



# Biuletyn Szpitalny

Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny  
im. prof. W. Orłowskiego CMKP



## W NUMERZE:

Choroby układu krążenia -  
rozmowa z p. Prof. dr hab. n. med.  
Piotrem Jankowskim



Dr n. med. Ewelina Dziedzic nowym  
pracownikiem naszego Szpitala

1,2 mld zł na większe wyceny w szpitalnictwie  
i AOS

Rekomendacje MZ i GIS dotyczące odwiedzin  
pacjentów w czasie epidemii COVID-19

Resort zdrowia opublikował mapę potrzeb  
zdrowotnych na lata 2022-2026



Choroby układu krążenia -  
rozmowa z p. Prof. dr hab.  
n. med. Piotrem Jankowskim,  
Kierownikiem Oddziału  
Klinicznego Chorób Wewnętrznych

Panie Profesorze, jest Pan specjalistą w zakresie kardiologii, jak i chorób wewnętrznych. Jest to więc duży obszar wiedzy medycznej, pozwalający spojrzeć kompleksowo na stan zdrowia określonej osoby. Choroby układu krążenia stanowią główne zagrożenie zdrowia i życia Polaków. Są zasadniczą przyczyną umieralności przedwczesnej, hospitalizacji i niepełnosprawności. Wydawałoby się, że choroby, o których mówimy, to problem powszechnie znany, ale sądząc z niepomysłnych statystyk dot. zachorowalności i umieralności, chyba nie do końca. Które z chorób układu krążenia występują najczęściej i jakie są główne czynniki ryzyka ich występowania? Czy zależą one

wyłącznie od naszego stylu życia, a może skłonności do określonych chorób dziedzicznych?

Choroby układu krążenia są główną przyczyną zgonów w wielu krajach, również w Polsce. Około 40 % Polaków umiera z powodu chorób układu krążenia, drugą grupą co do wagi są choroby nowotworowe – ok. 25% Polaków umiera z powodu nowotworów. Wśród chorób układu krążenia największe znaczenie ma choroba niedokrwienna serca, niewydolność serca, udary mózgu, zaburzenia rytmu serca, w tym migotanie przedsionków, a także nadciśnienie tętnicze i hipercholesterolemia. Są to choroby, które mają największy wpływ na stan zdrowia Polaków i te choroby najczęściej stwierdzamy u naszych pacjentów. Zresztą nie tylko kardiologzy je diagnozują.

Uważa się że stan zdrowia człowieka w około połowie zależy od jego codziennych wyborów dotyczących aktywności fizycznej, tego co spożywa, narażenia na dym tytoniowy, ale również od jego decyzji dotyczących np. regularnego zażywania leków. Pozostałe czynniki wpływające na stan zdrowia czynniki środowiskowe, genetyczne i medycyna naprawcza. Do najważniejszych czynników ryzyka chorób układu krążenia związanych ze stylem życia należą zespół uzależnienia od tytoniu, nadciśnienie tętnicze, dyslipidemia, cukrzyca i otyłość. Styl życia, wymienione pięć chorób wraz z czynnikami psychosocjalnymi, odpowiadają za występowanie około 90% zawałów serca i 90% udarów mózgu. Innymi słowy, w niewielkim uproszczeniu, gdyby udało się te wszystkie czynniki zneutralizować, mielibyśmy w Polsce 10 razy mniej zawałów serca i udarów mózgu. Choroby te nie stanowiłyby problemu społecznego.

Z wypowiedzi Pana Profesora można wywnioskować, że czynniki ryzyka chorób układu krążenia

## są często przyczyną także innych chorób. Jak postrzega to zagadnienie internista?

Rzeczywiście, część czynników ryzyka chorób układu krążenia nie tylko prowadzi do zawału serca, niewydolności serca i udaru mózgu, ale przyczynia się również do rozwoju chorób innych narządów. Trzeba przy tym podkreślić, że choroby innych narządów mogą przyczyniać się z kolei do występowania i rozwoju chorób serca i naczyń. Przykładem jest chociażby niewydolność nerek. Nadciśnienie tętnicze jest jedną z głównych przyczyn niewydolności nerek, natomiast z drugiej strony niewydolność nerek jest bardzo silnym czynnikiem ryzyka rozwoju miażdżycy i jej powikłań, takich jak zawał serca, udar mózgu czy niewydolność serca. Podobny wpływ na rozwój chorób układu krążenia ma cukrzyca, która tradycyjnie nie jest uznawana za chorobę układu krążenia, ale najważniejsze powikłania cukrzycy to właśnie choroby serca i naczyń. Powikłaniem cukrzycy może być również np. nefropatia prowadząca do niewydolności nerek, co z kolei przyczynia się do przyspieszenia rozwoju miażdżycy i jej powikłań.

Otyłość jest jednym z podstawowych czynników rozwoju nadciśnienia tętniczego, dyslipidemii, cukrzycy, ale również miażdżycy, choroby wieńcowej, niewydolności serca, czy udaru mózgu. Wiemy również, że otyłość jest przyczyną powstawania wielu nowotworów, np. wątroby, trzustki, jelita grubego, pęcherza moczowego, trzonu macicy, czy piersi.

Klastycznym przykładem czynnika ryzyka, który powoduje zarówno choroby układu serca, jak i schorzenia innych narządów jest zespół uzależnienia od tytoniu. Narażenie na dym tytoniowy jest podstawowym czynnikiem prowadzącym do zawału serca, a także innych chorób układu krążenia. Wszyscy pamiętajmy o tym, że toksyny zawarte w dymie tytoniowym są bardzo silnie kancerogenne, w związku z tym palenie tytoniu zwiększa ryzyko rozwoju nie tylko raka oskrzela, krtani, jamy ustnej i języka, ale również chociażby raka pęcherza moczowego, nerki czy żołądka. Palenie tytoniu jest również najsilniejszym ryzykiem prowadzącym do przewlekłej choroby obturacyjnej płuc i jej konsekwencji w postaci niewydolności oddechowej. Rzeczywiście, lecząc podstawowe czynniki ryzyka chorób układu krążenia jednocześnie zapobiegamy

powstawaniu wielu innych chorób – nowotworowych, jak i nienowotworowych.

## Zachowania sprzyjające zdrowiu, dyscyplina w przyjmowaniu leków i okresowe badania profilaktyczne to standard dbania o zdrowie. Czy profilaktyka chorób układu krążenia jest skuteczna w każdym wieku? Jak jest ona ważna dla każdego z nas?

Profilaktyka chorób układu krążenia jest skuteczna w każdym wieku. Wszyscy o tym pamiętamy, że zapobiegać jest lepiej niż leczyć. Wiemy, że działania profilaktyczne należy rozpoczynać w wieku szkolnym, a nawet przedszkolnym. Już wtedy należy przekazywać dzieciom informacje na temat prozdrowotnego stylu życia, naturalnie w sposób dostosowany do wieku, przy czym edukacja prozdrowotna powinna być kontynuowana w kolejnych latach. Odpowiedni styl życia i profilaktyka jest również ważna u osób w wieku średnim, a nawet podeszłym. Wiemy o tym z wielu badań, że działania profilaktyczne przedłużają życie również w wieku podeszłym, a nawet bardzo podeszłym. Publikowane w ostatnich latach analizy wskazują na przykład na wydłużanie życia pacjentów w wieku powyżej 80. lat pod wpływem leczenia hipotensyjnego i hipolipemizującego.

## Dziękuję bardzo za rozmowę.



**Pani dr n. med. Ewelina Dziedzic**  
nowym pracownikiem naszego Szpitala

Z przyjemnością informujemy, że do Zespołu Oddziału Klinicznego Chorób Wewnętrznych dołączyła Pani **dr n. med. Ewelina Dziedzic**.

Pani Doktor jest wybitną klinicystką, specjalistką chorób wewnętrznych i kardiologii, o rosnącym dorobku naukowym.

Współpraca z Panią Doktor znacząco zwiększy możliwości Szpitala w zakresie diagnostyki i leczenia chorób układu krążenia.

Serdecznie witamy w naszym gronie !



## 1,2 mld zł na większe wyceny w szpitalnictwie i AOS

Ministerstwo Zdrowia

Ponad 1,2 mld zł ma trafić w drugim półroczu na większą wycenę świadczeń w szpitalach oraz świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej - poinformował minister zdrowia Adam Niedzielski. Z dodatkowych środków dyrektorzy szpitali będą mogli m. in. uregulować problem spłaszczenia wynagrodzeń, który powstał po wprowadzeniu noweli ustawy o minimalnych wynagrodzeniach.

Dla szpitali oznacza to, że w części ryczałtowej wyceny świadczeń wzrosną o 7 punktów procentowych. Zmiana ta będzie oznaczała przetransferowanie do szpitali, przede wszystkim powiatowych, blisko 750 mln zł w perspektywie półroczu. Pierwsza transza tych środków trafi do szpitali już w październiku, z wyrównaniem od 1 lipca 2021. Pieniądze te będą mogły być przeznaczone na uregulowanie i zwiększenie wynagrodzeń pozostałych zawodów, które nie były beneficjentami rozwiązań związanych z minimalnym wynagrodzeniem.

Z kolei dodatkowe 400 mln zł trafi na zwiększenie wycen u specjalistów. Jak dodał min. Niedzielski, chodzi o uatrakcyjnienie stawek, aby lekarze specjaliści leczyli w ramach sektora publicznego. Dodał, że oprócz Nielimitowości, która obowiązuje od 1 lipca, dość zasadniczo zmienia się teraz też wyceny świadczeń w AOS. (Źródło: Rynek Zdrowia)



## Rekomendacje MZ i GIS dotyczące odwiedzin pacjentów w czasie epidemii COVID-19

Organizacja odwiedzin dorosłych pacjentów przebywających na oddziałach szpitalnych powinna odbywać się z uwzględnieniem poniższych warunków:

1. **Jeżeli pacjent jest zaszczepiony** przeciw COVID-19 lub przebył zakażenie wirusem SARS-CoV-2, rekomenduje się umożliwienie odwiedzin przez:

a) **osoby zaszczepione** przeciw COVID-19, przy zachowaniu reżimu sanitarnego;

b) **osoby niezaszczepione** przeciw COVID-19, które posiadają negatywny wynik testu w kierunku wirusa SARS-CoV-2 lub przebyły zakażenie wirusem SARS-CoV-2, przy zachowaniu reżimu sanitarnego;

c) **osoby niezaszczepione** przeciw COVID-19, które nie spełniają warunków określonych w punkcie 1b (tj. nie uzyskały negatywnego wyniku testu w kierunku wirusa SARS-CoV-2 oraz nie przebyły zakażenia wirusem SARS-CoV-2), przy zachowaniu wzmożonego reżimu sanitarnego.

2. **Jeżeli pacjent nie spełnia warunków wskazanych w pkt 1, tj. nie jest zaszczepiony przeciw COVID-19, nie przebył zakażenia wirusem SARS-CoV-2 oraz nie posiada negatywnego wyniku testu w kierunku wirusa SARS-CoV-2, rekomenduje się umożliwienie odwiedzin przez:**

a) **osoby zaszczepione** przeciw COVID-19, przy zachowaniu wzmożonego reżimu sanitarnego;

b) **osoby niezaszczepione** przeciw COVID-19, które spełniają warunki określone w punkcie 1b (tj. uzyskały negatywny wynik testu w kierunku wirusa SARS-CoV-2 lub przebyły zakażenie wirusem SARS-CoV-2), przy zachowaniu wzmożonego reżimu sanitarnego.

Nie rekomenduje się odwiedzania pacjenta, o którym mowa w pkt 2, przez osoby niezaszczepione przeciw COVID-19, które nie spełniają warunków określonych w punkcie 1b (tj. nie uzyskały negatywnego wyniku testu w kierunku wirusa SARS-CoV-2 oraz nie przebyły zakażenia wirusem SARS-CoV-2), z wyjątkiem sytuacji szczególnych, które powinny być określone przez kierownika podmiotu leczniczego (np. w przypadku wizyt pożegnalnych pacjentów tego podmiotu).

Pełna informacja dostępna jest pod adresem: [Rekomendacje\\_MZ\\_i\\_GIS\\_dot\\_odwiedzin\\_w\\_czasie\\_epidemii\\_COVID-19\\_1%20\(3\).pdf](#)



Ministerstwo Zdrowia

Resort zdrowia opublikował mapę potrzeb zdrowotnych na lata 2022-2026

Mapa dotyczy okresu **1 stycznia 2022 r. do 31 grudnia 2026 r.** Uwzględnia główne problemy zdrowotne ludności Polski i prognozy na najbliższe lata. Obejmuje analizy demograficzne i epidemiologiczne, analizy stanu i wykorzystania zasobów systemu opieki zdrowotnej, a także rekomendowane kierunki działań.

W dokumencie wskazano na ogólnie dobrą **dostępność świadczeń POZ** finansowanych ze środków publicznych. W przypadku pogłębionej diagnostyki lub porady lekarza specjalisty, ponad połowa respondentów sięga jednak po pomoc lekarzy poza systemem publicznym. Najczęściej wskazywaną przyczyną korzystania z takich świadczeń jest **czas oczekiwania na wizytę** (74%) oraz większa staranność i zaangażowanie lekarzy (21%).

Najczęstszymi problemami zdrowotnymi naszego społeczeństwa jest **choroba niedokrwienna serca**, a także **udary**, które stanowią drugą najczęstszą przyczynę zgonów i znacząco wpływają na sprawność. Resort szacuje też, że w najbliższych latach rosnąć będzie liczba nowych przypadków i zgonów z powodu **chorób nowotworowych**. Wzrost we wszystkich istotnych wskaźnikach odnotowuje **choroba Alzheimera** i inne **choroby ośpienne**. Problemem pozostają **choroby przewlekłe**, takie jak **cukrzyca oraz przewlekła obturacyjna choroba płuc**, a także **choroby psychiczne**.

Pandemia COVID-19 oddziaływać będzie nie tylko na **dostępność świadczeń opieki zdrowotnej**, ale i samą strukturę oraz organizację systemu ochrony zdrowia. Jak podkreśla ministerstwo zdrowia, oczekiwane skutki pandemii to również nowe potrzeby zdrowotne z tytułu **leczenia pacjentów z COVID-19**, którym obecnie odpowiada m. in. system szpitali jednoimiennych. Jednocześnie pogarsza się dostęp do świadczeń planowanych, mniejsza jest też zgłaszalność pacjentów z niektórymi innymi chorobami nagłymi i przewlekłymi, brak jest wizyt kontrolnych.

Na organizacyjno-infrastrukturalne problemy systemu opieki zdrowotnej nakładają się **problemy związane z dostępnością kadr**, głównie zmniejszenie się liczby pielęgniarek oraz położnych. W ciągu najbliższych 10 lat liczba pielęgniarek w wieku 25-59 lat zmniejszy się o 34%, a liczba położnych o 25%.

Resort zwraca też uwagę na potrzebę zadbania o edukację zdrowotną i profilaktykę. Poprawy wymaga też **dostępność i organizacja AOS**. **Wzmocnienie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej i jednocześnie odciążenie leczenia szpitalnego** jest od lat wskazywane jako priorytet w reformie polskiego systemu opieki zdrowotnej. Od kilku lat następuje spadek wydatków na ambulatoryjną opiekę specjalistyczną (z 8,6 proc. w 2014 r. do 5,7 proc. w 2018 r. i 2019 r.) przy jednoczesnym wzroście wydatków na leczenie

szpitalne (z 31,1 proc. w 2014 r. do 47,4 proc. w 2019 r.). Zmniejsza się również liczba porad udzielanych w AOS, a także liczba pacjentów korzystających z ambulatoryjnej opieki medycznej w ramach NFZ: pomiędzy 2015 r. a 2019 r. liczba wizyt w przeliczeniu na liczbę mieszkańców zmniejszyła się o 4,9%.

Zdaniem resortu, w ramach **optymalizacji leczenia szpitalnego** należy dążyć do koncentracji świadczeń oraz profilowania szpitali i ich usieciowienia. Jednocześnie **tworzenie i kontraktowanie oddziałów udzielających świadczeń, które wykraczają poza podstawowy profil wynikający z przynależnego stopnia sieci szpitali (w szczególności I oraz II stopnia), powinno być ograniczane**. Ich funkcjonowanie może prowadzić do niezrównoważonego rozwoju podmiotów leczniczych, jednocześnie zwiększając presję na finansowanie świadczeń niezgodne z potrzebami zdrowotnymi - czytamy w dokumencie.

Nowe zadania dla ochrony zdrowia niesie starzenie się społeczeństwa, a więc zapewnienie coraz większej liczby **świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych**. Głębszej reformy wymaga **rehabilitacja lecznicza**, jak również **opieka psychiatryczna**, zarówno dla dzieci, jak i dorosłych.

Jedyną odpowiedzią na wyzwania z jakimi zmierza się system opieki zdrowotnej jest **istotne zwiększenie jego efektywności** - podkreśla ministerstwo zdrowia. Dodaje, że na wiele z nich nie odpowie wyłącznie zwiększenie finansowania ochrony zdrowia. W niektórych obszarach barierą zmian są zaszczości historyczne - struktura właścicielska podmiotów leczniczych, istniejąca infrastruktura, a nawet konstrukcja koszyka świadczeń gwarantowanych, czy ich wycena.

W załącznikach do mapy zawarto kierunki działań, które należy podjąć, aby odpowiedzieć na potrzeby zdrowotne na poziomie lokalnym.

Mapa potrzeb zdrowotnych jest załącznikiem do obwieszczenia ministra zdrowia z dn. 27 sierpnia br. opublikowanego w Dz. Urz. Ministra Zdrowia z dn. 30.08.2021 r., poz. 69. (Źródło: Rynek Zdrowia)

Redakcja Biuletynu: Ewa Olsińska, Specjalista ds. Komunikacji, pok. D 109, tel. 433