krokowego [%]	Nowotwory niezłośliwe układu moczowego [%]	Wady układu moczowego [%]	Inne [%]	Pozostałe grupy rozpoznań [%]
1.	Miejski Szpital Zespolony w Olsztynie	m. Olsztyn	3,60	26,5	8,3	13,9	12,2	12,6	7,0	19,4
2.	Szpital Giżycki sp. z o.o.	giżycki	2,47	29,9	22,6	3,4	14,5	3,5	4,7	21,4
3.	Wojewódzki Szpital Zespolony w Elblągu	m. Elbląg	2,27	38,6	14,2	11,1	5,5	4,7	0,2	25,8
4.	Szpital Powiatowy w Nowym Mieście Lubawskim sp. z o.o.	nowomiejski	0,50	37,4	1,4	35,4	0,6	-	-	25,2
5.	Prywatne Centrum Medyczne Lancet Młynarczyk, Łesiów s.j.	m. Olsztyn	0,32	-	26,0	51,1	-	-	-	22,9

Źródło: Opracowanie własne na podstawie mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie lecznictwa szpitalnego dla woj. zachodniopomorskiego

Załącznik 5. Liczba hospitalizacji z powodu nowotworu złośliwego pęcherza moczowego w poszczególnych oddziałach urologii

W poniższym zestawieniu dokonano analizy liczby hospitalizacji z powodu nowotworu złośliwego pęcherza moczowego w poszczególnych oddziałach urologii oraz przedstawiono procentowy udział hospitalizacji z powodu nowotworu złośliwego pęcherza moczowego w ogólnej liczbie hospitalizacji.

Tabela 78. Nowotwór złośliwy pęcherza moczowego – liczba hospitalizacji (malejąco) – województwo dolnośląskie

Lp.	Nazwa świadczeniodawcy	Powiat	Liczba hospitalizacji z powodu nowotworu złośliwego pęcherza moczowego	Nowotwór złośliwy pęcherza moczowego – odsetek w ogólnej liczbie hospitalizacji
1.	Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Jana Mikulicza-Radeckiego we Wrocławiu	m. Wrocław	597	18,9
2.	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Wrocławiu	m. Wrocław	393	18,8
3.	4. Wojskowy Szpital Kliniczny z Poliklinika SP ZOZ we Wrocławiu	m. Wrocław	336	17,3
4.	Specjalistyczny Szpital im. dr. Alfreda Sokołowskiego	m. Wałbrzych	206	13,4
5.	Wielospecjalistyczny Szpital – SP ZOZ w Zgorzelcu	zgorzelecki	203	13,7
6.	ZOZ w Kłodzku	kłodzki	196	22,3
7.	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Legnicy	m. Legnica	139	14,6
8.	Prywatna Poliklinika na Grobli sp. z o.o.	m. Wrocław	96	48,0
9.	Dolnośląski Szpital Specjalistyczny im. T. Marciniaka – Centrum Medycyny Ratunkowej	m. Wrocław	86	3,7
10.	NZOZ Multi-Medica	m. Wrocław	36	7,1
11.	Karkonoskie Centrum Medyczne	m. Jelenia Góra	32	27,0
12.	Wojewódzkie Centrum Szpitalne Kotliny Jeleniogórskiej	m. Jelenia Góra	23	1,5
13.	Jaworskie Centrum Medyczne sp. z o.o.	jaworski	21	4,8
14.	Milickie Centrum Medyczne sp. z o.o.	milicki	21	9,5
15.	Euromedicare Szpital Specjalistyczny z Przychodnią	m. Wrocław	3	4,9
16.	NZOZ Ośrodek Chirurgii Małoinwazyjnej i Endoskopowej s.c.	m. Wrocław	2	0,9

Źródło: Opracowanie własne na podstawie mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie lecznictwa szpitalnego dla woj. dolnośląskiego

Tabela 79. Nowotwór złośliwy pęcherza moczowego – liczba hospitalizacji (malejąco) – województwo kujawsko-pomorskie

Lp.	Nazwa świadczeniodawcy	Powiat	Liczba hospitalizacji z powodu nowotworu złośliwego pęcherza moczowego	Nowotwór złośliwy pęcherza moczowego – odsetek w ogólnej liczbie hospitalizacji
1.	SP ZOZ Specjalistyczny Szpital Miejski im. M. Kopernika	m. Toruń	435	25,3
2.	Centrum Onkologii im. prof. Franciszka Łukaszczyka w Bydgoszczy	m. Bydgoszcz	389	28,2
3.	Regionalny Szpital Specjalistyczny im. dr. Władysława Biegańskiego w Grudziądzu	m. Grudziądz	282	17,6
4.	Szpital Uniwersytecki nr 1 im. dr. Antoniego Jurasza w Bydgoszczy	m. Bydgoszcz	242	10,8
5.	Szpital Uniwersytecki nr 2 im. dr. Jana Biziela w Bydgoszczy	m. Bydgoszcz	223	7,2
6.	Szpital Wielospecjalistyczny im. dr. Ludwika Błażka w Inowrocławiu	inowrocławski	166	8,8
7.	SP ZOZ 10. Wojskowy Szpital Kliniczny z Poliklinką	m. Bydgoszcz	96	9,3
8.	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Włocławku	m. Włocławek	69	5,9
9.	Szpital Świętego Łukasza	m. Bydgoszcz	62	23,8
10.	Samodzielny Publiczny Wielospecjalistyczny ZOZ MSW w Bydgoszczy	m. Bydgoszcz	38	16,5
11.	Endonet sp. z o.o.	m. Bydgoszcz	25	12,7
12.	NZOZ Stadmedica dr n. med. Ewa Jundziłł-Bieniek	m. Bydgoszcz	23	11,5
13.	Centrum Diagnostyczno – Lecznicze Barska sp. z o.o.	m. Włocławek	18	22,4
14.	NZOZ Centrum Medyczne Gazińscy w Bydgoszczy sp. z o.o.	m. Bydgoszcz	5	3,4

Źródło: Opracowanie własne na podstawie mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie lecznictwa szpitalnego dla woj. kujawsko-pomorskiego

Tabela 80. Nowotwór złośliwy pęcherza moczowego – liczba hospitalizacji (malejąco) – województwo lubelskie

Lp.	Nazwa świadczeniodawcy	Powiat	Liczba hospitalizacji z powodu nowotworu złośliwego pęcherza moczowego	Nowotwór złośliwy pęcherza moczowego – odsetek w ogólnej liczbie hospitalizacji
1.	Samodzielny Publiczny Szpital Wojewódzki im. Papieża Jana Pawła II w Zamościu	m. Zamość	268	10,4
2.	Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 4 w Lublinie	m. Lublin	190	12,6
3.	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Stefana Kardynała Wyszyńskiego SP ZOZ	m. Lublin	142	7,6
4.	1. Wojskowy Szpital Kliniczny z Poliklinką SP ZOZ w Lublinie	m. Lublin	142	9,8
5.	SP ZOZ w Puławach	puławski	138	9,9
6.	Samodzielny Publiczny Szpital Wojewódzki im. Jana Bożego w Lublinie	m. Lublin	137	6,8
7.	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Białej Podlaskiej	m. Biała Podlaska	90	9,8
8.	Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Chełmie	m. Chełm	65	5,5
9.	SP ZOZ w Lubartowie	lubartowski	59	3,8
10.	SP ZOZ MSWiA w Lublinie	m. Lublin	18	10,2
11.	SP ZOZ w Krasnymstawie	krasnostawski	6	1,4

Źródło: Opracowanie własne na podstawie mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie lecznictwa szpitalnego dla woj. lubelskiego

Tabela 81. Nowotwór złośliwy pęcherza moczowego – liczba hospitalizacji (malejąco) – województwo lubuskie

Lp.	Nazwa świadczeniodawcy	Powiat	Liczba hospitalizacji z powodu nowotworu złośliwego pęcherza moczowego	Nowotwór złośliwy pęcherza moczowego – odsetek w ogólnej liczbie hospitalizacji
1.	Wielospecjalistyczny Szpital w Nowej Soli	nowosolski	305	21,3
2.	Wielospecjalistyczny Szpital Wojewódzki w Gorzowie Wlkp. sp. z o.o.	m. Gorzów Wielkopolski	277	12,7
3.	Wojewódzki Szpital Kliniczny im. Karola Marcinkowskiego w Zielonej Górze sp. z o.o.	m. Zielona Góra	105	7,7
4.	Niepubliczny Specjalistyczny ZOZ Uro-Laser Wojciech Zwierzyński i Michał Drozd Lekarska Spółka Partnerska	zielonogórski	74	7,8
5.	Szpital Międzyrzecki sp. z o.o.	międzyrzecki	23	6,1
6.	105. Kresowy Szpital Wojskowy z Przychodnią SP ZOZ w Żarach	żagański	16	3,8
7.	Specjalistyczne Centrum Medyczne Urolog Bromber, Halińska s.j.	m. Zielona Góra	8	2,2

Źródło: Opracowanie własne na podstawie mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie lecznictwa szpitalnego dla woj. lubuskiego

Tabela 82. Nowotwór złośliwy pęcherza moczowego – liczba hospitalizacji (malejąco) – województwo łódzkie

Lp.	Nazwa świadczeniodawcy	Powiat	Liczba hospitalizacji z powodu nowotworu złośliwego pęcherza moczowego	Nowotwór złośliwy pęcherza moczowego – odsetek w ogólnej liczbie hospitalizacji
1.	Wojewódzki Specjalistyczny Szpital im. M. Pirogowa w Łodzi	m. Łódź	420	16,1
2.	Wojewódzkie Wielospecjalistyczne Centrum Onkologii i Traumatologii im. M. Kopernika w Łodzi	m. Łódź	304	13,7

3.	NZOZ Lekarze Urolodzy – Marek Rożniecki i Partnerzy	łaski	297	15,7
4.	Wojewódzki Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej Centrum Leczenia Chorób Płuc i Rehabilitacji w Łodzi	łódzki wschodni	282	15,5
5.	SP ZOZ Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Wojskowej Akademii Medycznej UM w Łodzi – Centralny Szpital Weteranów	m. Łódź	250	10,7
6.	Szpital Wojewódzki im. Jana Pawła II w Bełchatowie	bełchatowski	245	8,5
7.	Pabianickie Centrum Medyczne sp. z o.o.	pabianicki	172	14,1
8.	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Marii Skłodowskiej-Curie w Zgierzu	zgierski	170	14,9
9.	SP ZOZ MSWiA w Łodzi	m. Łódź	146	17,6
10.	Medeor	m. Łódź	137	68,7
11.	Szpital Wojewódzki im. Prymasa Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Sieradzu	sieradzki	92	5,2
12.	Specjalista sp. z o.o.	kutnowski	63	3,2
13.	Powiatowy ZOZ w Piotrkowie Trybunalskim	m. Piotrków Trybunalski	58	15,3
14.	Samodzielny Szpital Wojewódzki im. Mikołaja Kopernika w Piotrkowie Trybunalskim	m. Piotrków Trybunalski	54	13,1
15.	Tomaszowskie Centrum Zdrowia	tomaszowski	28	3,9
16.	Poddębickie Centrum Zdrowia	poddębicki	27	7,1
17.	Salve ZOZ sp. z o.o.	m. Łódź	25	25,3
18.	NZOZ Medicall	m. Piotrków Trybunalski	25	12,3
19.	NZOZ Vitasana	pabianicki	8	1,6
20.	Mirmed	tomaszowski	4	4,7

Źródło: Opracowanie własne na podstawie mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie lecznictwa szpitalnego dla woj. łódzkiego

Tabela 83. Nowotwór złośliwy pęcherza moczowego – liczba hospitalizacji (malejąco) – województwo małopolskie

Lp.	Nazwa świadczeniodawcy	Powiat	Liczba hospitalizacji z powodu nowotworu złośliwego pęcherza moczowego	Nowotwór złośliwy pęcherza moczowego – odsetek w ogólnej liczbie hospitalizacji
1.	Szpital Specjalistyczny im. Jędrzeja Śniadeckiego w Nowym Sączu	m. Nowy Sącz	479	24,2
2.	Szpital Miejski Specjalistyczny im. Gabriela Narutowicza	m. Kraków	362	21,8
3.	SP ZOZ Szpital Uniwersytecki w Krakowie	m. Kraków	272	16,3
4.	Szpital Specjalistyczny im. Ludwika Rydygiera w Krakowie sp. z o.o.	m. Kraków	264	11,6
5.	Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie	m. Kraków	219	22,1
6.	ZOZ w Suchej Beskidzkiej	suski	217	19,2
7.	SP ZOZ w Brzesku	brzeski	188	16,2
8.	Szpital Wojewódzki im. Św. Łukasza SP ZOZ w Tarnowie	m. Tarnów	138	7,4
9.	Szpital Powiatowy w Chrzanowie	chrzanowski	136	10,1
10.	Szpital Specjalistyczny im. Stefana Żeromskiego SP ZOZ w Krakowie	m. Kraków	129	12,6
11.	5. Wojskowy Szpital Kliniczny z Poliklinika – SP ZOZ w Krakowie	m. Kraków	75	23,5
12.	Szpital Powiatowy im. dr. Tytusa Chałubińskiego w Zakopanem	tatrzański	69	7,3
13.	Szpital Zakonu Bonifratrów św. Jana Grandego w Krakowie sp. z o.o.	m. Kraków	44	33,8
14.	Specjalistyczne Centrum Diagnostyczno-Zabiegowe Medicina sp. z o.o.	m. Kraków	16	13,0
15.	Racławicka sp. z o.o.	m. Kraków	14	5,3
20.	Mirmed	tomaszowski	4	4,7

Źródło: Opracowanie własne na podstawie mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie lecznictwa szpitalnego dla woj. małopolskiego

Tabela 84. Nowotwór złośliwy pęcherza moczowego – liczba hospitalizacji (malejąco) – województwo mazowieckie

Lp.	Nazwa świadczeniodawcy	Powiat	Liczba hospitalizacji z powodu nowotworu złośliwego pęcherza moczowego	Nowotwór złośliwy pęcherza moczowego – odsetek w ogólnej liczbie hospitalizacji
1.	Krajowa Fundacja Medyczna	legionowski	1 125	52,1
2.	Międzyleski Szpital Specjalistyczny w Warszawie	m. st. Warszawa	839	25,5
3.	Mazowiecki Szpital Specjalistyczny im. dr. Józefa Psarskiego w Ostrołęce	m. Ostrołęka	536	23,1
4.	Szpital Kliniczny Dzieciątka Jezus	m. st. Warszawa	525	12,9
5.	Samodzielny Publiczny Specjalistyczny Szpital Zachodni im. św. Jana Pawła II	grodziski	394	24,5
6.	Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie	m. st. Warszawa	384	33,1
7.	Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny im. prof. Witolda Orłowskiego Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego w Warszawie	m. st. Warszawa	371	20,6
8.	Szpital Kolejowy im. dr. med. Włodzimierza Roeflera w Pruszkowie sp. z o.o.	pruszkowski	351	35,1
9.	Radomski Szpital Specjalistyczny im. dr. Tytusa Chałubińskiego	m. Radom	313	20,3
10.	Wojskowy Instytut Medyczny	m. st. Warszawa	312	7,0
11.	Centralny Szpital Kliniczny MSWiA w Warszawie	m. st. Warszawa	272	12,9
12.	Szpital Praski pw. Przemienienia Pańskiego	m. st. Warszawa	251	18,9
13.	Europejskie Centrum Zdrowia Otwock sp. z o.o.	otwocki	198	21,8
14.	Wojewódzki Szpital Zespolony w Płocku	m. Płock	184	10,2
15.	NZOZ Szpital Mazovia	m. st. Warszawa	183	4,3
16.	Szpital Bielański im. ks. Jerzego Popiełuszki SP ZOZ	m. st. Warszawa	172	12,4
17.	Specjalistyczny Szpital Wojewódzki w Ciechanowie	ciechanowski	164	9,1
18.	Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Kozienicach	kozienicki	125	11,5
19.	Mazowiecki Szpital Wojewódzki w Siedlcach sp. z o.o.	m. st. Warszawa	113	5,2
20.	Powiatowe Centrum Zdrowia sp. z o.o.	otwocki	102	16,2

21.	Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Przasnyszu	przasnyski	94	16,8
22.	Medicon sp. z o.o.	m. Radom	36	17,1
23.	Polmedic sp. z o.o.	m. Radom	25	6,5
24.	SP ZOZ Warszawa – Ursynów	m. st. Warszawa	4	11,1
25.	NZOZ Lecznica Położniczo-Chirurgiczna LATROS Andrzej Ostaszewski	m. st. Warszawa	1	0,1

Źródło: Opracowanie własne na podstawie mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie lecznictwa szpitalnego dla woj. mazowieckiego

Tabela 85. Nowotwór złośliwy pęcherza moczowego – liczba hospitalizacji (malejąco) – województwo opolskie

Lp.	Nazwa świadczeniodawcy	Powiat	Liczba hospitalizacji z powodu nowotworu złośliwego pęcherza moczowego	Nowotwór złośliwy pęcherza moczowego – odsetek w ogólnej liczbie hospitalizacji
1.	Namysłowskie Centrum Zdrowia S.A.	namysłowski	556	33,5
2.	Publiczny Samodzielny ZOZ Wojewódzkie Centrum Medyczne w Opolu	m. Opole	375	17,5
3.	SP ZOZ w Kędzierzynie-Koźlu	kędzierzyńsko-kozielski	237	10,8
4.	Klinika Nova sp. z o.o.	kędzierzyńsko-kozielski	159	9,8
5.	Krapkowickie Centrum Zdrowia sp. z o.o.	krapkowicki	20	18,6
6.	ZOZ w Nysie	nyski	5	0,7

Źródło: Opracowanie własne na podstawie mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie lecznictwa szpitalnego dla woj. opolskiego

Tabela 86. Nowotwór złośliwy pęcherza moczowego – liczba hospitalizacji (malejąco) – województwo podkarpackie

Lp.	Nazwa świadczeniodawcy	Powiat	Liczba hospitalizacji z powodu nowotworu złośliwego pęcherza moczowego	Nowotwór złośliwy pęcherza moczowego – odsetek w ogólnej liczbie hospitalizacji
1.	Kliniczny Szpital Wojewódzki nr 1 im. Fryderyka Chopina w Rzeszowie	m. Rzeszów	314	11,2
2.	Wojewódzki Szpital Podkarpacki im. Jana Pawła II w Krośnie	m. Krosno	298	10,6
3.	SP ZOZ nr 1 w Rzeszowie	m. Rzeszów	272	8,5
4.	SP ZOZ w Przeworsku	przeworski	124	7,4
5.	Szpital Powiatowy im. Edmunda Biernackiego w Mielcu	mielecki	97	4,7
6.	Szpital Specjalistyczny w Brzozowie Podkarpacki Ośrodek Onkologiczny im. ks. B. Markiewicza	brzozowski	86	32,0
7.	Wojewódzki Szpital im. św. Ojca Pio w Przemyślu	m. Przemyśl	79	4,6
8.	Szpital Specjalistyczny Pro-Familia sp. z o.o. s.k.	m. Rzeszów	53	7,1
9.	SP ZOZ w Sanoku	sanocki	42	3,5
10.	Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej Powiatowy Szpital Specjalistyczny w Stalowej Woli	stalowowolski	36	3,7
11.	„Borek” sp. z o.o. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej pod Nazwą Centrum Medyczne „Borek”	m. Tarnobrzeg	33	20,6
12.	SP ZOZ w Kolbuszowej	kolbuszowski	10	1,3

Źródło: Opracowanie własne na podstawie mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie lecznictwa szpitalnego dla woj. podkarpackiego

Tabela 87. Nowotwór złośliwy pęcherza moczowego – liczba hospitalizacji (malejąco) – województwo podlaskie

Lp.	Nazwa świadczeniodawcy	Powiat	Liczba hospitalizacji z powodu nowotworu złośliwego pęcherza moczowego	Nowotwór złośliwy pęcherza moczowego – odsetek w ogólnej liczbie hospitalizacji
1.	Szpital Wojewódzki im. Kardynała Stefana Wyszyńskiego	m. Łomża	245	20,1
2.	SP ZOZ Wojewódzki Szpital Zespolony im. J. Śniadeckiego	m. Białystok	160	9,3
3.	SP ZOZ MSWiA w Białymstoku	m. Białystok	125	8,9
4.	Szpital Wojewódzki im. dr. Ludwika Rydygiera w Suwałkach	m. Suwałki	88	8,5
5.	Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku	m. Białystok	73	6,8

Źródło: Opracowanie własne na podstawie mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie lecznictwa szpitalnego dla woj. podlaskiego

Tabela 88. Nowotwór złośliwy pęcherza moczowego – liczba hospitalizacji (malejąco) – województwo pomorskie

Lp.	Nazwa świadczeniodawcy	Powiat	Liczba hospitalizacji z powodu nowotworu złośliwego pęcherza moczowego	Nowotwór złośliwy pęcherza moczowego – odsetek w ogólnej liczbie hospitalizacji
1.	Szpital im. Mikołaja Kopernika	m. Gdańsk	806	30,3
2.	Szpital Specjalistyczny Słupsk	m. Słupsk	418	10,1
3.	Szpitale Wojewódzkie w Gdyni sp. z o.o.	m. Gdynia	368	18,6
4.	Uniwersyteckie Centrum Kliniczne	m. Gdańsk	363	13,3
5.	Szpital Specjalistyczny w Kościerzynie sp. z o.o.	kościerski	342	15,0
6.	7. Szpital Marynarki Wojennej z Przychodnią SP ZOZ im. Kontradmirała Profesora Wiesława Łasińskiego w Gdańsku	m. Gdańsk	188	17,9

7.	Szpital Specjalistyczny w Wejherowie	wejherowski	162	7,0
8.	NZOZ Zdrowie	kwidzyński	71	10,3

Źródło: Opracowanie własne na podstawie mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie lecznictwa szpitalnego dla woj. pomorskiego

Tabela 89. Nowotwór złośliwy pęcherza moczowego – liczba hospitalizacji (malejąco) – województwo śląskie

Lp.	Nazwa świadczeniodawcy	Powiat	Liczba hospitalizacji z powodu nowotworu złośliwego pęcherza moczowego	Nowotwór złośliwy pęcherza moczowego – odsetek w ogólnej liczbie hospitalizacji
1.	NZOZ Szpital Specjalistyczny im. prof. E. Michałowskiego	m. Katowice	373	7,0
2.	Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 1 im. prof. Stanisława Szyszko ŚUM w Katowicach	m. Zabrze	270	19,0
3.	Szpital Wojewódzki w Bielsku-Białej	m. Bielsko-Biała	252	13,0
4.	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 2 w Jastrzębiu Zdroju	m. Jastrzębie-Zdrój	200	9,3
5.	Szpital Specjalistyczny nr 1 w Bytomiu	m. Bytom	184	21,1
6.	SP ZOZ Szpital Wielospecjalistyczny w Jaworznie	m. Jaworzno	168	6,4
7.	SP ZOZ Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 4 w Bytomiu	m. Bytom	158	34,3
8.	Urovita sp. z o.o. – NZOZ Szpital Śląskie Centrum Urologii	m. Chorzów	153	4,7
9.	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 5 im. św. Barbary w Sosnowcu	m. Sosnowiec	114	6,8
10.	Gliwickie Centrum Medyczne	m. Gliwice	106	12,0
11.	SP ZOZ Miejski Szpital Zespolony w Częstochowie	m. Częstochowa	102	7,7
12.	Wielospecjalistyczny Szpital Powiatowy S.A.	tarnogórski	97	8,7
13.	SP ZOZ Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 3 w Rybniku	m. Rybnik	85	5,3
14.	Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Cieszynie	cieszyński	34	5,4
15.	Beskidzkie Centrum Medyczne sp. z o.o.	m. Bielsko-Biała	28	9,5
16.	Sosnowiecki Szpital Miejski sp. z o.o.	m. Sosnowiec	6	0,7
17.	NZOZ Przychodnia Medycyny Rodzinnej Andrzej Łyczba	m. Świętochłowice	6	6,6
18.	Provita sp. z o.o.	m. Katowice	3	1,0

Źródło: Opracowanie własne na podstawie mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie lecznictwa szpitalnego dla woj. śląskiego

Tabela 90. Nowotwór złośliwy pęcherza moczowego – liczba hospitalizacji (malejąco) – województwo świętokrzyskie

Lp.	Nazwa świadczeniodawcy	Powiat	Liczba hospitalizacji z powodu nowotworu złośliwego pęcherza moczowego	Nowotwór złośliwy pęcherza moczowego – odsetek w ogólnej liczbie hospitalizacji
1.	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. św. Rafała w Czerwonej Górze	kielecki	329	12,8
2.	ZOZ w Ostrowcu Świętokrzyskim	ostrowiecki	305	7,1
3.	Świętokrzyskie Centrum Onkologii SP ZOZ w Kielcach	m. Kielce	279	19,0
4.	ZOZ w Końskich	konecki	175	12,5
5.	Szpital Specjalistyczny Ducha Świętego w Sandomierzu	sandomierski	147	11,6
6.	Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Staszowie	staszowski	114	12,3
7.	Prosta Lith sp. z o.o.	m. Kielce	3	0,5

Źródło: Opracowanie własne na podstawie mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie lecznictwa szpitalnego dla woj. świętokrzyskiego

Tabela 91. Nowotwór złośliwy pęcherza moczowego – liczba hospitalizacji (malejąco) – województwo warmińsko-mazurskie

Lp.	Nazwa świadczeniodawcy	Powiat	Liczba hospitalizacji z powodu nowotworu złośliwego pęcherza moczowego	Nowotwór złośliwy pęcherza moczowego – odsetek w ogólnej liczbie hospitalizacji
1.	Szpital Giżycki sp. z o.o.	giżycki	558	22,6
2.	Wojewódzki Szpital Zespolony w Elblągu	m. Elbląg	322	14,2
3.	Miejski Szpital Zespolony w Olsztynie	m. Olsztyn	299	8,3

4.	Prywatne Centrum Medyczne Lancet Młynarczyk, Łesiów s.j.	m. Olsztyn	83	26,0
5.	Szpital Powiatowy w Nowym Mieście Lubawskim sp. z o.o.	nowomiejski	7	1,4

Źródło: Opracowanie własne na podstawie mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie lecznictwa szpitalnego dla woj. warmińsko-mazurskiego

Tabela 92. Nowotwór złośliwy pęcherza moczowego – liczba hospitalizacji (malejąco) – województwo wielkopolskie

Lp.	Nazwa świadczeniodawcy	Powiat	Liczba hospitalizacji z powodu nowotworu złośliwego pęcherza moczowego	Nowotwór złośliwy pęcherza moczowego – odsetek w ogólnej liczbie hospitalizacji
1.	Specjalistyczny ZOZ Nad Matką i Dzieckiem w Poznaniu	m. Poznań	696	10,7
2.	Wielospecjalistyczny Szpital Miejski im. Józefa Strusia z Zakładem Opiekuńczo-Leczniczym. SP ZOZ z siedzibą w Poznaniu przy ul. Szwajcarskiej 3	m. Poznań	582	13,4
3.	Szpital w Puszczykowie im. prof. S. T. Dąbrowskiego S.A.	poznański	288	13,5
4.	Centrum Medyczne HCP sp. z o.o. NZOZ Centrum Medyczne HCP Lecznictwo Stacjonarne	m. Poznań	238	22,9
5.	Wojewódzki Szpital Zespolony w Lesznie	m. Leszno	236	15,6
6.	SP ZOZ MSWiA w Poznaniu im. prof. Ludwika Bierkowskiego	m. Poznań	230	27,7
7.	Szpital Powiatowy im. Tadeusza Malińskiego w Śremie sp. z o.o.	śremski	179	26,7
8.	Wojewódzki Szpital Zespolony w Koninie	m. Konin	174	14,5
9.	Szpital Specjalistyczny w Pile im. Stanisława Staszica	pilski	149	12,1
10.	Prywatna Lecznica Certus Szpital nr 1	m. Poznań	81	13,3
11.	Szpital Kliniczny im. Heliodora Święcickiego Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu	m. Poznań	68	9,6
12.	Szpital Wojewódzki w Poznaniu	m. Poznań	49	12,0
13.	Pleszewskie Centrum Medyczne w Pleszewie sp. z o.o.	pleszewski	48	23,9

14.	NZOZ Leszczyńskie Centrum Medyczne Ventriculus sp. z o.o.	m. Leszno	33	22,0
15.	Wojewódzki Szpital Zespolony im. Ludwika Perzyny w Kaliszu	m. Kalisz	29	1,2
16.	Amika Konsorcjum Medyczne sp. z o.o. Przychodnia Specjalistyczna	wrzesiński	22	20,4
17.	QR sp. z o.o.	m. Poznań	9	8,2
18.	Med-Polonia sp. z o.o.	m. Poznań	6	12,0
19.	NZOZ Specjalistyczne Centrum Medyczne Vigor Med.	m. Leszno	4	4,0

Źródło: Opracowanie własne na podstawie mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie lecznictwa szpitalnego dla woj. wielkopolskiego

Tabela 93. Nowotwór złośliwy pęcherza moczowego – liczba hospitalizacji (malejąco) – województwo zachodniopomorskie

Lp.	Nazwa świadczeniodawcy	Powiat	Liczba hospitalizacji z powodu nowotworu złośliwego pęcherza moczowego	Nowotwór złośliwy pęcherza moczowego – odsetek w ogólnej liczbie hospitalizacji
1.	Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 2 Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego	m. Szczecin	499	16,0
2.	109. Szpital Wojskowy z Przychodnią SP ZOZ	m. Szczecin	453	31,7
3.	Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Zespolony	m. Szczecin	363	31,3
4.	Samodzielny Publiczny Specjalistyczny ZOZ Zdroje	m. Szczecin	223	10,9
5.	Szpital Wojewódzki im. M. Kopernika w Koszalinie	m. Koszalin	174	16,0
6.	Szpital w Szczecinku sp. z o.o.	szczecinecki	89	15,3
7.	Regionalny Szpital w Kołobrzegu	kołobrzeski	43	9,7
8.	Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Gryficach	gryficki	25	7,6

Źródło: Opracowanie własne na podstawie mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie lecznictwa szpitalnego dla woj. zachodniopomorskiego

SPIS TABEL

Tabela 1. Wartości współczynnika chorobowości szpitalnej wg oddziałów w poszczególnych województwach (malejąco) 9

Tabela 2. Liczba hospitalizowanych pacjentów [tys.] w oddziałach urologicznych poszczególnych województw (malejąco) 10

Tabela 3. Wykaz 10 świadczeniodawców, którzy w 2016 roku hospitalizowali największą liczbę pacjentów w ramach oddziału urologicznego 11

Tabela 4. Liczba hospitalizacji [tys.] w oddziałach urologicznych poszczególnych województw (malejąco)....12

Tabela 5. Liczba osobodni hospitalizacji [tys.] w oddziałach urologicznych poszczególnych województw (malejąco)....12

Tabela 6. Liczba łóżek (wg stanu na 31.12. 2016) w oddziałach urologicznych poszczególnych województw (malejąco)....13

Tabela 7. Liczba osobodni [tys.] – hospitalizacja w ramach pakietu onkologicznego w poszczególnych województwach (malejąco) 13

Tabela 8. Liczba hospitalizacji [tys.] z powodu nowotworu złośliwego pęcherza moczowego w poszczególnych województwach (malejąco)....14

Tabela 9. Aktualnie zapewnione osobodni przez obecną infrastrukturę (dotyczy oddziału urologii)....14

Tabela 10. Wykaz 10 świadczeniodawców realizujących najwięcej hospitalizacji w zakresie nowotwór złośliwy pęcherza moczowego....15

Tabela 11. Prognozowana zmiana liczby łóżek w stosunku do aktualnej infrastruktury....16

Tabela 12. Przebieg szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie urologii 17

Tabela 13. Procentowy udział poszczególnych dziedzin urologii w pisemnym egzaminie specjalizacyjnym 20

Tabela 14. Wartości współczynnika chorobowości szpitalnej wg oddziałów i liczby hospitalizowanych pacjentów (rosnąco) województwo dolnośląskie....65

Tabela 15. Wartości współczynnika chorobowości szpitalnej wg oddziałów – województwo kujawsko-pomorskie....66

Tabela 16. Wartości współczynnika chorobowości szpitalnej wg oddziałów – województwo lubelskie 66

Tabela 17. Wartości współczynnika chorobowości szpitalnej wg oddziałów – województwo lubuskie 67

Tabela 18. Wartości współczynnika chorobowości szpitalnej wg oddziałów – województwo łódzkie 68

Tabela 19. Wartości współczynnika chorobowości szpitalnej wg oddziałów – województwo małopolskie 68

Tabela 20. Wartości współczynnika chorobowości szpitalnej wg oddziałów – województwo mazowieckie 69

Tabela 21. Wartości współczynnika chorobowości szpitalnej wg oddziałów – województwo opolskie 70

Tabela 22. Wartości współczynnika chorobowości szpitalnej wg oddziałów – województwo podkarpackie 70

Tabela 23. Wartości współczynnika chorobowości szpitalnej wg oddziałów – województwo podlaskie 71

Tabela 24. Wartości współczynnika chorobowości szpitalnej wg oddziałów – województwo pomorskie 72

Tabela 25. Wartości współczynnika chorobowości szpitalnej wg oddziałów – województwo śląskie 73

Tabela 26. Wartości współczynnika chorobowości szpitalnej wg oddziałów – województwo świętokrzyskie 73

Tabela 27. Wartości współczynnika chorobowości szpitalnej wg oddziałów – województwo warmińsko-mazurskie 74

Tabela 28. Wartości współczynnika chorobowości szpitalnej wg oddziałów – województwo wielkopolskie 75

Tabela 29. Wartości współczynnika chorobowości szpitalnej wg oddziałów – województwo zachodniopomorskie 75

Tabela 30. Podstawowe statystyki, w tym liczba hospitalizowanych pacjentów (rosnąco) – województwo dolnośląskie 76

Tabela 31. Podstawowe statystyki, w tym liczba hospitalizowanych pacjentów (rosnąco) – województwo kujawsko-pomorskie....77

Tabela 32. Podstawowe statystyki, w tym liczba hospitalizowanych pacjentów (rosnąco) – województwo lubelskie....79

Tabela 33. Podstawowe statystyki, w tym liczba hospitalizowanych pacjentów (rosnąco) – województwo lubuskie....80

Tabela 34. Podstawowe statystyki, w tym liczba hospitalizowanych pacjentów (rosnąco) – województwo łódzkie....81

Tabela 35. Podstawowe statystyki, w tym liczba hospitalizowanych pacjentów (rosnąco) – województwo małopolskie....82

Tabela 36. Podstawowe statystyki, w tym liczba hospitalizowanych pacjentów (rosnąco) – województwo mazowieckie....83

Tabela 37. Podstawowe statystyki, w tym liczba hospitalizowanych pacjentów (rosnąco) – województwo opolskie....85

Tabela 38. Podstawowe statystyki, w tym liczba hospitalizowanych pacjentów (rosnąco) – województwo podkarpackie....85

Tabela 39. Podstawowe statystyki, w tym liczba hospitalizowanych pacjentów (rosnąco) – województwo podlaskie....86

Tabela 40. Podstawowe statystyki, w tym liczba hospitalizowanych pacjentów (rosnąco) – województwo pomorskie....87

Tabela 41. Podstawowe statystyki, w tym liczba hospitalizowanych pacjentów (rosnąco) – województwo śląskie....88

Tabela 42. Podstawowe statystyki, w tym liczba hospitalizowanych pacjentów (rosnąco) – województwo świętokrzyskie....89

Tabela 43. Podstawowe statystyki, w tym liczba hospitalizowanych pacjentów (rosnąco) – województwo warmińsko-mazurskie....90

Tabela 44. Podstawowe statystyki, w tym liczba hospitalizowanych pacjentów (rosnąco) – województwo wielkopolskie....90

Tabela 45. Podstawowe statystyki, w tym liczba hospitalizowanych pacjentów (rosnąco) – województwo zachodniopomorskie....92

Tabela 46. Struktura osobodni według zakresów – liczba osobodni rosnąco – województwo dolnośląskie 93

Tabela 47. Struktura osobodni według zakresów – liczba osobodni rosnąco – województwo kujawsko-pomorskie 94

Tabela 48. Struktura osobodni według zakresów – liczba osobodni rosnąco – województwo lubelskie 95

Tabela 49. Struktura osobodni według zakresów – liczba osobodni rosnąco – województwo lubuskie 96

Tabela 50. Struktura osobodni według zakresów – liczba osobodni rosnąco – województwo łódzkie 97

Tabela 51. Struktura osobodni według zakresów – liczba osobodni rosnąco – województwo małopolskie 98

Tabela 52. Struktura osobodni według zakresów – liczba osobodni rosnąco – województwo mazowieckie 99

Tabela 53. Struktura osobodni według zakresów – liczba osobodni rosnąco – województwo opolskie 101

Tabela 54. Struktura osobodni według zakresów – liczba osobodni rosnąco – województwo podkarpackie 101

Tabela 55. Struktura osobodni według zakresów – liczba osobodni rosnąco – województwo podlaskie 102

Tabela 56. Struktura osobodni według zakresów – liczba osobodni rosnąco – województwo pomorskie 103

Tabela 57. Struktura osobodni według zakresów – liczba osobodni rosnąco – województwo śląskie 103

Tabela 58. Struktura osobodni według zakresów – liczba osobodni rosnąco – województwo świętokrzyskie 105

Tabela 59. Struktura osobodni według zakresów – liczba osobodni rosnąco – województwo warmińsko-mazurskie 105

Tabela 60. Struktura osobodni według zakresów – liczba osobodni rosnąco – województwo wielkopolskie 106

Tabela 61. Struktura osobodni według zakresów – liczba osobodni rosnąco – województwo zachodniopomorskie 107

Tabela 62. Struktura hospitalizacji według grup rozpoznań – liczba hospitalizacji rosnąco – województwo dolnośląskie 108

Tabela 63. Struktura hospitalizacji według grup rozpoznań – liczba hospitalizacji rosnąco – województwo kujawsko-pomorskie 109

Tabela 64. Struktura hospitalizacji według grup rozpoznań – liczba hospitalizacji rosnąco – województwo lubelskie 110

Tabela 65. Struktura hospitalizacji według grup rozpoznań – liczba hospitalizacji rosnąco – województwo lubuskie 111

Tabela 66. Struktura hospitalizacji według grup rozpoznań – liczba hospitalizacji rosnąco – województwo łódzkie 112

Tabela 67. Struktura hospitalizacji według grup rozpoznań – liczba hospitalizacji rosnąco – województwo małopolskie 113

Tabela 68. Struktura hospitalizacji według grup rozpoznań – liczba hospitalizacji rosnąco – województwo mazowieckie 114

Tabela 69. Struktura hospitalizacji według grup rozpoznań – liczba hospitalizacji rosnąco – województwo opolskie 116

Tabela 70. Struktura hospitalizacji według grup rozpoznań – liczba hospitalizacji rosnąco – województwo podkarpackie 116

Tabela 71. Struktura hospitalizacji według grup rozpoznań – liczba hospitalizacji rosnąco – województwo podlaskie 117

Tabela 72. Struktura hospitalizacji według grup rozpoznań – liczba hospitalizacji rosnąco – województwo pomorskie 118

Tabela 73. Struktura hospitalizacji według grup rozpoznań – liczba hospitalizacji rosnąco – województwo śląskie 119

Tabela 74. Struktura hospitalizacji według grup rozpoznań – liczba hospitalizacji rosnąco – województwo świętokrzyskie 120

Tabela 75. Struktura hospitalizacji według grup rozpoznań – liczba hospitalizacji rosnąco – województwo warmińsko-mazurskie 121

Tabela 76. Struktura hospitalizacji według grup rozpoznań
– liczba hospitalizacji rosnąco – województwo wielkopolskie....121

Tabela 77. Struktura hospitalizacji według grup rozpoznań
– liczba hospitalizacji rosnąco – województwo zachodniopomorskie....123

Tabela 78. Nowotwór złośliwy pęcherza moczowego
– liczba hospitalizacji (malejąco) – województwo dolnośląskie....124

Tabela 79. Nowotwór złośliwy pęcherza moczowego
– liczba hospitalizacji (malejąco) – województwo kujawsko-pomorskie....125

Tabela 80. Nowotwór złośliwy pęcherza moczowego
– liczba hospitalizacji (malejąco) – województwo lubelskie....126

Tabela 81. Nowotwór złośliwy pęcherza moczowego
– liczba hospitalizacji (malejąco) – województwo lubuskie....127

Tabela 82. Nowotwór złośliwy pęcherza moczowego
– liczba hospitalizacji (malejąco) – województwo łódzkie....127

Tabela 83. Nowotwór złośliwy pęcherza moczowego
– liczba hospitalizacji (malejąco) – województwo małopolskie....129

Tabela 84. Nowotwór złośliwy pęcherza moczowego
– liczba hospitalizacji (malejąco) – województwo mazowieckie....130

Tabela 85. Nowotwór złośliwy pęcherza moczowego
– liczba hospitalizacji (malejąco) – województwo opolskie....131

Tabela 86. Nowotwór złośliwy pęcherza moczowego
– liczba hospitalizacji (malejąco) – województwo podkarpackie....132

Tabela 87. Nowotwór złośliwy pęcherza moczowego
– liczba hospitalizacji (malejąco) – województwo podlaskie....133

Tabela 88. Nowotwór złośliwy pęcherza moczowego
– liczba hospitalizacji (malejąco) – województwo pomorskie....133

Tabela 89. Nowotwór złośliwy pęcherza moczowego
– liczba hospitalizacji (malejąco) – województwo śląskie....134

Tabela 90. Nowotwór złośliwy pęcherza moczowego
– liczba hospitalizacji (malejąco) – województwo świętokrzyskie....135

Tabela 91. Nowotwór złośliwy pęcherza moczowego
– liczba hospitalizacji (malejąco) – województwo warmińsko-mazurskie 135

Tabela 92. Nowotwór złośliwy pęcherza moczowego
– liczba hospitalizacji (malejąco) – województwo wielkopolskie 136

Tabela 93. Nowotwór złośliwy pęcherza moczowego
– liczba hospitalizacji (malejąco) – województwo zachodniopomorskie 137