



UNIWERSYTET RZESZOWSKI
WYDZIAŁ MEDYCZNY

mgr Beata OBŁOZA

**PORÓWNANIE ORGANIZACJI I FINANSOWANIA OPIEKI NAD
KOBIETĄ RODZĄCĄ I NOWORODKIEM W WOJEWÓDZTWIE
MAZOWIECKIM ORAZ PODKARPACKIM**

Rozprawa doktorska

Promotor: dr hab. n. med. Grzegorz Raba prof. UR

Promotor pomocniczy: dr n. med. Barbara Zych

RZESZÓW 2015

Mojej Rodzinie

*dziękuję za możliwość realizacji
wszechstronną pomoc i wsparcie*

Spis treści

1. METODOLOGICZNE PODSTAWY PRACY	4
1.1 WYKAZ SKRÓTÓW	4
1.2 WYKAZ TABEL	5
1.3 WYKAZ RYCIN	7
1.4 WSTĘP.....	9
1.5 UZASADNIENIE PODJĘCIA BADAŃ	10
1.6 OBOWIĄZUJĄCE AKTY PRAWNE I ROZPORZĄDZENIA DOTYCZĄCE ORGANIZACJI I FINANSOWANIA OPIEKI POŁOŻNICZEJ W POLSCE.	11
2 MATERIAŁ I METODYKA	37
2.1 CEL PRACY	37
2.2 HIPOTEZY BADAWCZE.....	37
2.3 PYTANIA BADAWCZE.....	39
2.4 ETAPY BADANIA	39
2.5 METODY POZYSKIWANIA MATERIAŁÓW ŹRÓDŁOWYCH	40
2.6 KRYTERIA SELEKCJI DOKUMENTÓW	41
2.7 OPIS MATERIAŁU	41
3 WYNIKI.....	64
4. OMÓWIENIE WYNIKÓW I DYSKUSJA	86
5. WNIOSKI	93
6. PIŚMIENNICTWO	94
7. STRESZCZENIE	99

1. METODOLOGICZNE PODSTAWY PRACY

1.1 WYKAZ SKRÓTÓW

EKG – Elektrokaradiogram

GUS – Główny Urząd Statystyczny

ICD10 – Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych (ang. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems)

ICD9 – Międzynarodowa Klasyfikacja Procedur medycznych (ang. International Classification of system for surgical, diagnostic and therapeutic procedures)

IOM – Intensywna Opieka Medyczna

JGP - system jednorodnych grup pacjentów

NFZ – Narodowy Fundusz Zdrowia

POZ - Podstawowa Opieka Zdrowotna

OAIIT – Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii

OECD - Organizacja Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (ang. *Organization for Economic Co-operation and Development*)

SOR – Szpitalny Oddział Ratunkowy

TISS - 28 –Terapeutyczna Skala Interwencji Medycznych (ang. *Tharapeutic Intervention Scoring System*)

USG – Ultrasonografia (ang. *Ultrasonography*)

WHO - Światowa Organizacja Zdrowia (ang. *World Health Organization*)

1.2 WYKAZ TABEL

Tabela 1. Szpitale III stopień referencyjności woj. mazowieckie.....	41
Tabela 2. Szpitale II stopień referencyjności woj. mazowieckie.	42
Tabela 3. Szpitale I stopień referencyjności woj. mazowieckie.	43
Tabela 4. Szpitale III stopień referencyjności woj. podkarpackie.	46
Tabela 5. Szpitale II stopień referencyjności woj. podkarpackie.	46
Tabela 6. Szpitale I stopień referencyjności woj. podkarpackie.	47
Tabela 7. Sumaryczna kwota kontraktu dla produktu – Neonatologia I poziom referencyjny.....	50
Tabela 8. Sumaryczna kwota kontraktu dla produktu – Neonatologia II poziom referencyjny.....	51
Tabela 9. Sumaryczna kwota kontraktu dla produktu – Neonatologia III poziom referencyjny.....	51
Tabela 10. Sumaryczna kwota kontraktu dla produktu – Położnictwo i Ginekologia I poziom referencyjny.....	52
Tabela 11. Sumaryczna kwota kontraktu dla produktu – Położnictwo i Ginekologia II poziom referencyjny.....	53
Tabela 12. Sumaryczna kwota kontraktu dla produktu – Położnictwo i Ginekologia III poziom referencyjny.....	53
Tabela 13. Sumaryczna kwota kontraktu dla produktu - Neonatologia I poziom referencyjny.....	54
Tabela 14. Sumaryczna kwota kontraktu dla produktu - Neonatologia II poziom referencyjny.....	54
Tabela 15. Sumaryczna kwota kontraktu dla produktu - Neonatologia III poziom referencyjny.....	55
Tabela 16. Sumaryczna kwota kontraktu dla produktu – Położnictwo i Ginekologia I poziom referencyjny.....	55
Tabela 17. Sumaryczna kwota kontraktu dla produktu – Położnictwo i Ginekologia II poziom referencyjny.....	56
Tabela 18. Sumaryczna kwota kontraktu dla produktu – Położnictwo i Ginekologia III poziom referencyjny.....	56
Tabela 19. Urodzenia żywe w latach 2010 – 2014.	57
Tabela 20. Liczba ludności w latach 2010 – 2014.	57
Tabela 21. Zgony według przyczyn – ciąża, poród i połów w latach 2010 – 2014.....	58
Tabela 22. Zgony według przyczyn – niektóre stany rozpoczynające się w okresie okołoporodowym w latach 2010 – 2014.....	58
Tabela 23. Urodzenia żywe poniżej 2500g w latach 2010 - 2014 na terenie województwa podkarpackiego.	58
Tabela 24. Urodzenia żywe poniżej 2500g w latach 2010 - 2014 na terenie województwa mazowieckiego.	59
Tabela 25. Urodzenia żywe poniżej 2500g w latach 2010 - 2014 na terenie Polski.....	59
Tabela 26. Średnia wartość kontraktów (PLN) przypadająca na 1 łóżko dla neonatologii w województwie mazowieckim i podkarpackim.	64
Tabela 27. Średnia wartość kontraktów (PLN) na 1 łóżko dla położnictwa w województwie mazowieckim i podkarpackim.	65
Tabela 28. Korelacja wartości kontraktów zawieranych w obszarze neonatologia z liczbą urodzeń oraz z liczbą ludności w województwie mazowieckim.	66
Tabela 29. Korelacja wartości kontraktów zawieranych w obszarze położnictwo z liczbą urodzeń oraz z liczbą ludności w województwie mazowieckim.	67

Tabela 30. Korelacja wartości kontraktów zawieranych w obszarze neonatologia z liczbą urodzeń oraz z liczbą ludności w województwie podkarpackim.	69
Tabela 31. Korelacja wartości kontraktów zawieranych w obszarze położnictwo z liczbą urodzeń oraz z liczbą ludności w województwie podkarpackim.	70
Tabela 32. Liczba ludności przypadająca na jedno stanowisko opieki neonatologicznej w ramach ośrodków o III stopniu referencyjności w województwie mazowieckim i podkarpackim.	72
Tabela 33. Korelacja średniej wartości kontraktów zawieranych w obszarze neonatologia, ze wskaźnikami umieralności okołoporodowej noworodków w województwie mazowieckim.	73
Tabela 34. Korelacja średniej wartości kontraktów zawieranych w obszarze położnictwo, ze wskaźnikami umieralności okołoporodowej noworodków w województwie mazowieckim.	74
Tabela 35. Korelacja średniej wartości kontraktów zawieranych w obszarze neonatologia, ze wskaźnikami umieralności okołoporodowej noworodków w województwie podkarpackim.	75
Tabela 36. Korelacja średniej wartości kontraktów zawieranych w obszarze położnictwo, ze wskaźnikami umieralności okołoporodowej noworodków w województwie podkarpackim.	76
Tabela 37. Korelacja średniej wartości kontraktów zawieranych w obszarze neonatologia ze wskaźnikiem umieralności okołoporodowej matek w woj. mazowieckim.	77
Tabela 38. Korelacja średniej wartości kontraktów zawieranych w obszarze położnictwo ze wskaźnikiem umieralności okołoporodowej matek w woj. mazowieckim.	78
Tabela 39. Korelacja średniej wartości kontraktów zawieranych w obszarze neonatologia ze wskaźnikiem umieralności okołoporodowej matek w woj. podkarpackim.	79
Tabela 40. Korelacja średniej wartości kontraktów zawieranych w obszarze położnictwo ze wskaźnikiem umieralności okołoporodowej matek w woj. podkarpackim.	80
Tabela 41. Korelacja średniej wartości kontraktów zawieranych w obszarze neonatologia ze wskaźnikami porodów przedwczesnych w województwie mazowieckim.	81
Tabela 42. Korelacja średniej wartości kontraktów zawieranych w obszarze położnictwo ze wskaźnikami porodów przedwczesnych w województwie mazowieckim.	82
Tabela 43. Korelacja średniej wartości kontraktów zawieranych w obszarze neonatologia ze wskaźnikami porodów przedwczesnych w województwie podkarpackim.	83
Tabela 44. Korelacja średniej wartości kontraktów zawieranych w obszarze położnictwo ze wskaźnikami porodów przedwczesnych w województwie podkarpackim.	84

1.3 WYKAZ RYCIN

Rycina 1. Porównanie średniej wartości kontraktów dla neonatologii w województwie mazowieckim i podkarpackim.	64
Rycina 2. Porównanie średniej wartości kontraktów dla położnictwa w województwie mazowieckim i podkarpackim.	65
Rycina 3. Porównanie poziomów korelacji średniej wartości kontraktów zawieranych w obszarze neonatologia z liczbą urodzeń w województwie mazowieckim.	66
Rycina 4. Porównanie poziomów korelacji średniej wartości kontraktów zawieranych w obszarze neonatologia z liczbą ludności w województwie mazowieckim.	67
Rycina 5. Porównanie poziomów korelacji średniej wartości kontraktów zawieranych w obszarze położnictwo z liczbą urodzeń w województwie mazowieckim.	68
Rycina 6. Porównanie poziomów korelacji średniej wartości kontraktów zawieranych w obszarze położnictwo z liczbą ludności w województwie mazowieckim.	68
Rycina 7. Porównanie poziomów korelacji średniej wartości kontraktów zawieranych w obszarze neonatologia z liczbą urodzeń w województwie podkarpackim.	69
Rycina 8. Porównanie poziomów korelacji średniej wartości kontraktów zawieranych w obszarze położnictwo z liczbą ludności w województwie podkarpackim.	70
Rycina 9. Porównanie poziomów korelacji średniej wartości kontraktów zawieranych w obszarze położnictwo z liczbą urodzeń w województwie podkarpackim.	71
Rycina 10. Porównanie poziomów korelacji średniej wartości kontraktów zawieranych w obszarze położnictwo z liczbą ludności w województwie podkarpackim.	71
Rycina 11. Porównanie liczby ludności przypadającej na jedno stanowisko opieki neonatologicznej w ramach ośrodków o III stopniu referencyjności w województwach mazowieckim i podkarpackim.	72
Rycina 12. Porównanie liczby urodzeń przypadającej na jedno stanowisko opieki neonatologicznej w ramach ośrodków o III stopniu referencyjności w województwach mazowieckim i podkarpackim.	73
Rycina 13. Porównanie poziomu korelacji średniej wartości kontraktów zawieranych w obszarze neonatologia, ze wskaźnikami umieralności okołoporodowej w województwie mazowieckim.	74
Rycina 14. Porównanie poziomu korelacji średniej wartości kontraktów zawieranych w obszarze położnictwo, ze wskaźnikami umieralności okołoporodowej noworodków w województwie mazowieckim.	75
Rycina 15. Porównanie poziomu korelacji średniej wartości kontraktów zawieranych w obszarze neonatologia, ze wskaźnikami ze wskaźnikami umieralności okołoporodowej noworodków w województwie podkarpackim.	76
Rycina 16. Porównanie poziomu korelacji średniej wartości kontraktów zawieranych w obszarze położnictwo, ze wskaźnikami umieralności okołoporodowej noworodków w województwie podkarpackim.	77
Rycina 17. Porównanie poziomu korelacji średniej wartości kontraktów zawieranych w obszarze neonatologia ze wskaźnikiem umieralności okołoporodowej matek w województwie mazowieckim.	78
Rycina 18. Średnia wartość kontraktów zawieranych w obszarze położnictwo ze wskaźnikiem umieralności okołoporodowej matek w województwie mazowieckim. ...	79
Rycina 19. Porównanie poziomu korelacji średniej wartości kontraktów zawieranych w obszarze neonatologia ze wskaźnikiem umieralności okołoporodowej matek w województwie podkarpackim.	80

Rycina 20. Porównanie poziomu korelacji średniej wartości kontraktów zawieranych w obszarze położnictwo ze wskaźnikiem umieralności okołoporodowej matek w województwie podkarpackim.....	81
Rycina 21. Porównanie poziomu korelacji średniej wartości kontraktów zawieranych w obszarze neonatologia ze wskaźnikami porodów przedwczesnych w województwie mazowieckim.	82
Rycina 22. Porównanie poziomu korelacji średniej wartości kontraktów zawieranych w obszarze położnictwo ze wskaźnikami porodów przedwczesnych w województwie mazowieckim.	83
Rycina 23. Porównanie poziomu korelacji średniej wartości kontraktów zawieranych w obszarze neonatologia ze wskaźnikami porodów przedwczesnych w województwie podkarpackim.	84
Rycina 24. Porównanie poziomu korelacji średniej wartości kontraktów zawieranych w obszarze położnictwo ze wskaźnikami porodów przedwczesnych w województwie podkarpackim.	85

1.4 WSTĘP

Niniejsza praca adresowana jest w głównej mierze do osób funkcyjnych, pełniących stanowiska kierownicze w organach wykonujących działalność leczniczą (świadczeniodawców), specjalistów odpowiedzialnych za rozliczanie kontraktów, a także dla lekarzy, położnych i pielęgniarek w województwie mazowieckim oraz podkarpackim.

Zgodnie z Konstytucją Rzeczypospolitej Polskiej, każdy obywatel Polski ma prawo do ochrony zdrowia [1]. W oparciu o najwyższy akt prawny obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Warunki i zakres udzielania świadczeń określa Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych [2]. Zapewnienie przez państwo prawa do ochrony zdrowia i dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych nie jest równoznaczne z gwarancją realizowania wszystkich rodzajów świadczeń w każdym miejscu na terenie kraju. Każda osoba uprawniona do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych jest przyporządkowana do oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia.

Funkcje zarządcze, nadzoru, kontroli oraz finansowania podzielone są pomiędzy trzy organy: Ministerstwo Zdrowia, Narodowy Fundusz Zdrowia oraz samorządy terytorialne.

Organizacja systemu opieki zdrowotnej w poszczególnych województwach podlega władzom samorządowym, które na terenie poszczególnych województw podejmują decyzje autonomicznie w oparciu o istniejące akty prawne oraz własne możliwości finansowe. Może to prowadzić do powstawania odmiennych warunków udzielania świadczeń zdrowotnych kobietom rodzącym i noworodkom w różnych regionach kraju.

1.5 UZASADNIENIE PODJĘCIA BADAŃ

Zainteresowanie autora tematem wynika z wieloletniej obserwacji i analizy zagadnień związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych kobietom rodzącym i noworodkom w różnych regionach kraju. Od wielu lat kwestie finansowania opieki zdrowotnej w Polsce poddawane są ciągłym zmianom w celu dopasowania algorytmu do potrzeb zdrowotnych. Do chwili obecnej nie opracowano ujednoliconego, sprawiedliwego wzorca przepływu środków finansowych w obszarze służby zdrowia. Obecnie redystrybuowanie środków w badanych województwach jest mało „przejrzyste”, co w efekcie może prowadzić do utrudnień w funkcjonowaniu podmiotów wykonujących działalność leczniczą, jak i podmiotom towarzyszącym. Każdy przejaw trudności finansowych w ochronie zdrowia prowadzi nieuchronnie do wskazywania rozwiązań polegających na wzroście składki na ubezpieczenie zdrowotne. System opieki zdrowotnej w Polsce od wielu lat przeżywa poważne trudności, które obecnie objawiają się:

- utrudnionym dostępem do leczenia specjalistycznego (w szczególności szpitalnego) i długimi kolejkami oczekujących na świadczenia,
- niezadowalającą, jakością udzielanych świadczeń zdrowotnych w ocenie pacjentów,
- niskimi płacami w sektorze opieki zdrowotnej i masową emigracją specjalistycznych kadr medycznych do pozostałych krajów Unii Europejskiej,
- zadłużaniem się publicznych zakładów opieki zdrowotnej.

Głównym założeniem pracy było zbadanie czy sposób finansowania, jak i organizacja, mogą prowadzić do powstawania odmiennych warunków udzielania świadczeń zdrowotnych kobietom rodzącym i noworodkom w różnych regionach kraju.

Wiedza zawarta w pracy może przyczynić się do wskazania różnic organizacyjnych, jakie występują w poszczególnych województwach, w systemie opieki nad kobietą rodzącą i noworodkiem w Polsce. Treści te mogą mieć znaczący wpływ, co do kwestii efektywnego gospodarowania środkami finansowymi i zmniejszenia trudności istniejących w systemie opieki zdrowotnej. Temat pracy jest rozwinięciem i kontynuacją pracy magisterskiej autora związanej z przedmiotowymi zagadnieniami.

Niniejsze treści adresowane są w głównej mierze do osób funkcyjnych, pełniących stanowiska kierownicze w organach wykonujących działalność leczniczą (świadczeniodawców), specjalistów odpowiedzialnych za rozliczanie kontraktów, a także dla lekarzy, położnych i pielęgniarek w województwie mazowieckim oraz podkarpackim.

1.6 OBOWIĄZUJĄCE AKTY PRAWNE I ROZPORZĄDZENIA DOTYCZĄCE ORGANIZACJI I FINANSOWANIA OPIEKI POŁOŻNICZEJ W POLSCE.

Zgodnie z Konstytucją Rzeczypospolitej Polskiej, ust. 2 art. 68, każdy obywatel Polski ma prawo do ochrony zdrowia. Ramy prawne obowiązującego systemu ochrony zdrowia oparte są na niżej wymienionych regulacjach prawnych:

1. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
2. Ustawa z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.
3. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz.U. z 2013 r., poz. 1520).
4. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, porożu oraz opieki nad noworodkiem (Dz. U. z 2012 r. poz. 1100).

Obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych [2]. Za zachowanie tego prawa odpowiedzialne są władze publiczne, które mają stworzyć takie służby czy instytucje, które umożliwią zapobieganie chorobom oraz ich zwalczanie i leczenie.

Ponadto ust.2 art. 68 oraz kolejne ustępy tego przepisu (ust. 3–5) adresowane są do „władz publicznych”, ustanawiając określone ich obowiązki [3].

Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych określa:

1. Warunki udzielania i zakres świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
2. Zasady i tryb finansowania świadczeń.
3. Zadania władz publicznych w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń.
4. Zasady powszechnego - obowiązkowego i dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego.
5. Zasady funkcjonowania, organizację i zadania Narodowego Funduszu Zdrowia, zwanego dalej „Funduszem”.

Ministerstwo Zdrowia sprawuje nadzór nad Narodowym Funduszem Zdrowia. Dodatkowo pełni funkcje strategiczne, polityczne a także ustawodawcze. Wytacza kierunki polityki zdrowotnej, koordynuje oraz wprowadza w życie programy zdrowotne. Ponadto odpowiedzialne jest za finansowanie wybranych świadczeń wysokospecjalistycznych i większych inwestycji (szczególnie drogiego sprzętu medycznego), kształcenie kadry medycznej oraz badania naukowe. Odpowiada za wyznaczanie i monitorowanie standardów ochrony zdrowia. Ministerstwo finansuje wybrane świadczenia z zakresu ratownictwa medycznego oraz zatwierdza przygotowywane przez wojewodów regionalne plany ratownictwa medycznego. Nadzoruje również lecznictwo uzdrowiskowe oraz reguluje (w porozumieniu z izbami zawodowymi) wykonywanie zawodów medycznych [5][6][7].

Ministerstwo Zdrowia pełni funkcję nadzorczą nad Głównym Inspektorem Farmaceutycznym, Urzędem Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych, Głównym Inspektorem Sanitarnym oraz Agencją Oceny Technologii Medycznych [8][9].

Samorządy terytorialne, jako kolejny organ systemu ochrony zdrowia mający niewielki wpływ na bieżące finansowanie świadczeń zdrowotnych, odpowiadają za:

- określenie potrzeb zdrowotnych,
- dbałość o infrastrukturę opieki zdrowotnej,
- promocję i profilaktykę zdrowotną,
- są organami założycielskimi większości przychodni ambulatoryjnych oraz szpitali powiatowych i wojewódzkich, i w związku z tym są odpowiedzialne

za inwestycje oraz pełnią wobec nich szereg funkcji nadzorczych i kontrolnych;

- posiadają uprawnienia przekształcania podmiotów publicznych w niepubliczne;
- rozpoznawanie potrzeb zdrowotnych mieszkańców,
- przygotowanie ofert świadczeń zdrowotnych [10].

Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) jest państwową jednostką organizacyjną, składającą się z centrali, (której siedziba znajduje się w Warszawie) oraz z 16 oddziałów wojewódzkich. W centrali oraz w oddziałach wojewódzkich utworzone są komórki organizacyjne do spraw służb mundurowych. Struktura organizacyjna Funduszu jest zgodna z podziałem terytorialnym Polski. W celu realizacji zadań nałożonych na Narodowy Fundusz Zdrowia jest on zobowiązany zarządzać środkami finansowymi pochodzącymi w głównej mierze z:

- należnych składek na ubezpieczenie zdrowotne,
- odsetek od nieopłaconych w terminie składek na ubezpieczenie zdrowotne, darowizn i zapisów,
- środków przekazanych na realizację zadań zleconych w zakresie określonym w ustawie,
- dotacji, w tym dotacji celowych przeznaczonych na finansowanie zadania,
- przychodów z lokat, kredytów i pożyczek [9][12][13].

Głównym zadaniem NFZ jest finansowanie świadczeń zdrowotnych dla uprawnionych do nich osób oraz refundowanie leków. NFZ zajmuje się kontraktowaniem świadczeń opieki zdrowotnej z publicznymi i niepublicznymi świadczeniodawcami. Dodatkowo do jego obowiązków należy ustalanie wartości, ilości, jak i określanie struktury oraz monitorowanie wywiązywania się z podpisanych umów. Zagadnienie związane z kontraktowaniem polega na podpisaniu tzw. „kontraktu” na świadczenie usług medycznych pomiędzy NFZ a jednostką opieki zdrowotnej. Kwestie dotyczące kryteriów i zasad podziału środków finansowych z centrali do każdego oddziału wojewódzkiego NFZ, wykonywane były już od roku 1999 (od momentu powstania Kas Chorych w Polsce) na podstawie wielu algorytmów wielokrotnie zmienianych. Algorytmy podziału środków finansowych na świadczenia zdrowotne były bardzo skomplikowane, niezrozumiałe nawet dla środowiska lekarzy.

Teraźniejszy algorytm finansowy został opracowany w 2009 roku na podstawie Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 17 listopada 2009 r. w sprawie szczegółowego trybu i kryteriów podziału środków pomiędzy centralę i oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia z przeznaczeniem na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej dla ubezpieczonych [11]. Obowiązujący algorytm uwzględnia: liczbę ubezpieczonych zarejestrowanych w oddziale wojewódzkim NFZ, grupy ubezpieczonych, wskaźniki demograficzne, epidemiologiczne, wskaźnik świadczeń wysokospecjalistycznych, natomiast nie zawiera wskaźnika dochodowego. Ponadto zawiera ryzyko zdrowotne odpowiadające danej grupie ubezpieczonych, w zakresie danej grupy świadczeń opieki zdrowotnej w porównaniu z grupą odniesienia.

Planowane koszty finansowania świadczeń opieki zdrowotnej przez dany oddział wojewódzki nie mogą być niższe niż wysokość kosztów finansowania świadczeń opieki zdrowotnej zaplanowanych w planie finansowym dla danego oddziału w roku poprzednim. Według nowych przepisów, od stycznia 2010 roku środki docierające do regionalnych oddziałów NFZ są dostosowane do ilości i kosztów wykonywanych świadczeń medycznych.

Zadaniem NFZ jest dodatkowo wdrażanie i promocja zdrowia, monitorowanie ordynacji lekarskich oraz prowadzenie Centralnego Wykazu Ubezpieczonych. Ponadto zadaniem NFZ jest pokrywanie kosztów opieki zdrowotnej udzielonej polskim obywatelom w państwach członkowskich UE. Działalnością Funduszu kieruje prezes i to on reprezentuje go na zewnątrz. Prezes powoływany jest przez Prezesa Rady Ministrów na wniosek Ministra Zdrowia, po konsultacji z Radą Funduszu. Prezes Funduszu sporządza roczny plan finansowy funduszu, który jest opiniowany przez Radę Funduszu oraz dwie komisje sejmowe (komisja do spraw zdrowia, komisja do spraw finansów publicznych). Wymagane jest zatwierdzenie planu finansowego przez Minister Zdrowia [9][12].

Zgodnie z Ustawą z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, prawo do korzystania ze świadczeń na zasadach w niej określonych oraz leczenia mają:

- ✓ ubezpieczeni, czyli wszystkie osoby objęte powszechnym, obowiązkowym i dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym w Narodowym Funduszu Zdrowia,

- ✓ zgłoszeni do ubezpieczenia członkowie rodziny osoby ubezpieczonej (dzieci - własne, dzieci małżonka, dzieci przysposobione, wnuki, dzieci obce, dla których ustanowiono opiekę lub dzieci obce w ramach rodziny zastępczej – do ukończenia przez nie 18 roku życia).

Dziecko kontynuujące naukę po ukończeniu 18 lat, może być zgłoszone do ubezpieczenia, jako członek rodziny, nie dłużej jednak niż do ukończenia 26 roku życia.

- dzieci posiadające orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności lub inne traktowane na równi mogą być zgłaszane do ubezpieczenia bez ograniczenia wieku,
 - małżonkowie – mąż, żona, (ale nie konkubenci),
 - krewni wstępní (rodzice, dziadkowie) pozostający z ubezpieczonym we wspólnym gospodarstwie domowym.
- ✓ Osoby nieubezpieczone (posiadające obywatelstwo polskie i zamieszkujące na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej):
 - spełniające kryterium dochodowe do otrzymywania świadczeń z pomocy społecznej,
 - dzieci i młodzież – do ukończenia 18 roku życia,
 - kobiety w okresie ciąży i porodu – do 42 dnia po porodzie,
 - ✓ Osoby bezrobotne zarejestrowane w urzędzie pracy,
 - ✓ Ubezpieczone w innym niż Polska państwie członkowskim Unii Europejskiej lub Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu, przebywające na terenie RP.

Dodatkowo do świadczeń mają również prawo następujące osoby:

- narażone na zakażenie poprzez kontakt z osobami zakażonymi lub materiałem zakaźnym w zakresie badań w kierunku błonicy, cholery, czerwonki, duru brzuszego, durów rzekomych A, B i C, porażenia dziecięcego,
- uzależnione od alkoholu – w zakresie leczenia odwykowego,
- uzależnione od narkotyków,

- z zaburzeniami psychicznymi – w zakresie psychiatrycznej opieki zdrowotnej,
- pozbawione wolności,
- cudzoziemcy umieszczeni w strzeżonym ośrodku lub przebywający w areszcie w celu wydalenia,
- posiadacze Karty Polaka, w zakresie korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej w stanach nagłych, chyba, że umowa międzynarodowa, w której RP jest stroną, przewiduje zasady bardziej korzystne [10][13].

Koszty świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych wyżej wymienionym osobom pokrywane są z budżetu państwa. Każda osoba uprawniona do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych jest przyporządkowana do oddziału wojewódzkiego NFZ. Przynależność do konkretnego oddziału zależy od miejsca zamieszkania. Czasowa zmiana miejsca pobytu nie pociąga za sobą konieczności jednoczesnej zmiany oddziału Funduszu.

Zagwarantowania przez państwo prawa do ochrony zdrowia i dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych nie jest równoznaczne z gwarancją realizowania wszystkich rodzajów świadczeń. Nie oznacza także ich pełnej bezpłatności.

W Polsce system zdrowotny oparty jest na modelu ubezpieczeniowym. System obowiązkowego ubezpieczenia obejmuje w przybliżeniu 98% populacji [13].

Podstawowym źródłem przychodów systemu ochrony zdrowia, a więc i źródłem finansowania publicznych usług zdrowotnych, jest składka ubezpieczeniowa. Obywatele obciążeni są obowiązkową składką ubezpieczeniową stanowiącą 9% dochodów osobistych (7,75% odliczane jest od podatku dochodowego, zaś 1,25% pokrywa ubezpieczony), która odprowadzana jest do instytucji ubezpieczenia zdrowotnego (NFZ) [11]. Składka jest miesięczna i niepodzielna.

Drugim źródłem publicznego zasilania, pod względem wielkości, jest budżet państwa gromadzony przede wszystkim z podatków ogólnych. Także budżety jednostek samorządu terytorialnego, których dochody pochodzą głównie z określonego udziału w podatkach ogólnych, własnych opłat i podatków oraz dotacji i subwencji państwa, dostarczają środków systemowi ochrony zdrowia.

Ponadto środki pochodzą z transferów z budżetu państwa oraz pozabudżetowych funduszy celowych (para budżetów: takich jak Fundusz Pracy i Fundusz Ubezpieczeń Społecznych) oraz w pewnej niewielkiej skali ze środków organizacji społecznych (stowarzyszeń, fundacji, innych), dostarczają środków systemowi ochrony zdrowia. Wśród prywatnych źródeł finansowania ochrony zdrowia istotne znaczenie mają środki gospodarstw domowych, fundusze zakładów pracy (pracodawców), fundusze prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych oraz fundusze organizacji charytatywnych (niedotowanych z funduszy publicznych). Niewielką rolę odgrywają fundusze pochodzące z pomocy zagranicznej przeznaczanej na ochronę zdrowia [14]. Świadczeniobiorcy mają, na zasadach określonych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, 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. Świadczeniobiorcy zapewnia się i finansuje ze środków publicznych na zasadach i w zakresie określonych w ustawie:

1. Badanie diagnostyczne, w tym medyczną diagnostykę laboratoryjną.
2. Świadczenia na rzecz zachowania zdrowia, zapobiegania chorobom i wczesnego wykrywania chorób, w tym obowiązkowe szczepienia ochronne.
3. Podstawową opiekę zdrowotną.
4. Świadczenia w środowisku nauczania i wychowania.
5. Ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne.
6. Rehabilitację leczniczą.
7. Świadczenia stomatologiczne.
8. Leczenie szpitalne.
9. Świadczenia wysokospecjalistyczne.
10. Leczenie w domu chorego.
11. Badanie i terapię psychologiczną.
12. Badanie i terapię logopedyczną.
13. Świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze, w tym opiekę paliatywno-hospicyjną.
14. Pielęgnację niepełnosprawnych i opiekę nad nimi.
15. Opiekę nad kobietą w okresie ciąży, porodu i połogu.
16. Opiekę nad kobietą w okresie karmienia piersią.

17. Opiekę prenatalną nad płodem i opiekę nad noworodkiem oraz wstępną ocenę stanu zdrowia i rozwoju niemowlęcia.
18. Opiekę nad zdrowym dzieckiem, w tym ocenę stanu zdrowia i rozwoju dziecka do lat 18.
19. Leczenie uzdrowiskowe.
20. Zaopatrzenie w produkty lecznicze, wyroby medyczne i środki pomocnicze.
21. Transport sanitarny.
22. Ratownictwo medyczne [13][15].

Podstawowym ogniwem systemu jest lekarz podstawowej opieki zdrowotnej (POZ), którym najczęściej jest lekarz specjalista medycyny rodzinnej. Rolę lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (lekarza pierwszego kontaktu, lekarza rodzinnego) określa się mianem przewodnika pacjenta po systemie ochrony zdrowia. Zadaniem lekarza pierwszego kontaktu jest sprawowanie opieki nad pacjentami zapisanymi na jego liście. Zgodnie z założeniem, lekarz ma nadzorować leczenie swoich pacjentów, dodatkowo prowadzić profilaktykę zdrowotną. W przypadku, gdy choroba pacjenta wymaga leczenia specjalistycznego, lekarz POZ wydaje stosowne skierowanie do poradni specjalistycznej czy szpitala. Niektóre świadczenia wysokospecjalistyczne finansowane są bezpośrednio z budżetu Ministerstwa Zdrowia a nie ze środków NFZ. Od 1 stycznia 2007 r. z budżetu państwa finansowane jest również w całości przedszpitalne ratownictwo medyczne (pogotowie ratunkowe) [14].

Obecnie system ochrony zdrowia działa w oparciu o następujące zasady:

- funkcjonowanie w szpitalach systemu HRG (jednorodnych grup pacjentów),
- ujednolicenie zasad we wszystkich oddziałach Narodowego Funduszu,
- ujednolicenie cen w kraju,
- nielimitowanie liczby kontraktowanych świadczeń w niektórych zakresach (np. kardiologia),
- wprowadzanie nowych produktów w poszczególnych rodzajach świadczeń;
- monitorowanie przez NFZ realizacji świadczeń dzięki sprawozdawczości w formie elektronicznej.

Świadczeniobiorca ma prawo wyboru zarówno lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej, świadczeniodawcy udzielającego ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych oraz szpitala spośród podmiotów, które zawarły umowę

z NFZ. Wyboru lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej świadczeniobiorca dokonuje w formie pisemnej wypełniając tzw. deklarację wyboru. W przypadku korzystania z ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych (m.in. lekarza specjalisty), leczenia szpitalnego i rehabilitacji leczniczej wymagane jest posiadanie przez świadczeniobiorcę skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego. Ustawa zawiera generalną zasadę, że skierowanie nie jest wymagane w stanach nagłych, ponadto skierowanie nie jest wymagane do świadczeń: ginekologa i położnika, dentysty, dermatologa, wenerologa, onkologa, okulisty, psychiatry, dla osób chorych na gruźlicę, dla osób zakażonych wirusem HIV, dla inwalidów wojennych i osób represjonowanych oraz dla osób uzależnionych od alkoholu, środków odurzających i substancji psychotropowych – w zakresie leczenia odwykowego oraz dla cywilnych niewidomych ofiar działań wojennych i dla uprawnionego żołnierza lub pracownika, w zakresie leczenia urazów lub chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa.

Ustawa z 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej określa zasady wykonywania działalności leczniczej [16]. Dodatkowo wytycza zasady funkcjonowania podmiotów wykonujących działalność leczniczą niebędących przedsiębiorcami. Ponadto wytycza zasady prowadzenia rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, normy czasu pracy pracowników leczniczych, jak i zasady wykonywania nadzoru nad wykonywaniem działalności leczniczej oraz podmiotami wykonującymi działalność leczniczą.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, porodu oraz opieki nad noworodkiem [17], określa standardy, procedury, poszczególne elementy opieki medycznej mające na celu uzyskanie dobrego stanu zdrowia matki i dziecka, przy ograniczeniu do niezbędnego minimum interwencji. Standardy dotyczą w głównej mierze, poprawy, jakości opieki okołoporodowej, oraz procedur, które związane są z przebiegiem porodu oraz pierwszym kontaktem mamy z dzieckiem (stymulacji czynności skurczowej, podawania opioidów, cięcia cesarskiego, nacięcia krocza). Dodatkowo dokument zawiera prawa pacjentek oraz procedury dotyczące personelu zajmującego się opieką nad matką i dzieckiem. Główne założenia standardów to:

1. Osoby uprawnione do sprawowania opieki - lekarz ginekolog-położnik lub położna. Odpowiedzialność prawną i zawodową osoby sprawującej opiekę za podejmowanie działania regulują przepisy ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich oraz ustawy z dnia 1 lipca 2011r. o samorządzie pielęgniarek i położnych [18][19].
2. Poród fizjologiczny określony jest, jako spontaniczny poród niskiego ryzyka od momentu rozpoczęcia i utrzymujący taki stopień ryzyka przez cały czas trwania porodu, w wyniku, którego noworodek rodzi się z położenia główkowego, pomiędzy ukończonym 37 a 42 tygodniem ciąży, po którym położnica i noworodek są w dobrym stanie [20][21][22][23].
3. Ustalenie planu opieki przedporodowej oraz planu porodu.
4. Postępowanie w I, II, III oraz IV okresie porodu –rekomendacje.
5. Kontakt mamy z dzieckiem tuż po porodzie oraz sposób przeprowadzania pierwszych oględzin noworodka:
 - zaraz po narodzinach, dziecko powinno być położone na brzuchu, osuszone i zabezpieczone przed utratą ciepła (kontakt „skóra do skóry” powinien trwać 2 godziny),
 - pępowina powinna być zaciśnięta i przecięta po ustaniu tętnienia,
 - wstępna ocena stanu noworodka na podstawie skali Apgar może być dokonana na brzuchu matki,
 - lekarz neonatolog bada noworodka w ciągu pierwszych 12 godzin życia w obecności matki.
6. Wsparcie matki w zakresie laktacji.
7. Przekazywanie noworodków z zaburzeniami, które to mogą stanowić zagrożenie dla ich życia i zdrowia, do oddziału patologii noworodka o odpowiednim poziomie referencyjnym.
8. Profilaktyka krwawienia wywołanego niedoborem witaminy K, profilaktyka zakażenia przedniego odcinka oka, rozpoczęcie profilaktyki krzywicy, szczepienia ochronne.
9. Prowadzenie badań przesiewowych u noworodka tj. fenyloketonuria, mukowiscydoza, wrodzona niedoczynność tarczycy, badania przesiewowe słuchu oraz badania pulsoksymetryczne.
10. Opieka poporodowa (nie mniej niż 4 wizyty).

Na mocy Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, porodu oraz opieki nad noworodkiem ciężarna lub kobieta rodząca powinna być kierowana do podmiotu leczniczego o poziomie referencyjnym zapewniającym opiekę perinatalną odpowiednią do jej stanu zdrowia oraz przebiegu ciąży lub porodu [17][24].

W Polsce funkcjonuje trójstopniowy system opieki. Jego głównym założeniem jest dążenie do obniżenia wskaźnika umieralności z masą ciała poniżej 1000 gram. Stwierdzenie czynników ryzyka dotyczących matki i płodu jest wskazaniem do leczenia w szpitalu o odpowiednim poziomie referencyjnym [25][26][27].

W obecnym systemie opieki zdrowotnej oddziały położnicze i noworodkowe dzieli się na trzy poziomy (III stopnie referencyjne). System trójstopniowy narzuca ujednolicone wymagania na poszczególnych poziomach oraz transport noworodka pomiędzy nimi. [20][28][29]. Zadania w opiece przedstawiają się następująco:

1. **Poziom I referencyjny** – sprawujące opiekę nad prawidłową ciążą, porodem, położeniem i zdrowym noworodkiem, ponadto gotowe do krótkotrwałego działania na wypadek wystąpienia nagłej patologii, promocja zdrowia [30][31].
2. **Poziom II referencyjny** – oprócz funkcji poziomu I, sprawujące opiekę nad patologiczną ciążą o średnim stopniu zagrożenia i średnio chorym noworodkiem.
3. **Poziom III referencyjny** – zajmujące się najcięższą patologią w regionie. W szczególności opieka nad noworodkiem z niewydolnością oddechową, niewydolnością krążenia, wymagających leczenia chirurgicznego oraz masie ciała poniżej 1250g lub urodzonych przed 32 tygodniem ciąży [32][33].

Ponadto zapewnienia opiekę noworodkom wszystkich stopni ryzyka, przyjętym lub przekazanym z ośrodków niższego poziomu. Dodatkowo pełni funkcję po przez:

- wprowadzanie nowych sposobów diagnostyki i leczenia,
- pełnienie nadzoru specjalistycznego w odniesieniu do poziomu I i II,
- prowadzenie badań naukowych, szkolenie personelu,
- prowadzenie i koordynowanie transportu specjalistycznego,

- prowadzenie baz danych,
- opracowywanie i wdrażanie programu promocji zdrowia [34].

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego określa warunki szczegółowe, jakie powinni spełniać świadczeniodawcy przy udzielaniu świadczeń gwarantowanych w trybie hospitalizacji i przedstawiają się one następująco [35]:

1. I referencyjny - Neonatologia

Lekarze:

- 1 etat – specjalista w dziedzinie neonatologii lub pediatrii.

Pielęgniarki lub położne:

- Co najmniej 0,44 etatu pielęgniarki lub położnej na jedno łóżko (stanowisko) noworodkowe, również w systemie „matka z dzieckiem”.

Organizacja udzielania świadczeń:

- zapewnienie całodobowej opieki lekarskiej we wszystkie dni tygodnia.

Wypożyczenie w sprzęt i aparaturę medyczną:

- w miejscu udzielania świadczeń: zestaw reanimacyjny, zestaw do wspomagania oddechu (CPAP), pulsoksymetr, źródło tlenu, urządzenie ssące,
- inkubatory zamknięte lub otwarte do opieki podstawowej,
- lampa do fototerapii,
- przynajmniej 6 strzykawk z jednym torem infuzyjnym albo 3 – z dwoma torami infuzyjnymi [36][37].

2. II poziom referencyjny - Neonatologia

Lekarze:

- co najmniej 1 etat specjalista w dziedzinie neonatologii.

Pielęgniarki i położne:

Zapewnienie opieki pielęgniarskiej w łącznym wymiarze:

- co najmniej 2,22 etatu pielęgniarki lub położnej na jedno stanowisko intensywnej terapii noworodka,

- co najmniej 0,89 etatu pielęgniarki lub położnej na jedno stanowisko opieki ciągłej dla noworodków po sztucznej wentylacji,
- co najmniej 0,89 etatu pielęgniarki lub położnej na jedno stanowisko opieki pośredniej dla noworodków niewymagających wsparcia oddechowego.

Organizacja udzielania świadczeń:

- zapewnienie całodobowej opieki lekarskiej we wszystkie dni tygodnia,
- co najmniej 1 etat – specjalista w dziedzinie neonatologii na 20 łóżek noworodkowych,
- 1 lekarz na 3 stanowiska intensywnej terapii noworodka – specjalista w dziedzinie neonatologii lub pediatrii,
- 1 lekarz na 6 stanowisk opieki pośredniej – specjalista w dziedzinie neonatologii lub pediatrii lub w trakcie specjalizacji z neonatologii.

Wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną:

- respirator na każde stanowisko intensywnej terapii noworodka,
- inkubator zamknięty lub otwarty na każde stanowisko intensywnej terapii noworodka,
- przynajmniej 6 strzykawek z jednym toreminfuzyjnym, albo 3 – z dwoma torami infuzyjnymi na każde stanowisko intensywnej terapii noworodka,
- jednorazowy zestaw do odbarczania odmy opłucnowej,
- jednorazowy zestaw do cewnikowania żyły pępkowej,
- lampa do fototerapii;

W lokalizacji – echokardiograf lub aparat USG z opcją kolorowego Dopplera.

Pozostałe wymagania:

- co najmniej 2 stanowiska intensywnej terapii noworodka;
- co najmniej 1 stanowisko intensywnej terapii noworodka na 800 noworodków leczonych rocznie,
- stanowiska opieki ciągłej dla noworodków po sztucznej wentylacji,
- stanowiska opieki pośredniej dla noworodków niewymagających wsparcia oddechowego.

1. III poziom referencyjny - Neonatologia

Lekarze:

- równoważnik, co najmniej 3 etatów (nie dotyczy dyżuru medycznego) – specjalista w dziedzinie neonatologii.

Pielęgniarki i położne:

- równoważnik, co najmniej 2,22 etatu pielęgniarki lub położnej na jedno stanowisko intensywnej terapii noworodka,
- równoważnik, co najmniej 1,11 etatu pielęgniarki lub położnej na jedno stanowisko opieki ciągłej dla noworodków po sztucznej wentylacji,
- równoważnik, co najmniej 1,11 etatu pielęgniarki lub położnej na jedno stanowisko opieki pośredniej dla noworodków niewymagających wsparcia oddechowego.

Organizacja udzielania świadczeń:

- zapewnienie całodobowej opieki lekarskiej we wszystkie dni tygodnia (nie może być łączona z innymi oddziałami),
- równoważnik, co najmniej 1 etatu – specjalista w dziedzinie neonatologii na 20 łóżek noworodkowych,
- 1 lekarz na 3 stanowiska intensywnej terapii noworodka – specjalista w dziedzinie neonatologii lub pediatrii, lub w trakcie specjalizacji z neonatologii,
- 1 lekarz na 6 stanowisk opieki pośredniej specjalista w dziedzinie neonatologii lub pediatrii lub w trakcie specjalizacji z neonatologii.

Wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną:

- respirator na każde stanowisko intensywnej terapii noworodka,
- inkubator zamknięty lub otwarty na każde stanowisko intensywnej terapii noworodka,
- co najmniej 6 strzykawek z jednym torem infuzyjnym albo 3 – z dwoma torami infuzyjnymi, na każde stanowisko intensywnej terapii noworodka,
- jednorazowy zestaw do odbarczenia odmy opłucnowej,
- jednorazowy zestaw do cewnikowania żyły pępkowej,
- lampa do fototerapii;

W lokalizacji – echokardiograf lub aparat USG z opcją kolorowego Dopplera.

Pozostałe wymagania:

- co najmniej 20 łóżek noworodkowych,
- co najmniej 4 stanowiska intensywnej terapii noworodka,
- co najmniej 1 stanowisko intensywnej terapii noworodka na 250 noworodków leczonych rocznie,
- wydzielone stanowiska opieki ciągłej dla noworodków po sztucznej wentylacji,
- wydzielone stanowiska opieki pośredniej dla noworodków niewymagających wsparcia oddechowego [38].

2. I poziom referencyjny - Położnictwo i ginekologia**Lekarze:**

- równoważnik, co najmniej 2 etatów (nie dotyczy dyżuru medycznego) – specjalista w dziedzinie położnictwa i ginekologii lub specjalista w dziedzinie endokrynologii ginekologicznej i rozrodczości, lub specjalista w dziedzinie perinatologii,
- równoważnik, co najmniej 1 etatu - specjalista w dziedzinie położnictwa i ginekologii lub specjalista w dziedzinie endokrynologii ginekologicznej i rozrodczości, lub specjalista w dziedzinie perinatologii oraz równoważnik, co najmniej 1 etatu - lekarz z I stopniem specjalizacji z doświadczeniem,
- równoważnik, co najmniej 1 etatu (nie dotyczy dyżuru medycznego) – specjalista w dziedzinie położnictwa i ginekologii lub specjalista w dziedzinie endokrynologii ginekologicznej i rozrodczości, lub specjalista w dziedzinie perinatologii.

Organizacja udzielania świadczeń:

- zapewnienie całodobowej opieki lekarskiej we wszystkie dni tygodnia,
- stała obecność lekarza specjalisty w dziedzinie położnictwa i ginekologii lub lekarza ze specjalizacją I stopnia w dziedzinie położnictwa i ginekologii – w miejscu udzielania świadczeń,
- stała obecność lekarza specjalisty w dziedzinie anestezjologii lub anestezjologii i reanimacji, lub anestezjologii i intensywnej terapii, lub lekarza posiadającego I stopień specjalizacji w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii – w lokalizacji,

- w systemie „matka z dzieckiem” sale chorych wyposażone w urządzenia umożliwiające mycie i pielęgnację noworodków,
- zapewnienie całodobowej opieki lekarskiej we wszystkie dni tygodnia (może być łączona z innymi oddziałami o profilu zabiegowym).

Wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną:

- kolposkop,
- aparat KTG,
- kardiomonitor,

Zapewnienie realizacji badań:

- w miejscu udzielania świadczeń – ciągłe badanie KTG przed i w trakcie porodu,
- histopatologicznych śródoperacyjnych
- dostęp ciągłe badanie KTG przed i w trakcie porodu,
- dostęp do badań histopatologicznych śródoperacyjnych.

Pozostałe wymagania:

- prowadzenie partogramu – w miejscu udzielania świadczeń,
- blok operacyjny – w lokalizacji,
- wyodrębniona sala operacyjna do cięć cesarskich w lokalizacji,
- stosowanie standardów postępowania oraz procedur medycznych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, porodu oraz opieki nad noworodkiem,
- prowadzenie partogramu – w miejscu udzielania świadczeń,
- blok operacyjny – w lokalizacji,
- wyodrębniona sala operacyjna do cięć cesarskich.

3. II poziom referencyjny - Położnictwo i ginekologia

Lekarze:

- równoważnik, co najmniej 2 etatów (nie dotyczy dyżuru medycznego) – specjalista w dziedzinie położnictwa i ginekologii.

Organizacja udzielania świadczeń:

- wyodrębniona opieka lekarska we wszystkie dni tygodnia – dwóch lekarzy,

- stała obecność lekarza specjalisty w dziedzinie położnictwa i ginekologii – w miejscu udzielania świadczeń, stała obecność lekarza specjalisty w dziedzinie anestezjologii lub anestezjologii i reanimacji, lub anestezjologii i intensywnej terapii albo lekarza posiadającego I stopień specjalizacji w dziedzinie anestezjologii, lub anestezjologii i reanimacji, lub anestezjologii i intensywnej terapii pod warunkiem zapewnienia w strukturze szpitala OAiIT oraz spełniania standardów postępowania medycznego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 22 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej [39] w lokalizacji,
- możliwość wykonania znieczulenia śródporodowego,
- w systemie „matka z dzieckiem” sale chorych wyposażone w urządzenia umożliwiające mycie i pielęgnację noworodków.

Wypożyczenie w sprzęt i aparaturę medyczną:

- w miejscu udzielania świadczeń: kolposkop, aparat KTG, kardiomonitor, aparat USG zapewniający wykonanie badań zgodnych z profilem udzielanych świadczeń,
- w lokalizacji: laparoskop, histeroskop diagnostyczno-operacyjny.

Zapewnienie realizacji badań:

- w miejscu udzielania świadczeń – ciągłe badanie KTG przed i w trakcie porodu,
- laboratoryjnych – w lokalizacji,
- histopatologicznych śródoperacyjnych.

Pozostałe wymagania:

- blok operacyjny,
- wyodrębniona sala operacyjna do cięć cesarskich,
- oddział neonatologiczny z równoważnym lub wyższym poziomem referencyjnym,
- prowadzenie partogramu – w miejscu udzielania świadczeń,
- stosowanie standardów postępowania oraz procedur medycznych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, porodu oraz opieki nad noworodkiem.

4. III poziom referencyjny - Położnictwo i ginekologia

Lekarze:

- równoważnik, co najmniej 2 etatów (nie dotyczy dyżuru medycznego) – specjalista w dziedzinie położnictwa i ginekologii.

Organizacja udzielania świadczeń:

- wyodrębniona opieka lekarska we wszystkie dni tygodnia – trzech lekarzy,
- stała obecność lekarza specjalisty w dziedzinie położnictwa i ginekologii – w miejscu udzielania świadczeń,
- stała obecność lekarza specjalisty w dziedzinie anestezjologii lub anestezjologii i reanimacji, lub anestezjologii i intensywnej terapii albo lekarza posiadającego I stopień specjalizacji w dziedzinie anestezjologii, lub anestezjologii i reanimacji lub anestezjologii i intensywnej terapii pod warunkiem zapewnienia w strukturze szpitala OAiT oraz spełniania standardów postępowania medycznego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 22 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej – w lokalizacji,
- dostępność wykonania znieczulenia śródporodowego,
- możliwość wykonywania więcej niż jednego cięcia cesarskiego jednocześnie,
- w systemie „matka z dzieckiem” sale wyposażone w urządzenia umożliwiające mycie i pielęgnację noworodków.

Wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną:

- w miejscu udzielania świadczeń: aparat KTG, kardiomonitor, kolposkop, aparat USG zapewniający wykonanie badań zgodnych z profilem udzielanych świadczeń, laparoskop, histeroskop diagnostyczno-operacyjny,
- w lokalizacji: echokardiograf lub aparat USG z opcją kolorowego Dopplera.

Zapewnienie realizacji badań:

- w miejscu udzielania świadczeń – EKG płodu lub komputerowa analiza KTG (kompleksowy system nadzoru okołoporodowego),
- w lokalizacji: laboratoryjnych, gazometrii krwi pępowinowej, diagnostyki prenatalnej (kordocenteza, biopsja trofoblastu, amniopunkcja),
- dostęp do badań: cytogenetycznych, histopatologicznych śródoperacyjnych, popłodu, fetoskopii.

Pozostałe wymagania:

- pracownia endoskopii,
 - blok operacyjny,
 - wyodrębniona sala operacyjna do cięć cesarskich,
 - oddział neonatologiczny z równoważnym poziomem referencyjnym – w lokalizacji;
 - prowadzenie partogramu – w miejscu udzielania świadczeń,
 - co najmniej 2 stanowiska IOM;
- stosowanie standardów postępowania oraz procedur medycznych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, położu oraz opieki nad noworodkiem.

Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych art. 132 określa postępowanie w sprawie zawarcia umów ze świadczeniodawcami. Podstawą udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przez Fundusz jest umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawarta pomiędzy świadczeniodawcą a dyrektorem oddziału wojewódzkiego funduszu. Postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej jest realizowane w trybie konkursu ofert lub rokowań. Rokowania rozumie się tryb zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, w którym prowadzi się postępowanie w sprawie ustalenia ceny i liczby świadczeń opieki zdrowotnej i warunków ich udzielania z taką liczbą świadczeniodawców, która zapewni wybór najkorzystniejszej oferty lub większej liczby ofert oraz sprawny przebieg postępowania, nie mniejszą jednak niż trzech, chyba, że ze względu na specjalistyczny charakter świadczeń opieki zdrowotnej lub ograniczoną dostępność do świadczeń jest mniej świadczeniodawców mogących ich udzielać. Rokowania składają się z części jawnej i niejawnej. Fundusz realizuje zasadę jawności umów poprzez zamieszczenie na swojej stronie internetowej informacji o każdej zawartej umowie, z uwzględnieniem rodzaju, liczby i ceny zakupionych świadczeń oraz maksymalnej kwoty zobowiązań funduszu wobec świadczeniodawcy wynikającej ze wszystkich zawartych umów. Postępowanie prowadzone jest na podstawie ustawy, przepisów aktów wykonawczych wydanych na podstawie upoważnień zamieszczonych w ustawie oraz niniejszego zarządzenia. Oferent obowiązany jest do przygotowania

i złożenia oferty spełniającej warunki zawierania umów, zgodnie z przepisami niniejszego zarządzenia. Warunki postępowania oraz warunki zawierania umów, a także inne dokumenty, pobierane są przez oferenta w formie elektronicznej, w miejscu i terminie określonym w ogłoszeniu o postępowaniu [40]. Postępowania przeprowadzane są przez dyrektorów oddziałów Funduszu. Oferent obowiązany jest spełniać wymagania określone w:

1. Ogłoszeniu o postępowaniu.
2. Niniejszym zarządzeniu.
3. Warunkach zawierania umów.

Oferent przygotowuje ofertę w formie pisemnej oraz w formie elektronicznej. Ponadto oferent obowiązany jest do zapoznania się z narzędziami informatycznymi określonymi przez dyrektora oddziału Funduszu w regulaminie technicznym przygotowania oferty [40].

Zakresy świadczeń, grupy świadczeń oraz świadczenia są określone w katalogu [13]:

1. Grup.
2. Świadczeń odrębnych.
3. Świadczeń do sumowania.

Umowa o udzielanie świadczeń zawierana jest w odniesieniu do jednego świadczeniodawcy w danym zakresie albo w ramach hospitalizacji, w ramach hospitalizacji planowej albo w ramach „Leczenia jednego dnia”. Ofertę składa się w oddziale Funduszu w terminie i miejscu określonym w ogłoszeniu o postępowaniu. Prezes Funduszu udostępnia propozycje dotyczące przedmiotu postępowania w sprawie zawarcia umowy, kryteriów oceny oferta i warunków wymaganych od świadczeniodawców na stronie internetowej Narodowego Funduszu Zdrowia. Świadczeniodawca odpowiada wobec świadczeniobiorcy, za jakość udzielonego świadczenia.

Podstawą rozliczeń i płatności za świadczenia opieki zdrowotnej udzielone w okresie sprawozdawczym jest rachunek wraz z raportem statystycznym. Świadczeniodawca składa do Oddziału Funduszu, z którym zawarł umowę rachunek na piśmie oraz raport statystyczny w formie elektronicznej. Dane zawarte w rachunku świadczeniodawca przekazuje również w formie elektronicznej. Każda usługa

w umowie posiada nazwę produktu kontraktowego, kod produktu kontraktowego, wyróżnik produktu. Oferent zobowiązany jest do zapoznania się z oprogramowaniem obsługującym postępowanie, przeznaczonym dla oferentów przez Oddział Funduszu.

Rozliczanie świadczeń szpitalnych jest oparte o system Jednorodnych Grup Pacjentów (JGP) – sposób rozliczania usług zdrowotnych przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Polega to na kwalifikowaniu zakończonej hospitalizacji do jednej z grup, wyodrębnionych według kryterium spójności postępowania medycznego, porównywalnego stopnia zużycia zasobów, standaryzowanego czasu pobytu i innych uznanych parametrów [7]. JPG oznacza system zwrotów kosztów leczenia pacjenta, w którym stawki za leczenie przypisane są nie konkretnym procedurom medycznym czy też określonym pobytom w szpitalu, lecz jednorodnym z uwagi na postawione rozpoznanie czy wykonane procedury medyczne, przypadkom chorobowym [41]. Polski system JGP jest oparty na finansowaniu zryczałtowanych według wyliczonych średnich kosztów jednostek chorobowych. Cena za grupę wyleczonych pacjentów jest uśredniona. W każdej grupie istnieją pacjenci, których leczenie było droższe niż cen ustalona dla danej grupy. Znajdują się również pacjenci, których leczenie było znacznie tańsze niż kwota ustalona z NFZ. Zasadą tworzenia jednorodnych grup pacjentów jest to, że każda grupa posiada charakterystykę i znaczenie kliniczne, a lekarze kojarzą ją ze zbliżonym sposobem leczenia oraz określoną charakterystyką leczonych pacjentów w odniesieniu do czasu pobytu w szpitalu, rodzaju zlecanych procedur diagnostycznych, leków, zabiegów. Grupy powinny obejmować pacjentów, których leczenie ma podobną kosztochłonność. Każda grupa jest ustalana na podstawie dostępnych danych, które odnoszą się do stanu zdrowia pacjenta lub do leczenia, które było wymagane. JGP są podzielone na klinicznie uwarunkowane sekcje (zbiory grup anatomiczno-fizjologicznych), zgodnie z ich związkiem z danym obszarem klinicznym lub dziedziną medycyny.

Główne zasady klasyfikacji grupowej polegają na przypisaniu rekordu pacjenta do określonej grupy. Przypisanie do grupy sprawozdawczego rekordu jest podstawą do przeprowadzenia rozliczenia z Narodowym Funduszem Zdrowia. W celu zakwalifikowania do danej jednorodnej grupy pacjentów wykorzystuje się program komputerowy o nazwie „GRUPER” [14]. Warunki logiczne opisane kolejnymi literami alfabetu, umożliwiające prawidłowy przebieg oceny leczenia pacjenta – grupowania,

określane są, jako kryteria grupowania i walidacji. Zasady kwalifikacji przypadku chorobowego pacjenta leczonego w czasie jednej hospitalizacji opierają się o analizę rekordu pacjenta, wskazanego przez świadczeniodawcę do rozliczenia z Narodowym Funduszem Zdrowia.

Pobyt w szpitalu pacjenta oznacza opisanie rekordu chorego, gdzie muszą być uwzględnione wszystkie świadczenia udzielone pacjentowi od momentu przyjęcia do szpitala do dnia wypisu, niezależnie od tego w ilu oddziałach szpitalnych pacjent był leczony. W tym znaczeniu hospitalizacja jest zestawem kolejnych świadczeń. Jeżeli pobyt chorego wiązał się z wykonaniem kilku procedur, które kierują do różnych JGP, to pobyt szpitalny powinien zostać przypisany do JGP wskazującej na najwyższą taryfę za leczenie.

Charakterystyka rekordu chorego zawiera zestaw danych:

- kod procedury lub procedur istotnych dla wykonania każdego świadczenia,
- kod rozpoznania głównego i kody nie więcej niż trzech rozpoznań współistniejących dla sprawozdania każdego świadczenia ICD-10,
- wiek pacjenta,
- płeć pacjenta,
- kod trybu przyjęcia pacjenta do leczenia,
- kod trybu wypisu pacjenta,
- czas udzielania świadczenia (liczba dni, przy tym pierwszy i ostatni dzień leczenia są liczone, jako jeden),
- kod komórki organizacyjnej świadczeniodawcy, gdzie udzielane są świadczenia.

Kwalifikacja poszczególnych przypadków chorobowych do jednorodnej grupy pacjentów rozpoczyna się od stwierdzenia, czy w trakcie leczenia pacjenta wystąpiła procedura zabiegowa określona wskazaniem kodu Międzynarodowej Klasyfikacji Procedur Medycznych ICD-9. Jeśli dla danego pacjenta zarejestrowano i sprawozdano tylko jedną procedurę, to właśnie ona służyć będzie do celów grupowania. Jeśli zarejestrowano więcej niż jedną procedurę, wszystkie będą rozpatrywane. Do rozliczeń wybiera się procedurę o najwyższej pozycji w hierarchii, jako dominującej procedury dla grupowania. W przypadku współwystępowania

procedur o tej samej pozycji w hierarchii, wybierana do rozliczeń jest procedura powiązana z grupą o najwyższej wartości punktowej. Grupa oparta o procedurę została jest uszeregowana na podstawie czasu pobytu w szpitalu, wiedzy klinicznej. Po rozpoznaniu kodu procedury lub rozpoznania, który będzie służył do alokacji rekordu pacjenta, otrzymuje się JGP, nazwane grupami bazowymi, do których można ten przypadek przypisać ze względu na obecność lub brak pewnych wyjątkowych czynników określanych, jako kryteria grupowania i walidacji. W leczeniu zespołów klinicznych noworodków stosuje się następujące wyznaczone kody jednorodnych grup pacjentów:

- N20 - Noworodek wymagający normalnej opieki,
- N21 - Ciężka patologia noworodka > 30 dni,
- N22 - Noworodek wymagający intensywnej terapii,
- N23 - Noworodek wymagający intensywnej opieki,
- N24 - Noworodek wymagający szczególnej opieki,
- N25 - Noworodek wymagający wzmożonego nadzoru.

Grupy JPG pacjentów stosowane w oddziałach położniczo-ginekologicznych przedstawiają się następująco:

- N01 - Poród,
- N02 - Poród mnogi lub przedwczesny,
- N03 - Patologia ciąży lub płodu z porodem > 5 dni,
- N09 - Ciężka patologia ciąży z porodem – diagnostyka rozszerzona, leczenie kompleksowe > 10 dni,
- N 11 - Ciężka patologia ciąży z porodem - diagnostyka rozszerzona, leczenie kompleksowe > 10 dni,
- N20 - Noworodek wymagający normalnej opieki [5].

Grupy niezdefiniowane zawierają rekordy pacjentów zawierające informacje o sytuacjach, w których rekord ten nie może być jednoznacznie przypisany do jakiejś grupy JGP. W procesie grupowania dodaje się procedury przyporządkowane do danej grupy.

Zgodnie z Zarządzeniem Prezesa Nr 89/2013/DSOZ Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 19 grudnia 2013 r. w sprawie określenia warunków zawierania

i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne, podstawą rozliczenia świadczeń za dany okres sprawozdawczy są jednostki rozliczeniowe odpowiadające grupom lub świadczeniom z odpowiednich katalogów, zatwierdzone w wyniku weryfikacji danych raportu statystycznego w systemie informatycznym NFZ. Zadaniem procesu grupowania pacjenta jest wskazanie JGP przy wykorzystaniu minimalnego zestawu danych zawartych w sprawozdawczym rekordzie pacjenta. Jednostką rozliczeniową świadczeń opieki zdrowotnej służącą do rozliczania umów o udzielanie świadczeń jest punkt. Poza grupami JGP obowiązują również katalogi uzupełniające zawierające wybrane świadczenia. Katalog tych świadczeń wymaga prowadzenia dodatkowej dokumentacji, oraz zamieszczania jej i przechowywania w dokumentacji chorego.

Umowy na świadczenia medyczne udzielane w trybie hospitalizacji, hospitalizacji krótkoterminowej i leczenia jednodniowego są zawierane odrębnie i tylko wariantowo. Jest to konsekwencja zmian, jakie dokonują się na rynku usług zdrowotnych. Koszty leczenia krótkoterminowego – do 72 godzin, są mniejsze od kosztów szpitala pełno profilowego, przyjmującego wszystkich pacjentów zarówno w trybie nagłym, jak i planowym. Jeszcze inaczej wyglądają koszty w zakładzie opieki zdrowotnej, tzw. chirurgii jednego dnia, wykonującego mniejsze zabiegi, które nie są związane z koniecznością hospitalizacji pacjenta powyżej 24 godzin.

W przypadku kompleksowego postępowania w chorobie nowotworowej dopuszcza się odrębne finansowanie na podstawie tej samej umowy świadczeń udzielonych w czasie jednej hospitalizacji, wskazanych w „Katalogu świadczeń” lub w „Katalogu radioterapii”, dla których wskazano taką możliwość, oraz świadczeń udzielonych na podstawie odrębnej umowy, związanych z chemioterapią, o ile stanowi ona kontynuację procesu diagnostycznego lub zabiegowego. Niedopuszczalne jest wykazanie do rozliczenia jednorodnej grupy w czasie chemioterapii, jeżeli wdrożenie leczenia chemioterapeutycznego było jedyną przyczyną przyjęcia pacjenta [41].

Do odrębnego rozliczenia w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii kwalifikują się wyłącznie świadczenia udzielone dorosłym pacjentom, którzy przynajmniej w jednym dniu pobytu w Oddział anestezjologii i intensywnej terapii OAiIT osiągnęli, co najmniej 25 pkt w skali TISS – 28 lub dla dzieci – 19 pkt w skali TISS - 28. W przypadku konieczności leczenia pacjenta w OAiIT finansowanie przez Fundusz odbywa się od trzeciego dnia jego pobytu, niezależnie od liczby punktów TISS uzyskanych przez pacjenta przez pierwsze dwa dni jego leczenia.

Świadczeniodawca jest zobowiązany do:

- stosowania zasad postępowania medycznego zgodnego z aktualnym stanem wiedzy, zawartych w standardach określonych w obowiązujących przepisach prawa oraz wytycznych, zaleceniach i rekomendacjach wydawanych przez towarzystwa naukowe zrzeszające specjalistów z właściwych dziedzin medycyny,
- systematycznego i ciągłego realizowania umowy przez cały okres jej obowiązywania,
- weryfikacji prawa świadczeniobiorcy do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie karty ubezpieczenia zdrowotnego lub innego dokumentu potwierdzającego uprawnienia do świadczeń opieki zdrowotnej, w szczególności dokumentu potwierdzającego opłacenie składek na ubezpieczenie zdrowotne,
- prowadzenia i udostępniania na żądanie Funduszu rejestru zakażeń zakładowych,
- prowadzenia dokumentacji medycznej świadczeniobiorców korzystających ze świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych przez świadczeniodawcę,
- zapewnienia całodobowej opieki lekarskiej we wszystkie dni tygodnia.

Podstawą rozliczeń i płatności za świadczenia opieki zdrowotnej udzielone w okresie sprawozdawczym jest rachunek wraz z raportem statystycznym.

1. Raport statystyczny z realizacji świadczeń podlega weryfikacji przez Oddział Funduszu.
2. Świadczeniodawca zobowiązany jest do sprawozdawania w raporcie statystycznym w szczególności następujących danych:
 - rozpoznań według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych – Rewizja Dziesiąta (ICD-10);
 - procedur medycznych według Międzynarodowej Klasyfikacji Procedur Medycznych (ICD-9) [42].

3. Świadczeniodawca zobowiązany jest do wskazania w raporcie statystycznym zakresu świadczeń, grupy z katalogu grup, według zasad określonych przez charakterystykę JGP i algorytm JGP.
4. Do wskazywania grupy świadczeniodawca może użyć własnego grupera JGP lub grupera JGP udostępnionego w postaci serwisu technicznego przez Fundusz i przeznaczonego do przetworzenia danych raportu statystycznego lub jego części.
5. Podstawą rozliczenia świadczeń za dany okres sprawozdawczy są jednostki rozliczeniowe odpowiadające grupom lub świadczeniom z odpowiednich katalogów, zatwierdzonych w wyniku weryfikacji danych raportu statystycznego, w tym przez gruper JGP w systemie informatycznym Funduszu.
6. W przypadku, gdy świadczeniodawca udziela świadczeń w SOR lub w IP, zobowiązany jest do przekazywania wraz z rachunkiem, sprawozdania wykonanych czynności.
7. W przypadku udzielania świadczeń związanych z porodem, świadczeniodawca zobowiązany jest do prowadzenia dokumentacji dodatkowej – karty obserwacji porodu (partogramu). Kartę obserwacji porodu należy włączyć do historii choroby.

Przy wykazywaniu świadczeń do rozliczenia, świadczeniodawca zobowiązany jest do przestrzegania zasad:

- w przypadku udzielenia więcej niż jednego świadczenia w czasie pobytu świadczeniobiorcy w zakładzie opieki zdrowotnej do rozliczenia należy wykazywać tylko jedną grupę albo świadczenie z katalogu świadczeń odrębnych, dopuszcza się łączne rozliczanie świadczeń z grupami albo świadczeniami szczegółowe zasady realizacji i rozliczania świadczeń związanych z chemioterapią lub terapią objętą programem terapeutycznym – lekowym, są regulowane odrębnymi przepisami,
- niedopuszczalne jest łączne rozliczanie świadczeń w rodzaju leczenie szpitalne ze świadczeniami w rodzaju ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne [42].

2 MATERIAŁ I METODYKA

2.1 CEL PRACY

Prezentowany stan prawny oraz zidentyfikowany wstępnie zakres problemowy objęty tematem badania sprawia, że autor rozprawy zaplanował dokonanie analizy organizacji i finansowania opieki nad kobietą rodzącą i noworodkiem w dwóch różnych województwach: mazowieckim oraz podkarpackim. Szczegółowe cele postawione przez autora pracy przedstawia się następująco:

1. Syntetyczna ocena organizacji opieki nad kobietą rodzącą i noworodkiem na terenie województw: mazowieckiego i podkarpackiego.
2. Porównanie wielkości środków finansowych dysponowanych do obu województw w celu zapewnienia opieki położniczo - noworodkowej.
3. Określenie spójności systemu opieki nad kobietą rodzącą i noworodkiem z uwzględnieniem danych epidemiologicznych i demograficznych mieszkańców w obu województwach.

2.2 HIPOTEZY BADAWCZE

W przyjętym dedukcyjnym modelu procesu badawczego konieczne okazało się sformułowanie wstępnych hipotez, których weryfikacja prowadzona w toku badań doprowadzi w ostatecznym kształcie do sformułowania wniosków. Założono, że rozwiązanie szczegółowych problemów badawczych, a w konsekwencji problemu ogólnego i osiągnięcia celu badań, nastąpi na drodze weryfikacji następujących hipotez:

Hipoteza pierwsza: Zarówno w województwie mazowieckim, jak i podkarpackim opieka nad kobietą rodzącą i noworodkiem funkcjonuje w oparciu o system trójstopniowy.

Hipoteza druga: Poziom finansowania opieki położniczo – noworodkowej jest wyższy w województwie mazowieckim w porównaniu do województwa podkarpackiego.

Hipoteza trzecia: Wartości kontraktów zawieranych z placówkami prowadzącymi opiekę nad kobietą rodzącą i noworodkiem w ramach umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia, nie korelują ze strukturą demograficzną mieszkańców obu województw.

Hipoteza czwarta: Liczba wysokospecjalistycznych stanowisk opieki noworodkowej w ramach ośrodków o III stopniu referencyjności, w odniesieniu do struktury demograficznej obu województw jest wyższa w województwie mazowieckim niż w podkarpackim.

2.3 PYTANIA BADAWCZE

W ramach badania postawiono następujące pytania badawcze:

1. Jakie są średnie wartości kontraktów na wszystkich 3 stopniach referencyjnych oddziałów położniczych i noworodkowych w przeliczeniu na jedno łóżko w województwie mazowieckim i podkarpackim?
2. Czy wartości kontraktów zawieranych w województwie mazowieckim i podkarpackim korelują z liczbą urodzeń oraz ze strukturą demograficzną ludności obu województw?
3. Czy liczba wysokospecjalistycznych stanowisk opieki noworodkowej w ramach ośrodków o III stopniu referencyjności w województwie mazowieckim i podkarpackim koreluje ze strukturą demograficzną obu województw?
4. Czy poziom finansowania opieki położniczo – noworodkowej w przeliczeniu na jedno łóżko w województwie mazowieckim i podkarpackim koreluje ze wskaźnikami umieralności okołoporodowej noworodków?
5. Czy poziom finansowania opieki położniczo – noworodkowej w przeliczeniu na jedno łóżko w województwie mazowieckim i podkarpackim koreluje ze wskaźnikami umieralności okołoporodowej matek?
6. Czy poziom finansowania opieki położniczo – noworodkowej w przeliczeniu na jedno łóżko w województwie mazowieckim i podkarpackim koreluje ze wskaźnikami porodów przedwczesnych?

2.4 ETAPY BADANIA

Organizacja przeprowadzonych badań została podzielona na 4 etapy:

I Etap: Identyfikacja podmiotów świadczących usługi lecznicze w zakresie położnictwa i neonatologii na terenie województwa mazowieckiego oraz podkarpackiego w latach 2010 - 2014.

II Etap: Zebranie danych dotyczących źródeł finansowania i wysokości pozyskiwanych środków na działalność leczniczą dla poszczególnych podmiotów w latach 2010 - 2014.

III Etap: Zebranie danych demograficznych i epidemiologicznych uwzględniających strukturę wiekową, oraz liczbę urodzeń i wskaźniki umieralności niemowląt w województwie mazowieckim i podkarpackim w latach 2010 - 2014.

IV Etap: Analiza porównawcza danych i określenie współczynników korelacji pomiędzy wskaźnikami: umieralności niemowląt, umieralności matek, oraz porodów przedwczesnych, a poziomem finansowania opieki nad kobietą rodzącą i noworodkiem w badanych województwach w latach 2010 - 2014.

2.5 METODY POZYSKIWANIA MATERIAŁÓW ŹRÓDŁOWYCH

Dane źródłowe w zakresie dotyczącym struktury demograficznej ludności zamieszkującej województwa mazowieckie i podkarpackie, oraz liczby urodzeń w przedmiotowych województwach zostały pozyskane z Głównego Urzędu Statystycznego. Materiały pobrano z oficjalnej strony internetowej GUS: <http://stat.gov.pl/>. Analizowany materiał dotyczył stanu w latach 2010 – 2014. Dodatkowo bazowano na danych Narodowego Funduszu Zdrowia, dostępnych na stronie internetowej www.nfz.gov.pl. Na wstępie pozyskano informacje dotyczące aktualnej sytuacji demograficznej i epidemiologicznej w województwach podkarpackim i mazowieckim oraz z terenu całej Polski. Następnie dokonano identyfikacji podmiotów leczniczych z podziałem na poszczególne stopnie referencyjności w badanych województwach.

W dalszej części zebrano dane dotyczące sumarycznych kwot oraz liczby kontraktów dla poszczególnych produktów w badanych województwach. Dane te dotyczyły zarówno położnictwa, jak i neonatologii. Dokonano zbioru danych obrazujących stan ilościowy łóżek w poszczególnych podmiotach leczniczych w województwie mazowieckim oraz podkarpackim. Ponadto skompletowano dane dotyczące urodzeń żywych, zgonów związanych z ciążą, porodem oraz położeniem. Koniecznym było pobranie informacji dotyczących zgonów według przyczyn, liczby urodzeń żywych poniżej 2500g na terenie województwa mazowieckiego i podkarpackiego oraz na terenie Polski.

Kompletując materiał wykorzystano następujące bazy danych:

- Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia,

- Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych,
- Mazowiecki Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia,
- Mazowiecki Urząd Wojewódzki w Warszawie, Wydział Zdrowia, Wydział Kontroli,
- Podkarpacki Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia,
- Podkarpacki Urząd Wojewódzki w Rzeszowie, Wydział Zdrowia,
- Raporty konsultantów wojewódzkich w dziedzinie położnictwa i ginekologii, neonatologii, pediatrii, pielęgniarstwa ginekologicznego i położniczego, pielęgniarstwa pediatrycznego. Narodowy Program Zdrowia na lata 2007-2015.

2.6 KRYTERIA SELEKCJI DOKUMENTÓW

Jako materiały służące analizie danych wykorzystano jedynie dokumenty dostępne na oficjalnych stronach internetowych instytucji je publikujących, posiadające certyfikację, jakości oraz legalności.

2.7 OPIS MATERIAŁU

Opracowanie niniejszego tematu poprzedzono analizą aktualnej sytuacji demograficznej i epidemiologicznej w badanych województwach: podkarpackim i mazowieckim. **W pierwszym etapie pozyskiwania danych źródłowych, dokonano identyfikacji podmiotów leczniczych w badanych województwach z podziałem na stopnie referencyjności.** Podmioty świadczące usługi w zakresie opieki położniczej oraz noworodkowej w województwach: mazowieckim i podkarpackim przedstawiają poniższe tabele:

Tabela 1. Szpitale III stopień referencyjności woj. mazowieckie.

Nazwa szpitala	Oddział	Adres
SZPITAL KLINICZNY IM. KS. ANNY MAZOWIECKIEJ	ODDZIAŁ GINEKOLOGII	00-315 Warszawa, Karowa 2
SAMODZIELNY PUBLICZNY SZPITAL KLINICZNY IM. PROF. WITOLDA ORŁOWSKIEGO	ODDZIAŁ KLINICZNY GINEKOLOGII	00-416 Warszawa, Czerniakowska 231

Nazwa szpitala	Oddział	Adres
CENTRUM MEDYCZNEGO KSZTAŁCENIA PODYPLOMOWEGO W WARSZAWIE	I POŁOŻNICTWA	
CENTRUM MEDYCZNE "ŻELAZNA" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ	ODDZIAŁ POŁOŻNICZO-GINEKOLOGICZNY	01-004 Warszawa, Żelazna 90
INSTYTUT MATKI I DZIECKA	ODDZIAŁ GINEKOLOGICZNY	01-211 Warszawa, Kasprzaka 17 A
SZPITAL BIELAŃSKI IM.KS.JERZEGO POPIELUSZKI SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ	ODDZIAŁ GINEKOLOGICZNO-POŁOŻNICZY	01-809 Warszawa, ul. Ceglowska 80
UNIwersyteckie Centrum Zdrowia Kobiety i Noworodka Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego Sp.z o.o	ODDZIAŁ POŁOŻNICZY	02-015 Warszawa, pl. Sokratesa Starynkiewicza 1/3
CENTRALNY SZPITAL KLINICZNY MSW W WARSZAWIE	KLINIKA POŁOŻNICTWA, CHOROÓB KOBIECYCH I GINEKOLOGII ONKOLOGICZNEJ (POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA)	02-507 Warszawa, Wołoska 137
MAZOWIECKI SZPITAL BRÓDNOŃSKI W WARSZAWIE SP. Z O.O.	ZESPÓŁ ODDZIAŁÓW GINEKOLOGICZNO-POŁOŻNICZYCH (ODDZIAŁ GINEKOLOGICZNO-POŁOŻNICZY)	03-242 Warszawa, Kondratowicza 8

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ i GUS – <http://www.nfz.gov.pl>; <http://stat.gov.pl/>

Tabela 2. Szpitale II stopień referencyjności woj. mazowieckie.

Nazwa szpitala	Oddział	Adres
SZPITAL SPECJALISTYCZNY "INFLANCKA" IM. KRYSI NIŻYŃSKIEJ "ZAKURZONEJ" W WARSZAWIE SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ	SZPITAL SPECJALISTYCZNY INFLANCKA - ODDZIAŁ GINEKOLOGICZNO-POŁOŻNICZY	00-189 Warszawa, Inflancka 6
SZPITAL SOLEC SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ	ODDZIAŁ GINEKOLOGICZNO - POŁOŻNICZY	00-382 Warszawa, Solec 93
SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM. ŚWIĘTEJ RODZINY SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ	ODDZIAŁ GINEKOLOGII	02-544 Warszawa, Madalińskiego 25
MIĘDZYLESKI SZPITAL	ODDZIAŁ	04-749 Warszawa,

Nazwa szpitala	Oddział	Adres
SPECJALISTYCZNY W WARSZAWIE	GINEKOLOGICZNO-POŁOŻNICZY	Bursztynowa 2
SZPITAL POWIATOWY W WOŁOMINIE - SAMODZIELNY ZESPÓŁ PUBLICZNYCH ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ	ODDZIAŁ GINEKOLOGICZNO-POŁOŻNICZY	05-200 Wołomin, Gdyńska 1/3
SPECJALISTYCZNY SZPITAL WOJEWÓDZKI W CIECHANOWIE	ODDZIAŁ POŁOŻNICZO - GINEKOLOGICZNY	06-400 Ciechanów, Powstańców Wielkopolskich 2
SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ W WYSZKOWIE	ODDZIAŁ GINEKOLOGICZNO-POŁOŻNICZY	07-200 Wyszaków, Komisji Edukacji Narodowej 1
MAZOWIECKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM. DR JÓZEFA PSARSKIEGO W OSTROŁĘCE	ODDZIAŁ POŁOŻNICZO-GINEKOLOGICZNY	07-410 Ostrołęka, Al. Jana Pawła II 120A
SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W SIEDLCACH	ODDZIAŁ GINEKOLOGICZNO - POŁOŻNICZY	08-110 Siedlce, Kilińskiego 29
MAZOWIECKI SZPITAL WOJEWÓDZKI W SIEDLCACH SP. Z O.O.	ODDZIAŁ POŁOŻNICZO-GINEKOLOGICZNY	08-110 Siedlce, Poniatowskiego 26
SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W SOKOŁOWIE PODLASKIM	ODDZIAŁ GINEKOLOGICZNO-POŁOŻNICZY	08-300 Sokołów Podlaski, Ks. J. Bosko 5
WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOLONY W PŁOCKU	ODDZIAŁ GINEKOLOGICZNO-POŁOŻNICZY	09-400 Płock, Medyczna 19
RADOMSKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM.DR TYTUSA CHAŁUBIŃSKIEGO	ODDZIAŁGINEKOLOGICZNO-POŁOŻNICZY Z ODCINKIEM CHIRURGII GINEKOLOGICZNEJ JEDNEGO DNIA	26-610 Radom, Lekarska 4
MAZOWIECKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ	ODDZIAŁ GINEKOLOGICZNO-POŁOŻNICZY	26-617 Radom, Juliana Aleksandrowicza 5

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ i GUS – <http://www.nfz.gov.pl>; <http://stat.gov.pl/>

Tabela 3. Szpitale I stopień referencyjności woj. mazowieckie.

Nazwa szpitala	Oddział	Adres
SZPITAL PRASKI P.W. PRZEMIENIENIA PAŃSKIEGO	ODDZIAŁ GINEKOLOGII I POŁOŻNICTWA	03-401 Warszawa, Al. Solidarności 67
NOWODWORSKIE CENTRUM MEDYCZNE W NOWYM DWORZE MAZOWIECKIM	ODDZIAŁ GINEKOLOGICZNO POŁOŻNICZY	05-100 Nowy Dwór Mazowiecki, Miodowa 2

Nazwa szpitala	Oddział	Adres
SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ	ODDZIAŁ GINEKOLOGICZNO-POŁOŻNICZY	05-300 Mińsk Mazowiecki, Szpitalna 37
POWIATOWE CENTRUM ZDROWIA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ	ODDZIAŁ GINEKOLOGICZNO-POŁOŻNICZY	05-400 Otwock, Batorego 44
NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ SZPITAL ŚW. ANNY W PIASECZNE	Brak danych	05-500 Piaseczno, Mickiewicza 39
SZPITAL SPECJALISTYCZNY / ZESPÓŁ PORADNI SPECJALISTYCZNYCH I RATOWNICTWA MEDYCZNEGO	ODDZIAŁ GINEKOLOGICZNO-POŁOŻNICZY	05-600 Grójec, Ks. Piotra Skargi 10
SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ W PRUSZKOWIE	ODDZIAŁ GINEKOLOGICZNY I POŁOŻNICZO NOWORODKOWY	05-800 Pruszków, Armii Krajowej 2/4
SZPITAL POWIATOWY W PUŁTUSKU SPÓŁKA Z O.O.	ODDZIAŁ POŁOŻNICZO - GINEKOLOGICZNY	06-102 Pułtusk, Teofila Kwiatkowskiego 19
SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ - ZESPÓŁ ZAKŁADÓW	ODDZIAŁ GINEKOLOGICZNO-POŁOŻNICZY	06-200 Maków Mazowiecki, Witosa 2
SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ W PRZASNYSZU	ODDZIAŁ POŁOŻNICZO- GINEKOLOGICZNY	06-300 Przasnysz, Sadowa 9
SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W MŁAWIE	ODDZIAŁ GINEKOLOGICZNO - POŁOŻNICZY (Z SALĄ PORODOWĄ)	06-500 Mława, Dr Anny Dobrskiej 1
SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W WĘGROWIE	ODDZIAŁ GINEKOLOGICZNO-POŁOŻNICZY	07-100 Węgrów, Kościuszki 15
NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ GIN-MEDICUS SP. Z O.O.	ODDZIAŁ GINEKOLOGICZNO-POŁOŻNICZY	07-200 Wyszków, Sowińskiego 57 57
SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ W OSTROWI MAZOWIECKIEJ	ODDZIAŁ GINEKOLOGICZNO-POŁOŻNICZY	07-300 Ostrow Mazowiecka, Dubois 68
SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W GARWOLINIE	ODDZIAŁ GINEKOLOGICZNO-POŁOŻNICZY	08-400 Garwolin, Lubelska 50
SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ ZAKŁADÓW OPIEKI	SZPITAL-ODDZIAŁ POŁOŻNICZO-	09-100 Płońsk, Henryka

Nazwa szpitala	Oddział	Adres
ZDROWOTNEJ IM. MARSZAŁKA JÓZEFA PIŁSUDSKIEGO W PŁOŃSKU	GINEKOLOGICZNY	Sienkiewicza 7
SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ W SIERPCU	ODDZIAŁ GINEKOLOGICZNO- POŁOŻNICZY	09-200 Sierpc, Juliusza Słowackiego 32
SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ W ŻUROMINIE	ODDZIAŁ GINEKOLOGII I POŁOŻNICTWA	09-300 Żuromin, Szpitalna 56
NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "PŁOCKI ZOZ"	ODDZIAŁ GINEKOLOGICZNO - POŁOŻNICZY	09-402 Płock, Tadeusza Kościuszki 28
ARION MED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ	ODDZIAŁ GINEKOLOGICZNO - POŁOŻNICZY	20-827 Lublin, Zbożowa 22D
SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W NOWYM MIEŚCIE NAD PILICĄ	ODDZIAŁ GINEKOLOGICZNO- POŁOŻNICZY	26-420 Nowe Miasto Nad Pilicą, Tomaszowska 43 43
SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ W PIONKACH	ODDZIAŁ GINEKOLOGICZNO- POŁOŻNICZY	26-670 Pionki, Sienkiewicza 29
SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ W KOZIENICACH	ODDZIAŁ GINEKOLOGICZNO- POŁOŻNICZY	26-900 Kozienice, Al. Wł. Sikorskiego 10
SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ - SZPITAL W IŁŻY	ODDZIAŁ GINEKOLOGII I POŁOŻNICTWA Z OPIEKĄ NAD NOWORODKIEM (ROOMING-IN)	27-100 Iłża, Bodzentyńska 17
SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ W LIPSKU	ODDZIAŁ GINEKOLOGICZNO- POŁOŻNICZY	27-300 Lipsko, Jędrzeja Śniadeckiego 2
CENTRUM ZDROWIA MAZOWSZA ZACHODNIEGO SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ	ODDZIAŁ GINEKOLOGICZNO- POŁOŻNICZY	96-300 Żyrardów, B. Limanowskiego 30/.
ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ "SZPITALA POWIATOWEGO" W SOCHACZEWIE	ODDZIAŁ GINEKOLOGICZNO- POŁOŻNICZY	96-500 Sochaczew, Batalionów Chłopskich 3/7

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ i GUS – <http://www.nfz.gov.pl>;

<http://stat.gov.pl/>

Tabela 4. Szpitale III stopień referencyjności woj. podkarpackie.

Nazwa szpitala	Oddział	Adres
SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ NR 1 W RZESZOWIE	TRAKT PORODOWY	35-051 Rzeszów, Czackiego 2
WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM. FRYDERYKA CHOPINA	Kliniczny Oddział Ginekologii i Położnictwa	35-055 Rzeszów, Szopena 2
SZPITAL WOJEWÓDZKI NR 2 IM. ŚW. JADWIGI KRÓLOWEJ W RZESZOWIE	Oddział Ginekologii i Położnictwa	35-301 Rzeszów, Lwowska 60
SZPITAL SPECJALISTYCZNY PRO FAMILIA T.WAPIŃSKI, Z.SOBIESZCZAŃSKI I WSPÓLNICY SPÓŁKA JAWNA	Oddział Ginekologiczno - Położniczy	35-302 Rzeszów, Witolda 6B

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ i GUS – <http://www.nfz.gov.pl>; <http://stat.gov.pl/>

Tabela 5. Szpitale II stopień referencyjności woj. podkarpackie.

Nazwa szpitala	Oddział	Adres
SZPITAL SPECJALISTYCZNY W BRZOSZOWIE PODKARPACKI OŚRODEK ONKOLOGICZNY IM. KS. B. MARKIEWICZA	Oddział Ginekologiczno – Położniczy	36-200 Brzozów, Ks. J. Bielawskiego 18
CENTRUM OPIEKI MEDYCZNEJ W JAROSŁAWIU	Oddział Położniczo – Ginekologiczny	37-500 Jarosław, 3 Maja 70
WOJEWÓDZKI SZPITAL IM. ŚW.OJCA PIO W PRZEMYŚLU	Oddział Ginekologiczno - Położniczy	37-700 Przemyśl, Monte Cassino 18
SZPITAL SPECJALISTYCZNY W JAŚLE	Oddział Ginekologiczno- Położniczy	38-200 Jasło, Lwowska 22
WOJEWÓDZKI SZPITAL PODKARPACKI IM. JANA PAWŁA II W KROŚNIE	Oddział Ginekologiczno- Położniczy	38-400 Krosno, Korczyńska 57
SZPITAL POWIATOWY IM. EDMUNDA BIERNACKIEGO W MIELCU	Oddział Ginekologiczno- Położniczy	39-300 Mielec, Żeromskiego 22
WOJEWÓDZKI SZPITAL IM. ZOFII Z ZAMOYSKICH TARNOWSKIEJ W TARNOBRZEGU	Oddział Położniczo- Ginekologiczny i Patologii Ciąży	39-400 Tarnobrzeg, Szpitalna 1

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ i GUS – <http://www.nfz.gov.pl>; <http://stat.gov.pl/>

Tabela 6. Szpitale I stopień referencyjności woj. podkarpackie.

Nazwa szpitala	Oddział	Adres
SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ	Oddział Ginekologiczno-Położniczy	36-100 Kolbuszowa, Grunwaldzka 4
CENTRUM MEDYCZNE W ŁAŃCUCIE	Oddział Ginekologiczno-Położniczy	37-100 Łańcut, Paderewskiego 5
SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ	Oddział Ginekologiczno-Położniczy	37-200 Przeworsk, Szpitalna 16
SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W LEŻAJSKU	Oddział Ginekologiczno-Położniczy	37-300 Leżajsk, Leśna 22
SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ	Oddział Ginekologiczno-Położniczy	37-400 Nisko, Kościuszki 1
SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ POWIATOWY SZPITAL SPECJALISTYCZNY W STAŁOWEJ WOLI	Oddział Ginekologiczno-Położniczy	37-450 Stalowa Wola, Staszica 4
SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ	Oddział Ginekologiczno - Położniczy	37-600 Lubaczów, Mickiewicza 168
ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W STRYŻÓWIE	Oddział Ginekologii i Położnictwa	38-100 Strzyżów, Dąbrowskiego 10
SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W SANOKU	Oddział Położniczy	38-500 Sanok, 800-Lecia 26
SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W LESKU	Oddział Ginekologiczno-Położniczy	38-600 Lesko, Kazimierza Wielkiego 4
SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W USTRZYKACH DOLNYCH	Oddział Ginekologiczno-Położniczy	38-700 Ustrzyki Dolne, 29 Listopada 57
ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W DĘBICY	Oddział Ginekologiczno - Położniczy	39-200 Dębica, Krakowska 91
SZPITAL POWIATOWY	Oddział Ginekologiczno-Położniczy	39-460 Nowa Dęba, M.c.skłódowskiej 1A

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ i GUS – <http://www.nfz.gov.pl/>; <http://stat.gov.pl/>

Drugi etap pozyskiwania danych polegał na stwierdzeniu stanu ilościowego łóżek w poszczególnych podmiotach leczniczych w województwie mazowieckim oraz podkarpackim. Materiały te przedstawiają się następująco:

- **Położnictwo - województwo mazowieckie**, w tym zakresie świadczenia udzielane były przez 53 podmioty lecznicze z ogólną liczbą łóżek – 2168. Kontrakty z Narodowym Funduszem Zdrowia posiadało 49 podmiotów z liczbą łóżek – 2124.

W tym:

- 8 podmiotów leczniczych – III poziom referencji – 483 łóżka,
- 14 podmiotów leczniczych – II poziom referencji – 711 łóżek,
- 27 podmiotów leczniczych – I poziom referencji – 930 łóżek.

- **Neonatologia – województwo mazowieckie**, świadczenie w oparciu o kontrakty z Narodowym Funduszem Zdrowia udzielało 50 podmiotów – 1311 łóżek:

- 10 podmiotów leczniczych – III poziom referencji – 453 łóżka,
- 13 podmiotów leczniczych – II poziom referencji – 370 łóżek,
- 27 podmiotów leczniczych – I poziom referencji – 488 łóżek.

- **Położnictwo - województwo podkarpackie**, w zakresie położnictwa świadczenia lecznicze udzielane były przez 24 podmioty lecznicze posiadające kontrakty z Narodowym Funduszem Zdrowia z ogólną liczbą łóżek – 1102.

W tym:

- 4 podmioty lecznicze – III poziom referencji – 289 łóżek,
- 7 podmiotów leczniczych – II poziom referencji- 365 łóżek,
- 13 podmiotów leczniczych – I poziom referencji- 448 łóżek.

- **Neonatologia – województwo podkarpackie**, świadczenie w oparciu o kontrakty z Narodowym Funduszem Zdrowia udzielały 24 podmioty z ogólną liczbą łóżek- 481:

- 4 podmioty lecznicze – III poziom referencji – 146 łóżek,
- 7 podmiotów leczniczych – II poziom referencji- 144 łóżka,

- 13 podmiotów leczniczych – I poziom referencji – 191 łóżek.

W trzecim etapie zbierania materiałów źródłowych pozyskano dane dotyczące sumarycznych kwot kontraktów dla poszczególnych produktów. Dane te przedstawiają się następująco:

Województwo mazowieckie:

Tabela 7. Sumaryczna kwota kontraktu dla produktu – Neonatologia I poziom referencyjny.

Lp.	SZPITAL	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
1	Szpital Praski P.W. Przemienienia Pańskiego w Warszawie	1224	2602428	2617371	3058848	2781324	2595297,12	2533024
2	Nowodworskie Centrum Medyczne w Nowym Dworze Mazowieckim	1111596	1338801	1208241	1154244	1020448	870844	816192
3	Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Mińsku Mazowieckim	1927086	2018631	1524339	2437136	3255928	3102268	2992548
4	Powiatowe Centrum Zdrowia Spółka z Ograniczoną Odpowiedzialnością w	1931625	1722678	1713855	316316	2122432	2126676,76	2031848
5	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Św. Anny w Piasecznie	0	0	2082228	2588133,6	2059304	2069860	1894516
6	Szpital Specjalistyczny / Zespół Poradni Specjalistycznych i Ratownictwa N	0	446301	1101498	1206864	1161004	1100684	1095328
7	Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Pruszkowie	645252	1046163	938502	1044836	1071668	1172132	1024192
8	Szpital Powiatowy w Pułtusk Spółka z O.O.	730269	722109	739194	1200316	364232,44	687360,44	673088
9	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej - Zespół Zakładów w Ma	829260	780861	643110	745732	528268	512044	467688
10	Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Przasnyszu	1340739	1382253	1358181	1720420	1974804	1804348	1709136
11	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Mławie	878424	953343	853944	801060	823212	842060,44	862888
12	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Węgrowie	750720	736083	870519	166708	851500	782912	787852
13	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Gin-Medicus Sp. Z O.O. w Wyszk	489804	899793	833034	1366820	1776736	1879956	1821508
14	Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej W Ostrowi M	1015002	1130874	1019592	939172	922064	855556	816660
15	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej W Garwolinie	1924638	2052291	2027199	1870596	1563484	1681212	1655836
16	Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej im. Marszałka	1670046	1828962	1662549	1602328	1583868	1835860	1666132
17	Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Sierpcu	755004	945132	738939	948927,2	916084	994682	794092
18	Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Żurominie	532848	527391	550596	520052	506116	461656	456456
19	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Płocki ZOZ" w Płocku	2025669	2002005	2931786	3648788	3505292,44	3434756	3146052
20	Arion Med Spółka z Ograniczoną Odpowiedzialnością w Lublinie	0	0	0	23816	530660	630552	665704
21	Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Pionkach	0	0	0	0	0	0	0
22	Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Koźniewicach	1550400	1828350	2121906	2037048	2369900	2276976	2080676
23	Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej - Szpital w Iłży	0	0	0	0	0	0	0
24	Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Lipsku	267546	338589	343995	434616	405288	414128	419432
25	Centrum Zdrowia Mazowska Zachodniego Spółka z O.O. w Żyrardowie	1103997	1086810	659481	78894,4	1060788,7	896428	819572
26	Zespół Opieki Zdrowotnej "Szpitala Powiatowego" w Sochaczewie	1075998	1409232	1394544	1453556	1251380	1383772	1276912
27	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Nowym Mieście Nad	253470	265608	225879	241176	248560	270556	268892

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ – <http://www.nfz.gov.pl>.

Tabela 8. Sumaryczna kwota kontraktu dla produktu – Neonatologia II poziom referencyjny.

Lp.	SZPITALE	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
1	Mazowiecki Szpital Wojewódzki w Siedlcach	2931531,00	3508596,00	3350241,00	2983760,00	2986611,68	3287284,00	2959320,00
2	Wojewódzki Szpital Zespolony w Płocku	4661298,00	4054959,00	4549149,00	4948840,00	4897679,29	4177423,12	3863704,00
3	Szpital Specjalistyczny Inflancka im Krysi Niżyńskiej "Zakurzonej" w W-wie	5699862,00	5876577,00	7355526,00	9828134,68	11261839,68	9725926,08	8826896,00
4	Samodzielny publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Solec	1748994,00	2719881,00	2506038,00	241176,00	3265184,00	2866916,00	2903264,00
5	Szpital Specjalistyczny im Świętej Rodziny SPZOZ W-wa (Madalińskiego)	14298814,00	15247281,00	14676203,00	13304339,00	15568894,05	14309577,86	13422344,00
6	Międzyleski Szpital Specjalistyczny w Warszawie (Bursztynowa)	1631745,00	221952,00	1879758,00	2202668,00	42158,00	2176616,00	1918644,00
7	Szpital Powiatowy w Wołominie Samodzielny Zespół Publicznych Zakładó	2937141,00	3123750,00	3819186,00	1419080,00	4326972,00	3880188,00	3767764,00
8	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Siedlcach	3338205,00	3212286,00	3400833,00	3715504,00	4023701,76	3243594,12	3039608,00
9	Specjalistyczny Szpital Wojewódzki w Ciechanowie	5307978,00	5431908,00	5003253,00	4760964,00	4966753,48	4950362,56	4886700,00
10	Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Wyszkowie	2998035,00	2789139,00	2865690,00	3156140,00	3567200,00	3477838,00	3538600,00
11	Mazowiecki Szpital im dr Józefa Psarskiego w Ostrołęce	5576289,00	6042990,00	6676002,00	7182382,00	7586756,84	7350803,20	7319000,00
12	Mazowiecki Szpital Specjalistyczny Spółka z Ograniczoną Odpowiedzialno	4458828,00	4360194,00	4133295,00	545309,92	4204255,12	4111162,64	4123652,00
13	Radomski Szpital Specjalistyczny im dr Tytusa Chałubińskiego	4418385,00	4732851,00	4420629,00	5038129,72	4642031,68	4395300,00	4184752,00

Zródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ – <http://www.nfz.gov.pl>.

Tabela 9. Sumaryczna kwota kontraktu dla produktu – Neonatologia III poziom referencyjny.

Lp.	SZPITALE	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
1	Instytut Matki Dziecka	12036714,00	12879081,00	11077404,00	11658712,00	11077534,00	9251840,00	8933028,00
2	Wojewódzki Szpital Bródnowski Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdr	5866683,00	4905384,00	5943285,00	6909312,80	6305646,36	5712564,00	5190380,00
3	Szpital Kliniczny im Ks. Anny Mazowieckiej -Karowa	27035406,00	28070365,32	24955371,00	25765740,00	25469777,84	22873429,28	22108476,00
4	Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny im. Prof. Witolda Czerniakowska	9311580,00	8937750,00	8766033,00	9447048,00	10217948,00	10393894,68	9247784,00
5	Centralny Szpital Kliniczny MSW Wołoska		4841736,00	4451127,00	4761432,00	4375993,44	4504344,00	4427436,00
6	Centrum Medyczne "Żelazna"	12854703,00	13391937,00	13957782,00	14030910,40	16008485,90	19300632,00	18329948,00
7	Uniwersyteckie Centrum Zdrowia Kobiety i Noworodka-Starynkiewicza	8282706,00	8327484,00	7801164,00	8373612,00	8426717,52	9367540,00	8147152,00
8	Szpital Bielański	5771058,00	7518573,00	7840817,35	8857481,88	9466952,56	9722835,72	9442160,00
9	Instytut "POMNIK - Centrum Zdrowia Dziecka" w Warszawie	10076733,00	15125784,00	14547719,40	14475460,48	14979380,00	15370497,49	14895726,32
10	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Sokołowie Podlaskim	2814741,00	2800359,00	3089007,27	2472340,00	3276104,00	3351400,52	3325348,00

Zródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ – <http://www.nfz.gov.pl>.

Tabela 10. Sumaryczna kwota kontraktu dla produktu – Położnictwo i Ginekologia I poziom referencyjny.

Lp.	SZPITALE	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
1	Szpital Praski P.W. Przemienienia Pańskiego w Warszawie	5715162,00	5686806,00	5473009,92	16603875,60	6639059,44	4226976,00	4107584,00
2	Nowodworskie Centrum Medyczne W Nowym Dworze Mazowieckim	3002166,00	3004002,00	2743421,58	2743260,00	1687556,00	2081664,00	2017392,00
3	Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Mińsku Mazowieckim	6406722,00	6477663,00	6128517,00	3554582,64	6132102,08	4420969,08	4414384,00
4	Powiatowe Centrum Zdrowia Spółka z Ograniczoną Odpowiedzialnością w	3925521,00	3590043,00	3555615,96	509080,00	4029272,00	3637296,00	4056936,00
5	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Św. Anny w Piasiecznie	0,00	0,00	3556521,72	4194216,00	3581151,09	3834688,00	3566004,00
6	Szpital Specjalistyczny / Zespół Poradni Specjalistycznych i Ratownictwa N	0,00	1196094,84	3411594,00	3077759,84	3006380,00	2982148,00	2938104,00
7	Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Pruszkowie	5587407,00	5510040,00	5205570,00	5385769,48	5159318,32	4774817,84	4358203,20
8	Szpital Powiatowy w Pułtusk Spółka z O.O.	1543923,00	1564527,00	1502562,00	2010528,00	635492,00	1539142,28	1560468,00
9	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej - Zespół Zakładów w Ma	1923516,00	1807085,04	1769241,00	1971841,05	1644633,65	1467182,60	1403896,00
10	Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Przasnyszu	4077858,00	3986925,00	4168077,00	3781648,00	3633136,01	3832238,80	3750916,00
11	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Mławie	3249618,00	3484167,00	3300057,00	3096340,00	4516856,26	2925413,92	2948452,00
12	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Węgrowie	2585139,00	2484414,00	2679693,00	2556632,00	1630876,00	2308592,00	1482843,00
13	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Gin-Medicus Sp. Z O.O. w Wyszk	1731297,00	2096406,00	765733,00	1665664,00	1744960,88	1853020,00	1903356,00
14	Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej W Ostrowi M	3475599,00	3429484,80	3191438,22	3258944,00	3061488,04	2923620,96	2944656,00
15	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej W Garwolinie	4267017,00	4264263,00	4215319,32	4280068,00	4039152,00	4051944,00	3979456,00
16	Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej im. Marszałka	2164289,00	2864364,00	2573511,00	2960964,24	2816844,68	2883556,00	2735772,00
17	Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Sierpcu	2424387,00	2197182,00	1755777,00	2078046,88	1977377,48	11259348,00	1657812,00
18	Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Żurominie	1693608,00	1701972,00	1753584,00	1674296,00	1464138,00	1475032,00	1458184,00
19	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Płocki ZOZ" w Płocku	7047435,00	7335381,00	7797135,00	8480033,12	7156147,96	7112560,00	6566664,00
20	Arion Med Spółka z Ograniczoną Odpowiedzialnością w Lublinie	0,00	0,00	0,00	146224,00	2247228,88	2013308,44	2200380,00
21	Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Pionkach	1887561,00	1942743,00	1835694,00	2105012,00	2087887,36	2106624,00	2040116,00
22	Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Kozienicach	3070098,00	3077748,00	2384746,74	2591609,28	2628866,76	2700932,00	2541344,00
23	Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej - Szpital w Iłży	2373642,00	2233596,00	2121753,00	2141496,76	2111720,00	2051827,96	2073084,00
24	Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Lipsku	2091153,00	2264196,00	1987215,00	1962480,00	1665843,92	1549749,76	1667068,00
25	Centrum Zdrowia Mazowska Zachodniego Spółka z O.O. w Żyrardowie	3247068,00	3110834,76	1924209,60	299728,00	2703931,36	2798347,24	2588976,00
26	Zespół Opieki Zdrowotnej "Szpitala Powiatowego" w Sochaczewie	3171843,00	3083103,00	2453202,00	2527772,00	2500508,81	1510662,88	2650908,00
27	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Nowym Mieście nad	1153977,00	1151988,00	1220328,00	1282476,00	1213008,16	1164852,00	1145092,00

Zródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ – <http://www.nfz.gov.pl>.

Tabela 11. Sumaryczna kwota kontraktu dla produktu – Położnictwo i Ginekologia II poziom referencyjny.

Lp.	SZPITALE	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
1	Mazowiecki Szpital Wojewódzki w Siedlcach	3797001,00	3111510,00	5259630,00	4766632,00	4559880,53	4596020,00	4009720,00
2	Wojewódzki Szpital Zespolony w Płocku	7254189,00	6772902,00	6940590,00	7132580,00	6429436,00	7072051,48	6744192,00
3	Szpital Specjalistyczny Inflancka im Krysi Niżyńskiej "Zakurzonej" w W-wie	14355225,00	13468845,00	13617598,23	12710193,08	13555971,00	14927793,92	14053676,00
4	Samodzielny publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Solec	3551283,00	4869429,00	4703081,28	372996,00	4410861,53	4496111,35	3997708,00
5	Szpital Specjalistyczny im Świętej Rodziny SPZOZ W-wa (Madalińskiego)	15804645,00	16699797,00	16345955,94	15114372,00	17022980,00	16805387,04	9529260,00
6	Międzyleski Szpital Specjalistyczny w Warszawie (Bursztynowa)	3764973,00	3335196,00	4019463,00	3998228,00	3482180,00	3742388,00	3397420,00
7	Szpital Powiatowy w Wołominie Samodzielny Zespół Publicznych Zakładó	5817264,00	5782941,00	5574657,00	1798940,00	5024916,00	4858100,00	4575740,00
8	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Siedlcach	3787923,00	3712290,00	3673122,00	3860116,00	2760673,00	3767660,00	3621592,00
9	Specjalistyczny Szpital Wojewódzki w Ciechanowie	7078035,00	6944670,00	7188144,00	7046289,64	6297626,00	6024176,00	6119412,00
10	Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Wyszкові	3841524,00	3400374,00	3431096,40	3229692,44	3733643,68	3156117,64	3234244,00
11	Mazowiecki Szpital im dr Józefa Psarskiego w Ostrołęce	3038682,00	6530601,00	6225886,20	6365528,00	5720530,40	5009160,00	4811924,00
12	Mazowiecki Szpital Specjalistyczny Spółka z Ograniczoną Odpowiedzialno	8336970,00	8171934,00	7991394,00	7257646,24	7678216,00	7369544,00	6909864,00
13	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Sokołowie Podlaskim	2008890,00	2094774,00	2025405,84	1862328,00	2072453,25	1860247,00	1816828,00
14	Radomski Szpital Specjalistyczny im dr Tytusa Chałubińskiego	7883172,00	8431701,00	4754730,00	8202320,89	8026009,68	8843044,08	8260772,00

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ – <http://www.nfz.gov.pl>.

Tabela 12. Sumaryczna kwota kontraktu dla produktu – Położnictwo i Ginekologia III poziom referencyjny.

Lp.	SZPITALE	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
1	Instytut Matki Dziecka	8080236,00	9035823,00	7510107,00	5965008,00	5549530,87	9902076,60	9815468,00
2	Wojewódzki Szpital Bródnowski Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdr	9372627,00	8568765,00	9121962,00	8974056,00	8272004,00	9669712,00	8424156,00
3	Szpital Kliniczny im Ks. Anny Mazowieckiej -Karowa	22526853,00	24876270,00	19018818,00	20469718,36	21316194,64	23326220,84	21769436,00
4	Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny im. Prof. Witolda Orłowskiego Cze	10098204,00	9695206,08	9683261,63	8935524,00	9764404,00	10075179,92	8982688,00
5	Centralny Szpital Kliniczny MSW Wołoska	7819626,00	9692448,00	9604218,00	9460657,74	8375375,00	8766888,00	7074860,00
6	Centrum Medyczne "Żelazna"	15487374,00	15657051,00	15322311,48	16949055,24	17752956,00	20581184,00	19396728,00
7	Uniwersyteckie Centrum Zdrowia Kobiety I Noworodka -Starynkiewicza	8835495,00	9117321,00	9554544,00	9489532,00	9209720,00	10224500,00	8637460,00
8	Szpital Bielański	12745053,00	13133418,00	12813460,83	12510368,00	13078520,00	13325040,81	11623144,00

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ – <http://www.nfz.gov.pl>.

Województwo podkarpackie:

Tabela 13. Sumaryczna kwota kontraktu dla produktu - Neonatologia I poziom referencyjny.

Lp.	SZPITALE	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
1	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ KOLBUSZOWEJ	0,00	0,00	332316,00	1083212,00	1128348,00	905372,00	745212,00
2	CENTRUM MEDYCZNE W ŁAŃCUCIE	710175,00	1579317,00	1443249,00	1328652,00	1150968,00	1017380,00	1052272,00
3	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W PRZEWORSKU	1817130,00	1957074,00	1585080,00	1720368,00	1733264,00	1202812,00	1216280,00
4	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W LEŻAJSKU	1139901,00	1075743,00	1053099,00	1107132,00	1117116,00	951964,00	979680,00
5	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ W N	1911888,00	2291787,00	2535261,00	2866344,00	2866344,00	244816,00	2592616,00
6	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ POW	1762968,00	1837785,00	80133,00	1422096,00	1638052,00	38164,00	1408316,00
7	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W LUBACZOWIE	1223898,00	1270716,00	985728,00	882804,00	786812,00	668408,00	649012,00
8	ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W STRYŻOWIE	720987,00	803556,00	616845,00	1025232,00	1091740,00	871832,00	820456,00
9	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W SANOKU	1327479,00	1245063,00	1139493,00	1356368,00	1008228,00	836420,00	781612,00
10	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W LESKU	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
11	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W USTRZYKACH	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
12	ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W DĘBICY (II)	2136747,00	2399448,00	2101200,00	2085824,00	1944488,00	1695616,00	1698528,00
13	SZPITAL POWIATOWY_W NOWEJ DĘBIE	0,00	441354,00	556563,00	725192,00	798304,00	693472,00	649220,00

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ – <http://www.nfz.gov.pl>.

Tabela 14. Sumaryczna kwota kontraktu dla produktu - Neonatologia II poziom referencyjny.

Lp.	SZPITALE	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
1	SZPITAL SPECJALISTYCZNY W BRZOSZOWIE PODKARPACKI OŚRODEK ONKO	1663314,00	2167245,00	2248131,00	2517840,00	2817932,00	2854488,00	2528500,00
2	CENTRUM OPIEKI MEDYCZNEJ W JAROSŁAWIU	1685091,00	1676676,00	1536069,00	1561404,00	1760512,00	1310192,00	1537536,00
3	WOJEWÓDZKI SZPITAL IM. ŚW.OJCA PIO W PRZEMYŚLU	3168936,00	3098658,00	2811222,00	2749084,00	2883972,00	2739880,00	2446392,00
4	SZPITAL SPECJALISTYCZNY W JAŚLE	2477733,00	2718300,00	2630376,00	2433392,00	2438488,00	2251756,00	2438800,00
5	WOJEWÓDZKI SZPITAL PODKARPACKI IM. JANA PAWŁA II W KROŚNIE (III)	4625751,00	4455462,00	4262427,00	4248400,00	4419636,00	4046900,00	4047992,00
6	SZPITAL POWIATOWY IM. EDMUNDA BIERNACKIEGO W MIELCU	2536332,00	1974771,00	1999710,00	2305836,00	2197936,00	1715220,00	1618708,00
7	WOJEWÓDZKI SZPITAL IM. ZOFII Z ZAMOYSKICH TARNOWSKIEJ W TARNOB	1729971,00	1913775,00	1605531,00	1586156,00	1392976,00	1677780,00	1653236,00

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ – <http://www.nfz.gov.pl>.

Tabela 15. Sumaryczna kwota kontraktu dla produktu - Neonatologia III poziom referencyjny.

Lp.	SZPITALE	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
1	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ NR 1 W RZESZOWIE	4175217,00	3851316,00	3521550,00	3520712,00	4007276,00	4340648,00	3362112,00
2	KLINICZNY SZPITAL WOJEWÓDZKI NR 1 IM. FRYDERYKA CHOPINA W RZESZOWIE	7805448,00	7145457,00	5952720,00	9754160,00	11637496,00	10440092,00	8479380,00
3	KLINICZNY SZPITAL WOJEWÓDZKI NR 2 IM. ŚW. JADWIGI KRÓLOWEJ W RZESZOWIE	6774993,00	7767861,00	6684213,00	5813392,00	862201,00	7074132,00	5949840,00
4	SZPITAL SPECJALISTYCZNY PRO FAMILIA T. WAPIŃSKI, Z. SOBIESZCZAŃSKI	0,00	0,00	6996945,00	11181040,00	11764116,00	12513696,00	11074752,00

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ – <http://www.nfz.gov.pl>.

Tabela 16. Sumaryczna kwota kontraktu dla produktu – Położnictwo i Ginekologia I poziom referencyjny.

Lp.	SZPITALE	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
1	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ KOLBUSZOWEJ	2692239,00	2497113,00	2321520,00	2399852,00	2432352,00	2473744,00	2400580,00
2	CENTRUM MEDYCZNE W ŁAŃCUCIE	732132,00	3355188,00	3001656,00	2827344,00	2543476,00	2268656,00	2203760,00
3	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W PRZEWORSKU	3609627,00	3518592,00	3297915,00	3050268,00	2934370,00	2785276,00	2789904,00
4	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W LEŻAJSKU	3044598,00	2913171,00	3020679,00	2915380,00	2735304,00	2537340,00	2880384,00
5	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ W NARUTKU	3033684,00	2951829,00	2800308,00	2814396,00	2701244,00	3013348,00	2771600,00
6	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ POWIATOWY W OSTROWIE	4057917,00	3611973,00	3466572,00	2920892,00	3204160,00	3106636,00	3061968,00
7	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W LUBACZOWIE	2292756,00	2368440,00	2342787,00	2267720,00	2290288,00	2307604,00	2294604,00
8	ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W STRYŻOWIE	3340704,00	3438777,00	3376047,00	3223064,00	3388788,00	3362892,00	3307460,00
9	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W SANOKU	3131298,00	2895525,00	2624715,00	2712580,00	2567188,00	2122744,00	2043912,00
10	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W LESKU	2436168,00	2615586,00	2950197,00	2899936,00	2940808,00	2860000,00	2763124,00
11	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W USTRZYKACH	2610792,00	2554182,00	2266236,00	2277288,00	1873560,00	1809860,00	1901432,00
12	ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W DĘBICY	4508502,00	4348617,00	4103715,00	4224064,00	4202942,00	4660604,00	4467736,00
13	SZPITAL POWIATOWY_W NOWEJ DĘBIE	3009459,00	2626347,00	2566371,00	2501460,00	3009812,00	2749812,00	2586272,00

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ – <http://www.nfz.gov.pl>.

Tabela 17. Sumaryczna kwota kontraktu dla produktu – Położnictwo i Ginekologia II poziom referencyjny.

Lp.	SZPITALE	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
1	SZPITAL SPECJALISTYCZNY W BRZOSZOWIE PODKARPACKI OŚRODEK ONKO	3827652,00	3946176,00	3865137,00	4170712,00	3938532,00	4433000,00	3691116,00
2	CENTRUM OPIEKI MEDYCZNEJ W JAROSŁAWIU	3668073,00	3580200,00	3829896,00	3820752,00	3404960,00	3382080,00	3463408,00
3	WOJEWÓDZKI SZPITAL IM. ŚW.OJCA PIO W PRZEMYŚLU	6641475,00	6186096,00	6167022,00	6118684,00	6273440,00	6234852,00	5831124,00
4	SZPITAL SPECJALISTYCZNY W JAŚLE	5153652,00	4941135,00	5023755,00	5123560,00	5016518,00	4919928,00	4924868,00
5	WOJEWÓDZKI SZPITAL PODKARPACKI IM. JANA PAWŁA II W KROŚNIE	6142032,00	5946090,00	6167685,00	6014008,00	5723438,00	5526300,00	5397444,00
6	SZPITAL POWIATOWY IM. EDMUNDA BIERNACKIEGO W MIELCU	4791297,00	4684758,00	5074347,00	5301452,00	5002140,00	4281160,00	3873116,00
7	WOJEWÓDZKI SZPITAL IM. ZOFII Z ZAMOYSKICH TARNOWSKIEJ W TARNOB	5451186,00	5475921,00	5244993,00	5287828,00	3431116,00	4669600,00	4288336,00

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ – <http://www.nfz.gov.pl>.

Tabela 18. Sumaryczna kwota kontraktu dla produktu – Położnictwo i Ginekologia III poziom referencyjny.

Lp.	SZPITALE	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
1	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ NR 1 W RZESZOWIE	6081597,00	6263259,00	5679003,00	6144840,00	6050304,00	6319040,00	5920408,00
2	KLINICZNY SZPITAL WOJEWÓDZKI NR 1 IM. FRYDERYKA CHOPINA W RZESZOWIE	10826484,00	10395228,00	9918786,00	10383880,00	10365952,00	10845016,00	8317088,00
3	KLINICZNY SZPITAL WOJEWÓDZKI NR 2 IM. ŚW. JADWIGI KRÓLOWEJ W RZESZOWIE	11358669,00	11178741,00	11054403,00	10530676,00	10673176,00	10387416,00	10097204,00
4	SZPITAL SPECJALISTYCZNY PRO FAMILIA T.WAPIŃSKI, Z.SOBIESZCZAŃSKI	0,00	0,00	4736676,00	10058932,00	10326992,00	11884288,00	10437128,00

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ – <http://www.nfz.gov.pl>.

Czwartym etapem pozyskiwania danych było zebranie informacji dotyczących:

1. Urodzeń żywych w latach 2010 – 2014.
2. Liczby ludności w latach 2010 – 2014.
3. Zgonów według przyczyn – ciąża, poród i połów w latach 2010 – 2014.
4. Zgonów według przyczyn – niektóre stany rozpoczynające się w okresie okołoporodowym w latach 2010 – 2014.
5. Urodzeń żywych poniżej 2500g w latach 2010 - 2014 na terenie województwa mazowieckiego.
6. Urodzeń żywych poniżej 2500g w latach 2010 - 2014 na terenie województwa podkarpackiego.
7. Urodzeń żywych poniżej 2500g w latach 2010 - 2014 na terenie Polski.

Dane te przedstawiają się w następujący sposób:

Tabela 19. Urodzenia żywe w latach 2010 – 2014.

Wyszczególnienie	2010	2011	2012	2013	2014
Polska	413300	388416	386257	369576	375160
Województwo mazowieckie	60756	57258	57281	55400	57139
Województwo podkarpackie	21990	21130	21064	20373	19953

Źródło: http://stat.gov.pl/bdl/app/strona.html?p_name=indeks w zakładce „Ludność”.

Tabela 20. Liczba ludności w latach 2010 – 2014.

Wyszczególnienie	2010	2011	2012	2013	2014
Polska	38529866	38538447	38533299	38495659	38478602
Województwo mazowieckie	5267072	5285604	5301760	5316840	5334511
Województwo podkarpackie	2127948	2128687	2129951	2129294	2129187

Źródło: http://stat.gov.pl/bdl/app/strona.html?p_name=indeks w zakładce „Ludność”.

Tabela 21. Zgony według przyczyn – ciąża, poród i połów w latach 2010 – 2014.

Wyszczególnienie	2010	2011	2012	2013	2014
Polska	9	9	4	7	
Województwo mazowieckie	2	2	0	0	
Województwo podkarpackie	0	0	0	0	

Źródło: http://stat.gov.pl/bdl/app/strona.html?p_name=indeks w zakładce „Ludność”.

Tabela 22. Zgony według przyczyn – niektóre stany rozpoczynające się w okresie okołoporodowym w latach 2010 – 2014.

Wyszczególnienie	2010	2011	2012	2013	2014
Polska	1062	955	941	834	
Województwo mazowieckie	145	97	140	106	
Województwo podkarpackie	64	54	55	40	

Źródło: http://stat.gov.pl/bdl/app/strona.html?p_name=indeks w zakładce „Ludność”.

Tabela 23. Urodzenia żywe poniżej 2500g w latach 2010 - 2014 na terenie województwa podkarpackiego.

WAGA NOWORODKA	2010	2011	2012	2013	2014
poniżej 2500 g	1187	1047	1097	1144	1158
% w stosunku do ogółem	5.4	5.0	5.2	5.6	5.8
2000 - 2499	762	694	698	744	716
1500 - 1999	244	207	207	220	251
1000 - 1499	105	82	115	100	115
600 - 999	62	56	53	70	60
poniżej 600 gram	14	8	24	10	16
nieustalona	-	1	-	-	-

Źródło: <http://demografia.stat.gov.pl/bazademografia>

Tabela 24. Urodzenia żywe poniżej 2500g w latach 2010 - 2014 na terenie województwa mazowieckiego.

WAGA NOWORODKA	2010	2011	2012	2013	2014
poniżej 2500 g	3276	2959	3049	3085	3061
% w stosunku do ogółem	5.4	5.2	5.3	5.6	5.4
2000 - 2499	2090	1860	1890	1991	1916
1500 - 1999	649	615	653	602	643
1000 - 1499	305	286	314	311	318
600 - 999	176	177	150	139	165
poniżej 600 gram	56	21	42	42	19
nieustalona	-	2	2	3	3

Źródło: <http://demografia.stat.gov.pl/bazademografia>

Tabela 25. Urodzenia żywe poniżej 2500g w latach 2010 - 2014 na terenie Polski.

WAGA NOWORODKA	2010	2011	2012	2013	2014
poniżej 2500 g	23506	21793	21835	22019	22211
% w stosunku do ogółem	5.7	5.6	5.7	6.0	5.9
2000 - 2499	15274	14133	14031	14284	14199
1500 - 1999	4651	4285	4341	4341	4587
1000 - 1499	2085	1942	2056	2061	2057
600 - 999	1235	1219	1171	1094	1151
poniżej 600 gram	261	214	236	239	217
nieustalona	2	6	3	4	9

Źródło: <http://demografia.stat.gov.pl/bazademografia>

Powyżej wyszczególnione dane zostały sprawdzone pod względem logiczności i kompletności. W dalszej kolejności, do wykonania obliczeń wykorzystany został **pakiet statystyczny Statistica v.12.0 PL**.

W badaniu zostały użyte następujące statystyki opisowe:

1. Opis tabelaryczny – dane przedstawione są w postaci tabel z uwzględnieniem zależności najistotniejszych dla zbadania hipotez. Tabele krzyżowe uwzględniają podstawowe zmienne niezależne.
2. Forma graficzna zaprezentowania danych – wykresy słupkowe.

3. Do zmierzenia zależności pomiędzy wybranymi zmiennymi wykorzystano test niezależności Chi-Kwadrat (2), Kruskala-Wallisa oraz Manna-Whitney'a będące najodpowiedniejsze z uwagi na charakter badanych zmiennych.

Test niezależności chi-kwadrat stosowany jest w przypadku badania niezależności cech niemierzalnych (jakościowych) lub w przypadku badania niezależności cechy jakościowej z ilościową.

Wyniki badań sklasyfikuje się w postaci tablicy według jednej cechy w r wierszach i według drugiej cechy w k kolumnach. Wnętrze tablicy niezależności stanowią liczebności n_{ij} elementów próby, które spełniają jednocześnie kryteria zawarte w i -tym wierszu i k -tej kolumnie. Tablica niezależności jest podstawą weryfikacji hipotezy głoszącej, że w populacji nie ma zależności między cechami (zmiennymi) X i Y . Hipotezę tę można zapisać zgodnie z pojęciem niezależności zmiennych losowych w sposób następujący: H_0 : cechy X i Y są niezależne oraz H_1 : cechy X i Y są zależne, przy przyjętym poziomie istotności α (w niniejszym badaniu przyjęto poziom istotności równy 0,05).

Do weryfikacji powyższych hipotez stosuje się statystykę χ^2 , której wartość liczymy ze wzoru:

$$\chi^2 = \sum_{i=1}^k \sum_{j=1}^n \frac{\left(n_{ij} - \bar{\bar{n}}_{ij} \right)^2}{\bar{\bar{n}}_{ij}}$$

$$\bar{\bar{n}}_{ij} = \frac{n_i \cdot n_j}{n}$$

gdzie:

n – liczba prób

n_i, n_j – suma elementów i -tej kolumny i j -tego wiersza

n_{ij} – liczba odpowiedzi

$\bar{\bar{n}}_{ij}$ – uśredniona liczba odpowiedzi w odniesieniu do pełnej liczby prób

Wartości porównano z wartościami krytycznymi dla odpowiedniej wielkości stopni swobody s i przedziału ufności $\alpha=0,05$.

χ^2 (chi – kwadrat), zależy od:

1. Natężenia związku badanych cech.

2. Wielkości próby.
3. Od stopnia szczegółowości danych.

Z tablic rozkładu chi-kwadrat odczytujemy wartość statystyki χ^2 odczytaną przy poziomie istotności α i przy $(r-1)(k-1)$ stopniach swobody, czyli:

$$\chi^2_{tablicowe}; (r-1)(k-1)$$

Jeżeli $\chi^2_{obl} \geq \chi^2_{tabl} (r-1)(k-1) \rightarrow H_0$ odrzucamy na rzecz hipotezy alternatywnej

Jeżeli $\chi^2_{obl} < \chi^2_{tabl} (r-1)(k-1) \rightarrow$ Nie ma podstaw do odrzucenia H_0 o niezależności cech.

Jeżeli test χ^2 (chi – kwadrat) wskazał, że istnieje zależność pomiędzy badanymi cechami, czyli odrzucono hipotezę H_0 , wówczas obliczano siłę zależności korzystając ze współczynnika kontyngencji C-Pearsona.

Test korelacji C-Pearsona (kontyngencji):

$$C_{kon} = \sqrt{\frac{\chi^2}{\chi^2 + n}}$$

C_{kon} - współczynnik kontyngencji

Powyższy współczynnik może przyjmować wartości z przedziału liczbowego, od 0 (gdy cechy są niezależne), do 1 (gdy liczba pól w tablicy wzrasta do nieskończoności). Kres górny współczynnika C_{kon} zależy od liczby wierszy i kolumn danej tablicy wielodzielnej w taki sposób, że im więcej wierszy i kolumn występuje tym większą wartość ma współczynnik C_{kon} . Dlatego obliczony współczynnik należy rozpatrywać

w stosunku do jego maksymalnej wartości C_{max} , jaką może osiągnąć w danej tablicy wielodzielnej. Skorygowaną wartość oblicza się następująco:

$$C_{kor} = \frac{C_{kon}}{C_{max}}$$

gdzie przybliżoną wartość współczynnika C_{max} dla tablic prostokątnych oblicza się następująco:

$$C_{max} = \frac{\sqrt{\frac{r-1}{r}} + \sqrt{\frac{k-1}{k}}}{2}$$

W przypadku tablic kwadratowych gdzie liczba wierszy i kolumn jest taka sama można stosować uproszczony wzór:

$$C_{\max} = \sqrt{\frac{k-1}{k}}$$

Współczynnik korelacji C_{kor} Pearsona (tzw. C- Pearsona) wskazuje stopień zależności (należy odczytać z poniższej tabeli dla s- stopni swobody, $s=(r-1)*(k-1)$, r,k – liczba wierszy i kolumn).

Przedział	Siła zależności
$C_{\text{kor}} \leq 0,2$	niewyraźna
$0,2 < C_{\text{kor}} \leq 0,4$	wyraźna, ale niska
$0,4 < C_{\text{kor}} \leq 0,7$	umiarkowana
$0,7 < C_{\text{kor}} \leq 0,9$	znacząca
$C_{\text{kor}} > 0,9$	bardzo silna

Test Kruskala-Wallisa jest nieparametryczną alternatywą jednoczynnikowej analizy wariancji. Za pomocą tego testu porównujemy rozkłady kilku (k) zmiennych: $H_0: F_1 = \dots = F_k$ (wszystkie próby pochodzą z jednej populacji) $H_1: \exists i, j \in \{1, \dots, k\} F_i \neq F_j$ (nie wszystkie próby pochodzą z tych samych populacji).

Test ten, podobnie jak test **U Manna-Whitneya**, opiera się na rangach obserwacji. Jeśli wszystkie próby pochodzą z jednej populacji, spodziewamy się, że średnie rangi w poszczególnych grupach będą zbliżone. Statystyka testowa wyraża się wzorem:

$$T = \frac{12}{n(n+1)} \sum_{i=1}^k \frac{R_i^2}{n_i} - 3(n+1)$$

gdzie:

R_i - suma rang w i-tej grupie,

n_i - liczebność i-tej grupy,

n - łączna liczebność wszystkich grup.

Jeśli hipoteza zerowa jest prawdziwa, statystyka ta ma rozkład χ^2 o k-1 stopniach swobody (prawostronny obszar krytyczny).

Użyte metody statystyczne:

- test niezależności chi-kwadrat dla cech jakościowych,
- współczynnik kontyngencji C-Pearsona,
- test Kruskala-Wallisa,
- test Manna-Whitney'a,
- wykresy słupkowe i wykresy interakcji,
- tabele dwudzielcze (krzyżowe),
- podstawowe charakterystyki liczbowe dla cech mierzalnych.

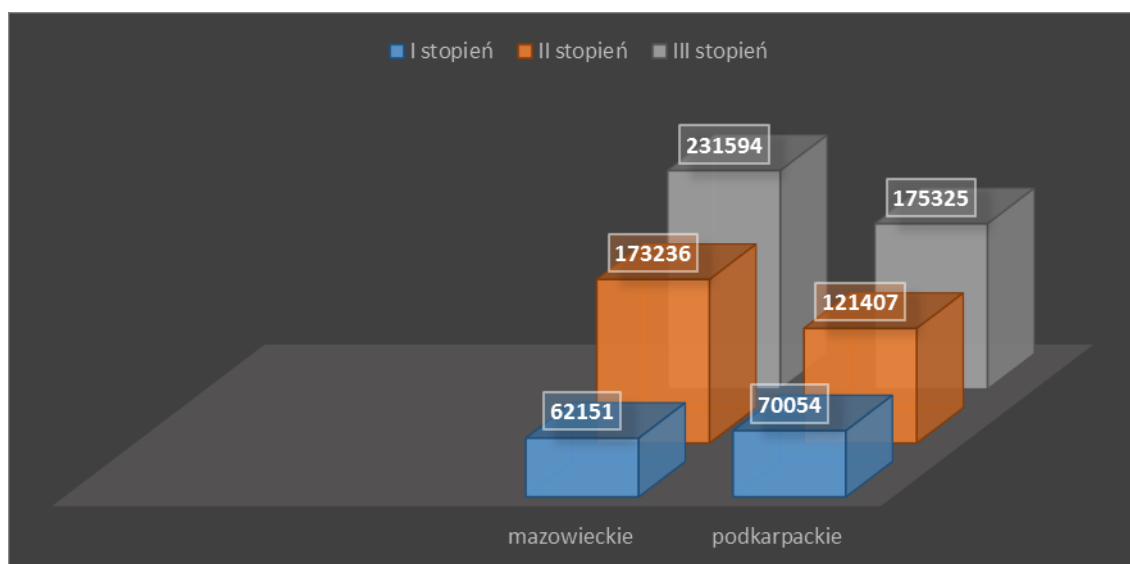
3 WYNIKI

1. Porównanie średniej wartości kontraktów przypadających na jedno łóżko dla oddziałów położniczych i neonatologicznych w województwie mazowieckim i podkarpackim.

a. Kontrakty dla Neonatologii:

Tabela 26. Średnia wartość kontraktów (PLN) przypadająca na 1 łóżko dla neonatologii w województwie mazowieckim i podkarpackim.

Średnia wartość kontraktów (PLN) na 1 łóżko	I stopień referencyjności	p	II stopień referencyjności	p	III stopień referencyjności	p
mazowieckie	62151	0,064	173236	0,032	231594	0,047
podkarpackie	70054		121407		175325	



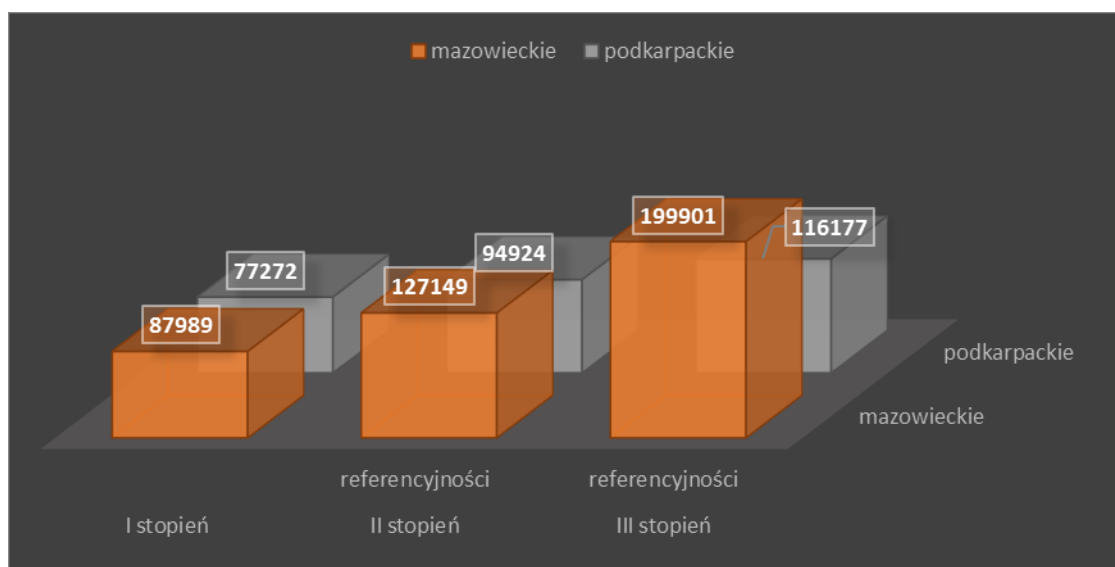
Rycina 1. Porównanie średniej wartości kontraktów dla neonatologii w województwie mazowieckim i podkarpackim.

Średnie wartości kontraktów w przeliczeniu na jedno łóżko, zawieranych przez Narodowy Fundusz Zdrowia z oddziałami neonatologicznymi na terenie województw mazowieckiego i podkarpackiego, nie różnią się istotnie dla oddziałów o I stopniu referencyjnym. Dla oddziałów o II i III stopniu referencyjnym, wartości kontraktów przypadających na jedno łóżko neonatologiczne są statystycznie istotnie wyższe w województwie mazowieckim w porównaniu do województwa podkarpackiego.

b. Kontrakty dla Położnictwa

Tabela 27. Średnia wartość kontraktów (PLN) na 1 łóżko dla położnictwa w województwie mazowieckim i podkarpackim.

Średnia wartość kontraktów(PLN) na 1 łóżko	I stopień referencyjności	p	II stopień referencyjności	p	III stopień referencyjności	p
mazowieckie	87989	0,088	127149	0,045	199901	0,027
podkarpackie	77272		94924		116177	



Rycina 2. Porównanie średniej wartości kontraktów dla położnictwa w województwie mazowieckim i podkarpackim.

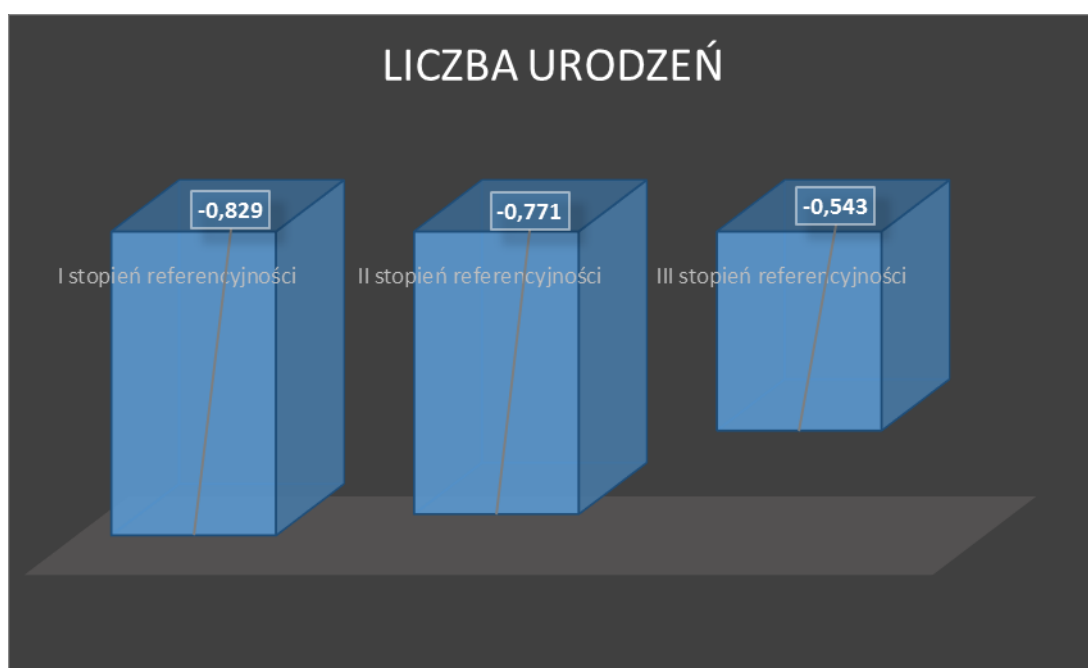
Średnie wartości kontraktów w przeliczeniu na jedno łóżko, zawieranych przez Narodowy Fundusz Zdrowia z oddziałami położniczymi na terenie województw mazowieckiego i podkarpackiego, nie różnią się istotnie dla oddziałów o I stopniu referencyjnym. Dla oddziałów o II i III stopniu referencyjnym, wartości kontraktów przypadających na jedno łóżko położnicze są statystycznie istotnie wyższe w województwie mazowieckim w porównaniu do województwa podkarpackiego.

2. Badanie poziomu korelacji średniej wartości kontraktów zawieranych w obszarze położnictwo i neonatologia w województwie mazowieckim i podkarpackim, z liczbą urodzeń oraz z liczbą ludności obu województw.

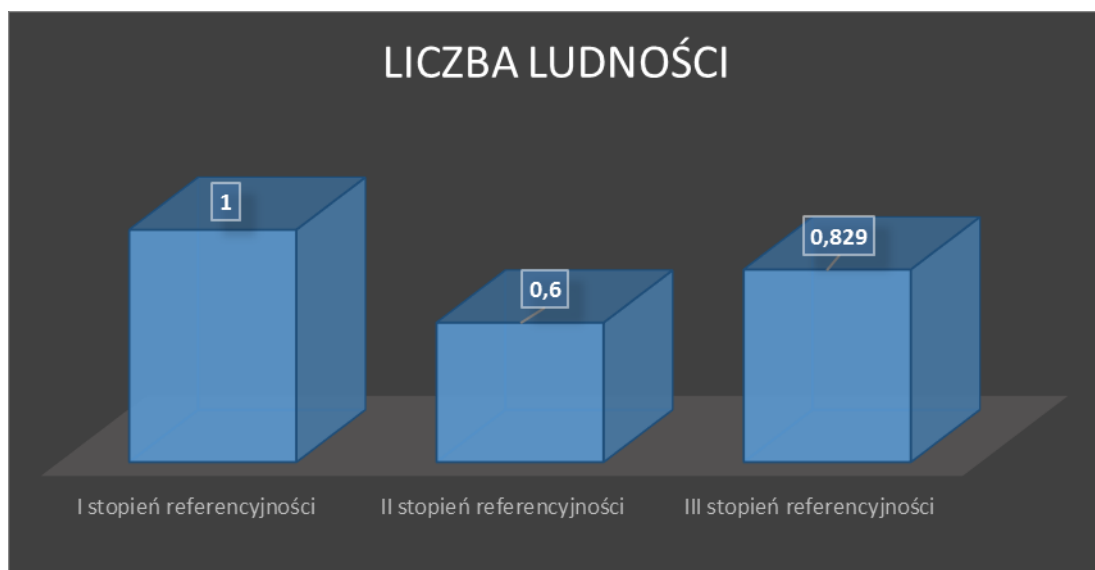
a. Korelacje dla Neonatologii - województwo mazowieckie

Tabela 28. Korelacja wartości kontraktów zawieranych w obszarze neonatologia z liczbą urodzeń oraz z liczbą ludności w województwie mazowieckim.

Korelacja wartości kontraktów	Liczba urodzeń	p	Liczba ludności	p
I stopień referencyjności	-0,829	0,042	1,000	0,000
II stopień referencyjności	-0,771	0,072	0,600	0,202
III stopień referencyjności	-0,543	0,266	0,829	0,042



Rycina 3. Porównanie poziomów korelacji średniej wartości kontraktów zawieranych w obszarze neonatologia z liczbą urodzeń w województwie mazowieckim.



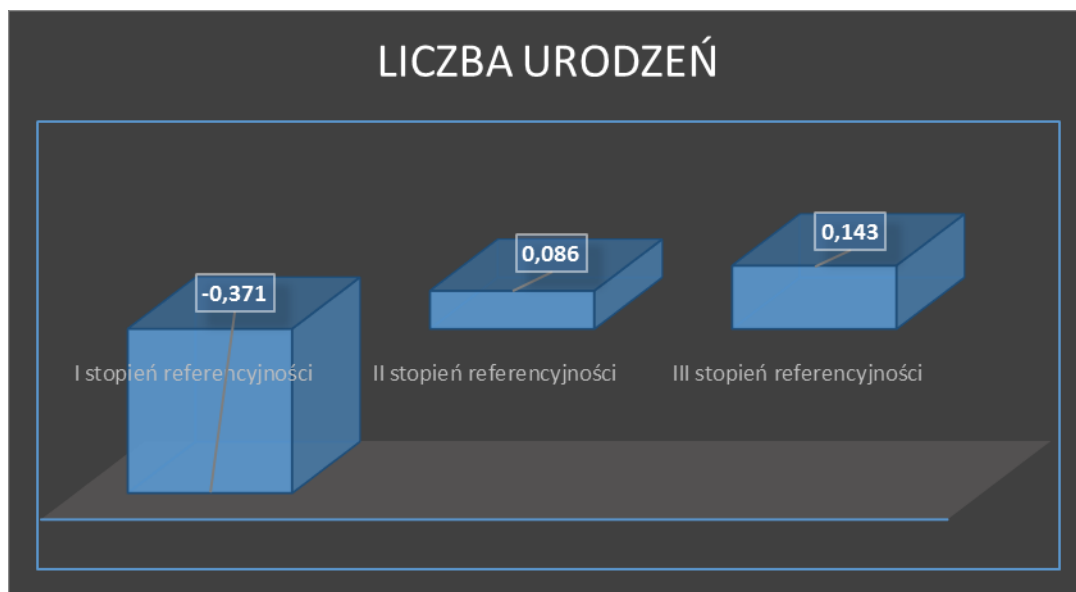
Rycina 4. Porównanie poziomów korelacji średniej wartości kontraktów zawieranych w obszarze neonatologia z liczbą ludności w województwie mazowieckim.

W województwie mazowieckim wartości kontraktów zawieranych z oddziałami neonatologicznymi o I stopniu referencyjnym korelują z liczbą urodzeń oraz liczbą ludności. Nie stwierdza się takiej korelacji dla oddziałów o II stopniu referencyjnym. Dla oddziałów III stopnia referencyjności kwoty kontraktów korelują jedynie z liczbą ludności, bez korelacji z liczbą urodzeń noworodków.

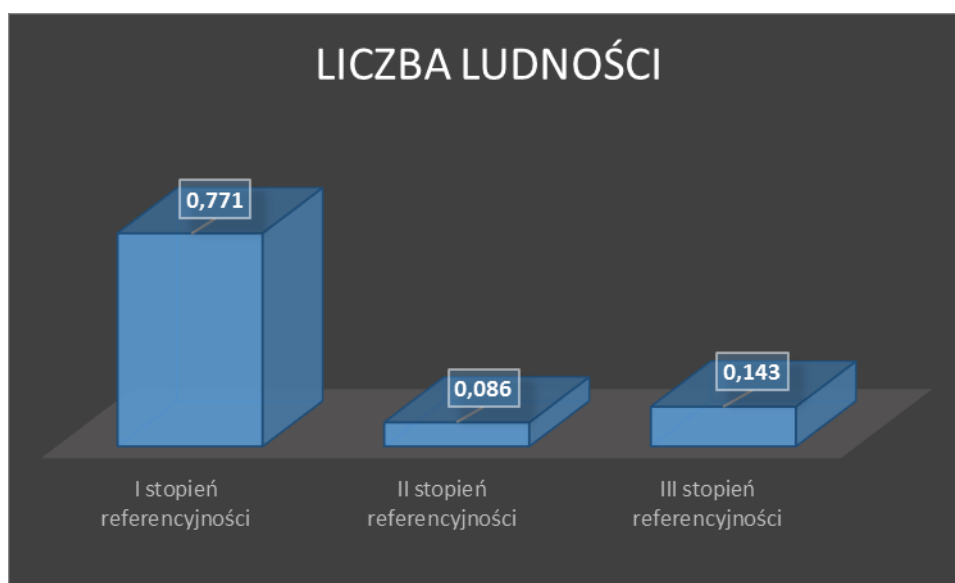
b. Korelacje dla Położnictwa – woj. mazowieckie

Tabela 29. Korelacja wartości kontraktów zawieranych w obszarze położnictwa z liczbą urodzeń oraz z liczbą ludności w województwie mazowieckim.

Korelacja wartości kontraktów	Liczba urodzeń	p	Liczba ludności	p
I stopień referencyjności	-0,371	0,468	0,771	0,072
II stopień referencyjności	0,086	0,872	0,086	0,082
III stopień referencyjności	0,143	0,787	0,143	0,787



Rycina 5. Porównanie poziomów korelacji średniej wartości kontraktów zawieranych w obszarze położnictwo z liczbą urodzeń w województwie mazowieckim.



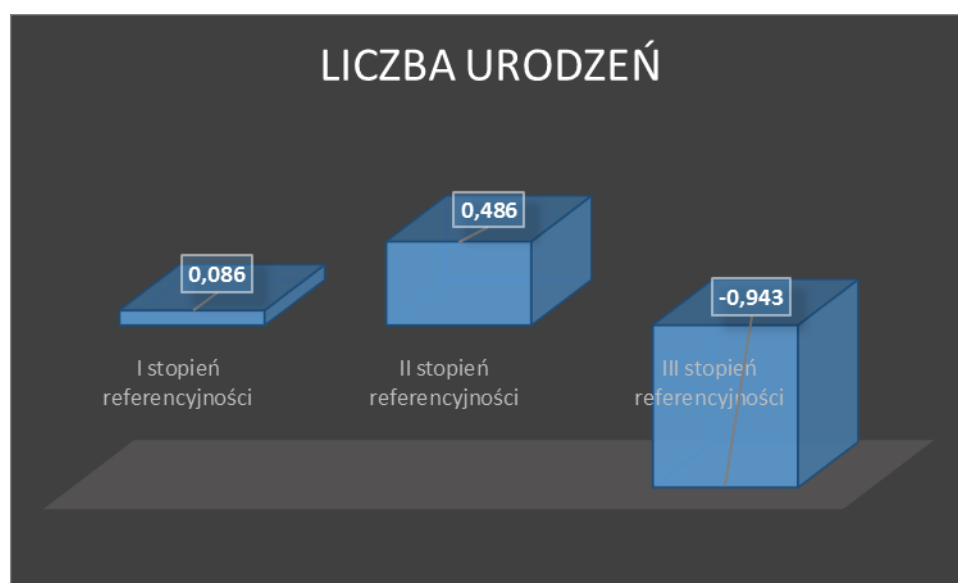
Rycina 6. Porównanie poziomów korelacji średniej wartości kontraktów zawieranych w obszarze położnictwo z liczbą ludności w województwie mazowieckim.

W województwie mazowieckim nie stwierdza się korelacji pomiędzy kwotami zawieranych kontraktów z oddziałami położniczymi a liczbą urodzeń. Nie stwierdza się również takiej korelacji z liczbą ludności województwa. Zjawisko to dotyczy wszystkich III stopni referencyjnych.

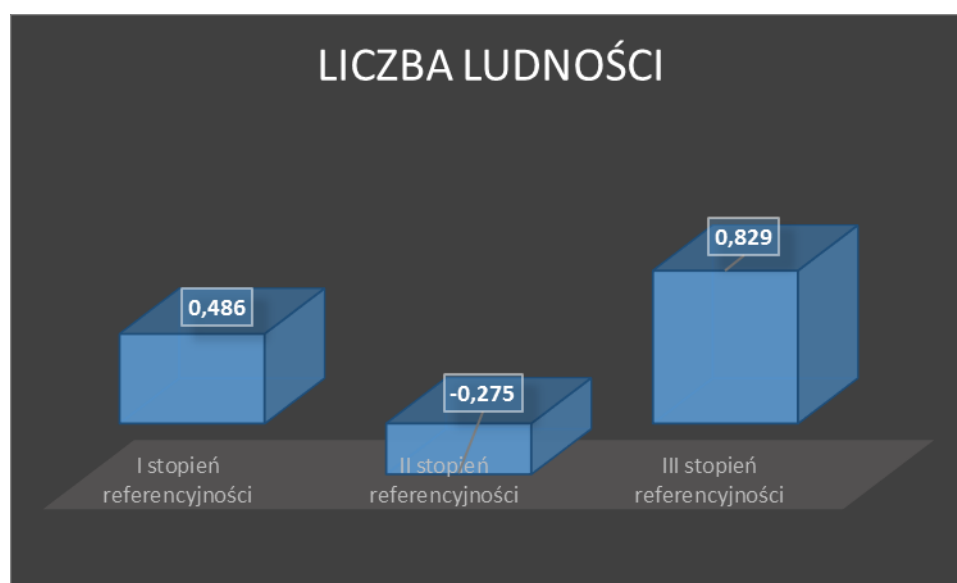
c. Korelacje dla Neonatologii - woj. podkarpackie

Tabela 30. Korelacja wartości kontraktów zawieranych w obszarze neonatologia z liczbą urodzeń oraz z liczbą ludności w województwie podkarpackim.

Korelacja wartości kontraktów	Liczba urodzeń	p	Liczba ludności	p
I stopień referencyjności	0,086	0,872	0,486	0,329
II stopień referencyjności	0,486	0,329	-0,275	0,623
III stopień referencyjności	-0,943	0,005	0,829	0,042



Rycina 7. Porównanie poziomów korelacji średniej wartości kontraktów zawieranych w obszarze neonatologia z liczbą urodzeń w województwie podkarpackim.



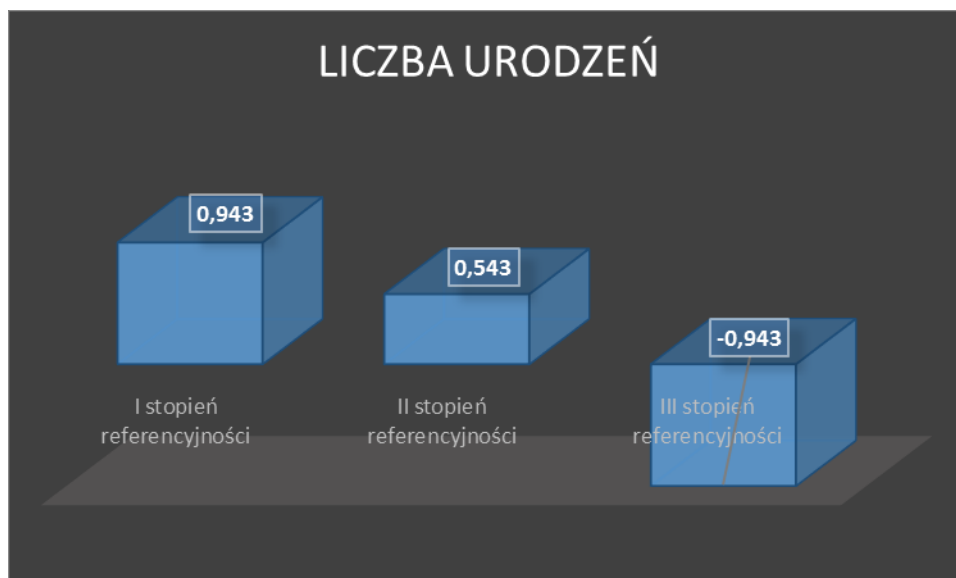
Rycina 8. Porównanie poziomów korelacji średniej wartości kontraktów zawieranych w obszarze położnictwo z liczbą ludności w województwie podkarpackim.

W województwie podkarpackim kwoty kontraktów zawieranych z oddziałami neonatologicznymi korelują jedynie z liczbą urodzeń dla oddziałów III stopnia referencyjnego. Nie stwierdza się korelacji pomiędzy wartościami kontraktów a liczbą urodzeń, ani liczbą ludności w oddziałach II i III stopnia referencyjnego.

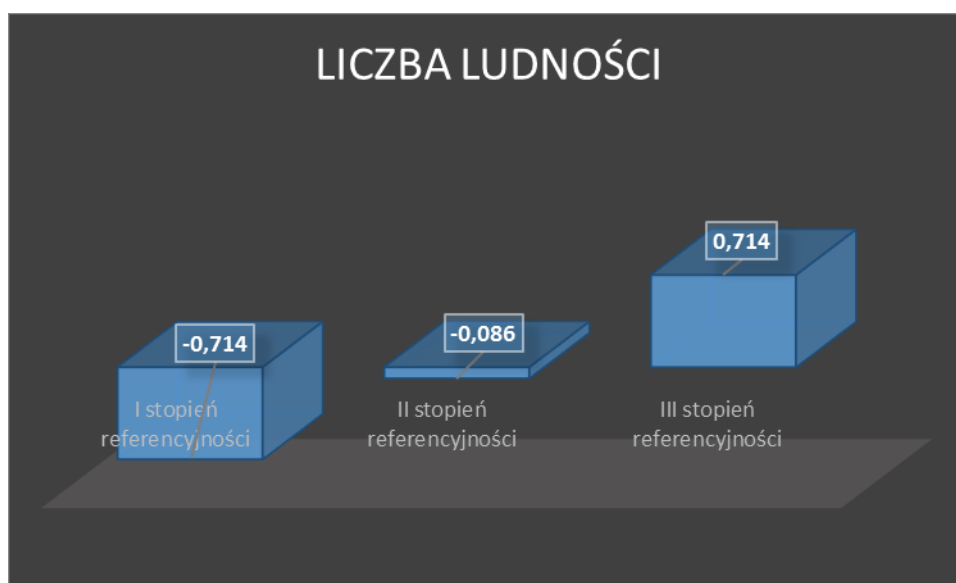
d. Korelacje dla Położnictwa –woj. podkarpackie

Tabela 31. Korelacja wartości kontraktów zawieranych w obszarze położnictwo z liczbą urodzeń oraz z liczbą ludności w województwie podkarpackim.

Korelacja wartości kontraktów	Liczba urodzeń	p	Liczba ludności	p
I stopień referencyjności	0,943	0,005	-0,714	0,111
II stopień referencyjności	0,543	0,266	-0,086	0,872
III stopień referencyjności	-0,943	0,005	0,714	0,111



Rycina 9. Porównanie poziomów korelacji średniej wartości kontraktów zawieranych w obszarze położnictwo z liczbą urodzeń w województwie podkarpackim.



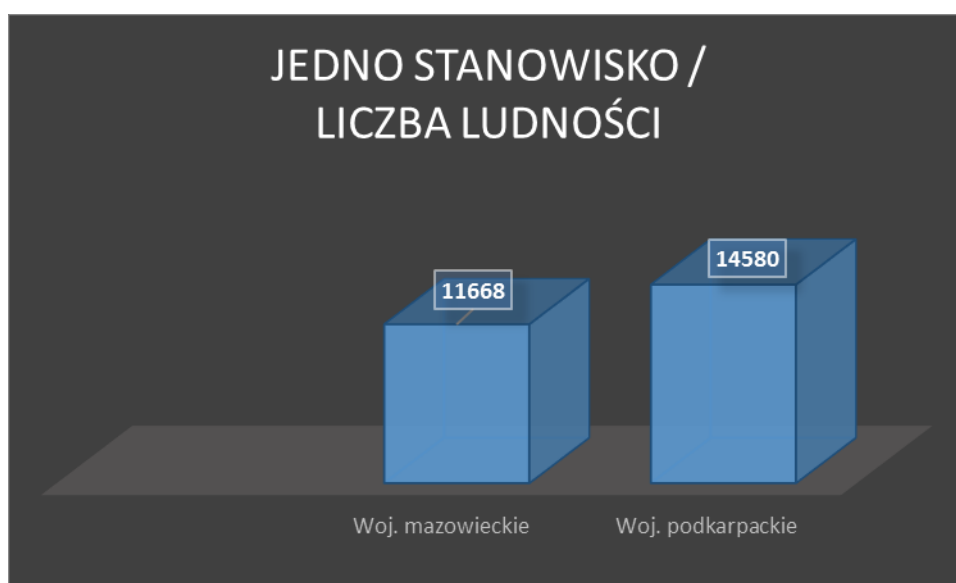
Rycina 10. Porównanie poziomów korelacji średniej wartości kontraktów zawieranych w obszarze położnictwo z liczbą ludności w województwie podkarpackim.

W województwie podkarpackim stwierdza się korelację pomiędzy kwotami kontraktów a liczbą urodzeń dla oddziałów położniczych I i III stopnia referencyjnego. Nie stwierdza się takiej korelacji dla oddziałów położniczych II stopnia referencyjnego. Nie stwierdza się również korelacji dla żadnego stopnia referencyjnego pomiędzy wartościami zawieranych kontraktów a liczbą ludności województwa.

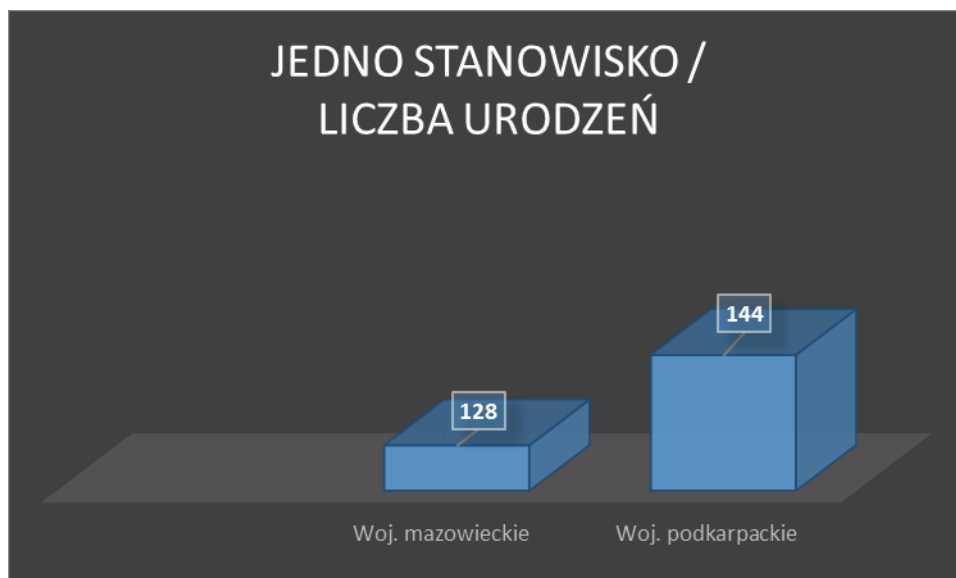
3. Porównanie liczby ludności oraz liczby urodzeń przypadających na jedno stanowisko opieki neonatologicznej w ramach ośrodków o III stopniu referencyjności w województwie mazowieckim i podkarpackim.

Tabela 32. Liczba ludności przypadająca na jedno stanowisko opieki neonatologicznej w ramach ośrodków o III stopniu referencyjności w województwie mazowieckim i podkarpackim.

Stanowisko neonatologiczne III referencyjności	Jedno stanowisko/ Liczba ludności	p	Jedno stanowisko/ Liczba urodzeń	p
Woj. mazowieckie	11668	0,026	128	0,043
Woj. podkarpackie	14580		144	



Rycina 11. Porównanie liczby ludności przypadającej na jedno stanowisko opieki neonatologicznej w ramach ośrodków o III stopniu referencyjności w województwach mazowieckim i podkarpackim.



Rycina 12. Porównanie liczby urodzeń przypadającej na jedno stanowisko opieki neonatologicznej w ramach ośrodków o III stopniu referencyjności w województwach mazowieckim i podkarpackim.

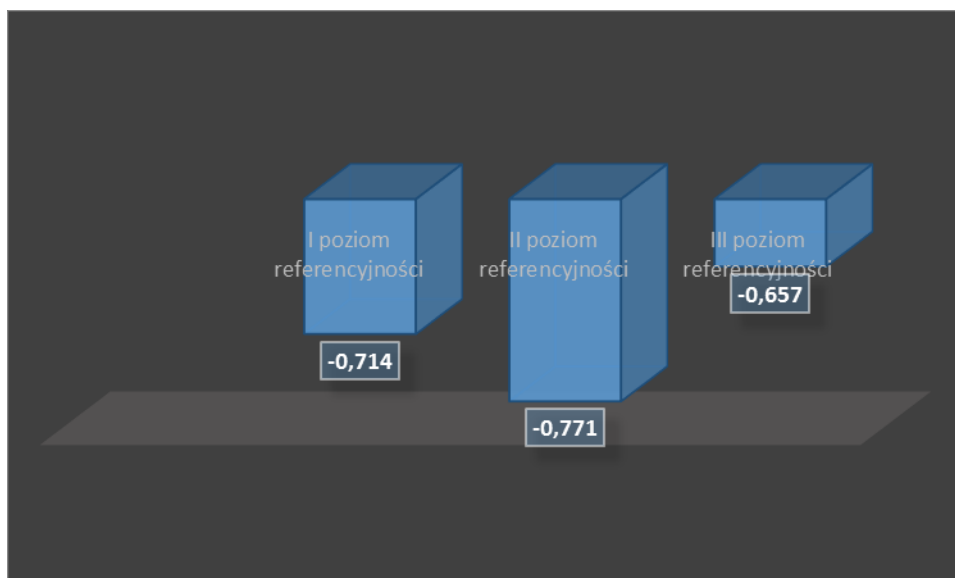
W województwie podkarpackim stwierdza się statystycznie istotnie większą liczbę mieszkańców oraz większą liczbę urodzeń przypadającą na jedno wysokospecjalistyczne stanowisko opieki neonatologicznej w ramach ośrodków o III stopniu referencyjnym.

4. Badanie poziomu korelacji średniej wartości kontraktów zawieranych w obszarze położnictwo i neonatologia, ze wskaźnikami umieralności okołoporodowej noworodków w województwie mazowieckim i podkarpackim.

a. Korelacje dla Neonatologii - woj. mazowieckie

Tabela 33. Korelacja średniej wartości kontraktów zawieranych w obszarze neonatologia, ze wskaźnikami umieralności okołoporodowej noworodków w województwie mazowieckim.

Poziom finansowania/ wskaźnik umieralności noworodków	Współczynnik korelacji	p
I poziom referencyjności	-0,714	0,111
II poziom referencyjności	-0,771	0,072
III poziom referencyjności	-0,657	0,156



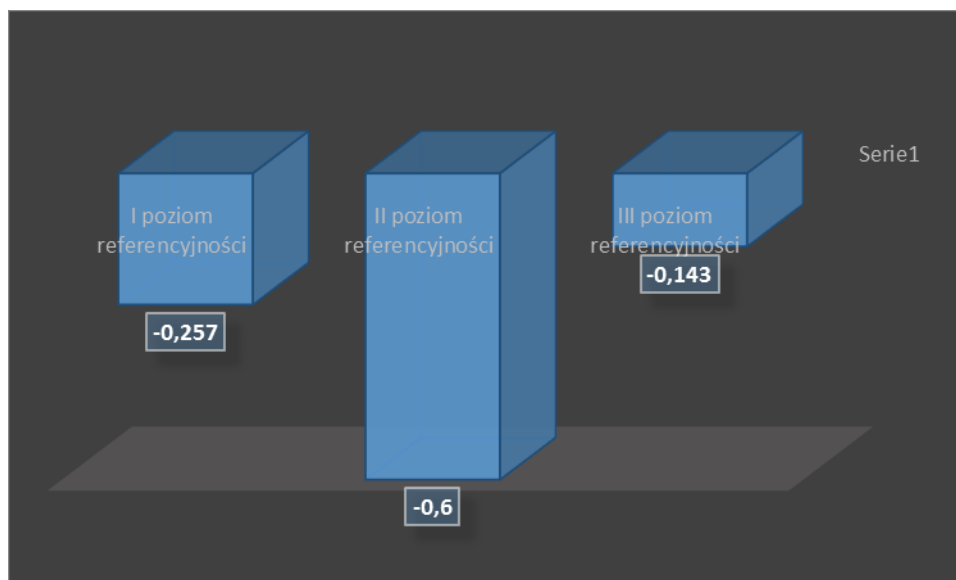
Rycina 13. Porównanie poziomu korelacji średniej wartości kontraktów zawieranych w obszarze neonatologia, ze wskaźnikami umieralności okołoporodowej w województwie mazowieckim.

W województwie mazowieckim nie stwierdza się korelacji pomiędzy średnią wartością kontraktów zawieranych z oddziałami neonatologicznymi ze wskaźnikami umieralności okołoporodowej noworodków, na żadnym z trzech poziomów referencyjnych szpitali.

b. Korelacje dla Położnictwa - woj. mazowieckie

Tabela 34. Korelacja średniej wartości kontraktów zawieranych w obszarze położnictwa, ze wskaźnikami umieralności okołoporodowej noworodków w województwie mazowieckim.

Poziom finansowania/ wskaźnik umieralności noworodków	Współczynnik korelacji	P
I poziom referencyjności	-0,257	0,623
II poziom referencyjności	-0,600	0,208
III poziom referencyjności	-0,143	0,787



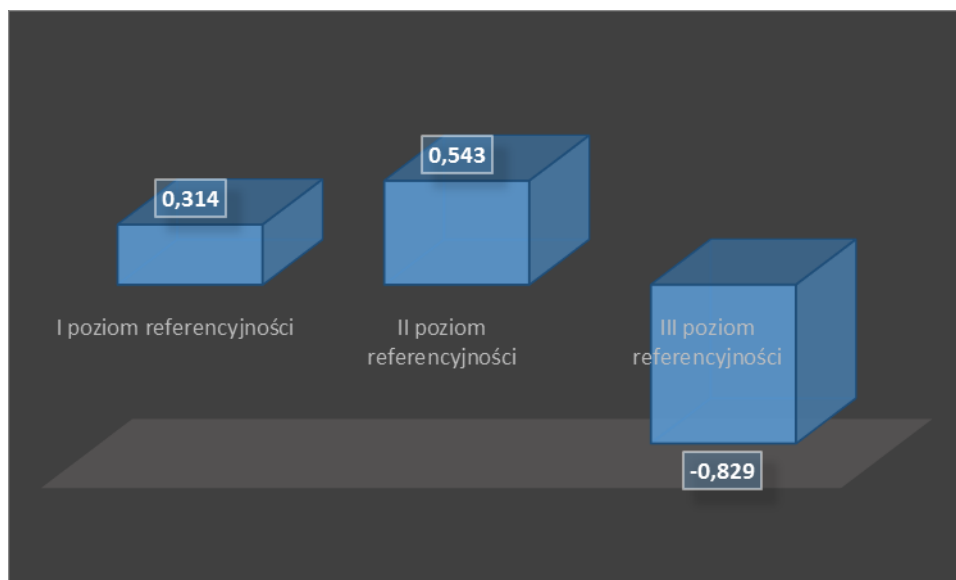
Rycina 14. Porównanie poziomu korelacji średniej wartości kontraktów zawieranych w obszarze położnictwo, ze wskaźnikami umieralności okołoporodowej noworodków w województwie mazowieckim.

W województwie mazowieckim nie stwierdza się korelacji pomiędzy średnią wartością kontraktów zawieranych z oddziałami położniczymi ze wskaźnikami umieralności okołoporodowej noworodków, na żadnym z trzech poziomów referencyjnych szpitali.

c. Korelacje dla Neonatologii - woj. podkarpackie

Tabela 35. Korelacja średniej wartości kontraktów zawieranych w obszarze neonatologia, ze wskaźnikami umieralności okołoporodowej noworodków w województwie podkarpackim.

Poziom finansowania/ wskaźnik umieralności noworodków	Współczynnik korelacji	p
I poziom referencyjności	0,314	0,544
II poziom referencyjności	0,543	0,266
III poziom referencyjności	-0,829	0,042



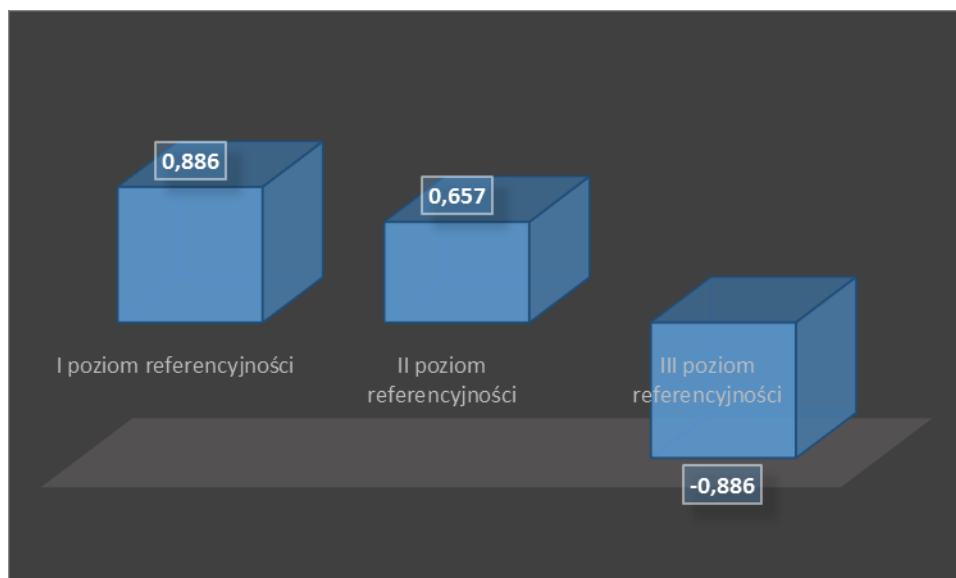
Rycina 15. Porównanie poziomu korelacji średniej wartości kontraktów zawieranych w obszarze neonatologia, ze wskaźnikami ze wskaźnikami umieralności okołoporodowej noworodków w województwie podkarpackim.

W województwie podkarpackim stwierdza się korelację pomiędzy średnią wartością kontraktów zawieranych z oddziałami neonatologicznymi ze wskaźnikami umieralności okołoporodowej noworodków jedynie na III poziomie referencyjnym opieki neonatologicznej. Wartości zawieranych kontraktów na I i na II poziomie referencyjnym nie korelują ze wskaźnikami umieralności okołoporodowej noworodków.

d. Korelacje dla Położnictwa - woj. podkarpackie

Tabela 36. Korelacja średniej wartości kontraktów zawieranych w obszarze położnictwa, ze wskaźnikami umieralności okołoporodowej noworodków w województwie podkarpackim.

Poziom finansowania/ wskaźnik umieralności noworodków	Współczynnik korelacji	P
I poziom referencyjności	0,886	0,019
II poziom referencyjności	0,657	0,156
III poziom referencyjności	-0,886	0,019



Rycina 16. Porównanie poziomu korelacji średniej wartości kontraktów zawieranych w obszarze położnictwo, ze wskaźnikami umieralności okołoporodowej noworodków w województwie podkarpackim.

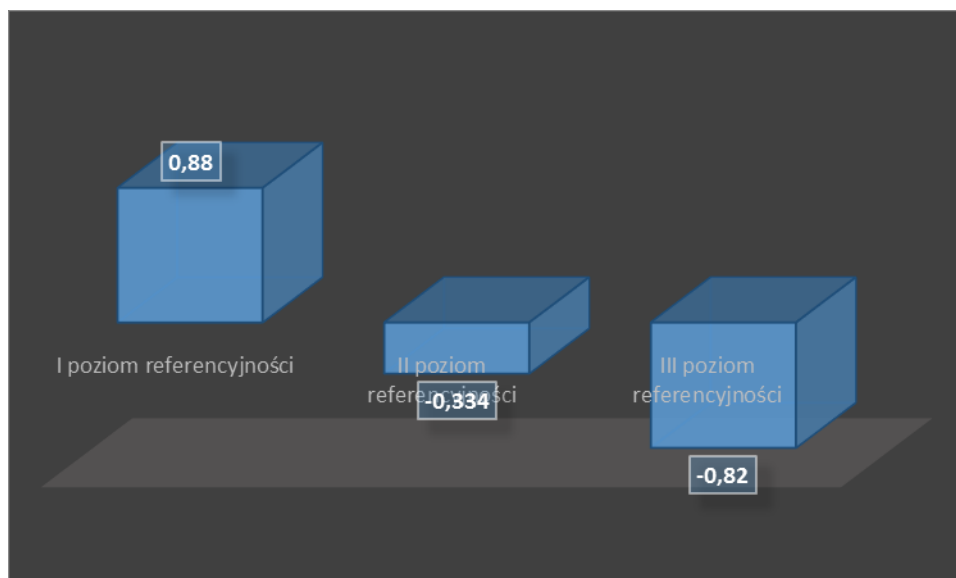
W województwie podkarpackim stwierdza się korelację na I i na III poziomie referencyjnym opieki położniczej pomiędzy średnią wartością kontraktów zawieranych z oddziałami położniczymi a wskaźnikami umieralności okołoporodowej noworodków. Wartości kontraktów zawieranych na II poziomie referencyjnym nie korelują ze wskaźnikami umieralności okołoporodowej noworodków.

5. Badanie poziomu korelacji średniej wartości kontraktów zawieranych w obszarze położnictwo i neonatologia ze wskaźnikami umieralności okołoporodowej matek w województwie mazowieckim i podkarpackim.

a. Korelacje dla neonatologii - woj. mazowieckie

Tabela 37 Korelacja średniej wartości kontraktów zawieranych w obszarze neonatologia ze wskaźnikiem umieralności okołoporodowej matek w woj. mazowieckim.

Poziom finansowania/ wskaźnik umieralności matek	Współczynnik korelacji	p
I poziom referencyjności	0,880	0,021
II poziom referencyjności	-0,334	0,518
III poziom referencyjności	-0,820	0,046



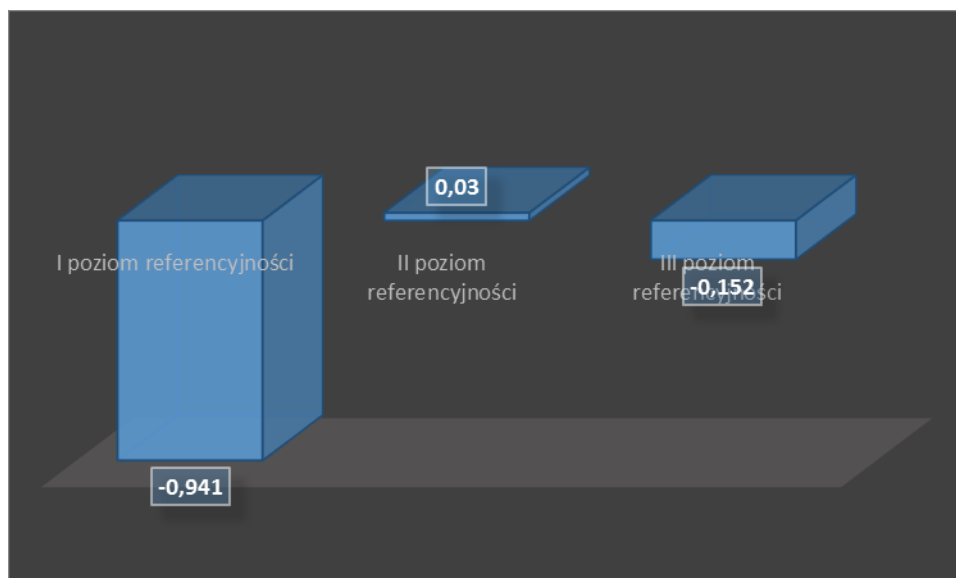
Rycina 17. Porównanie poziomu korelacji średniej wartości kontraktów zawieranych w obszarze neonatologia ze wskaźnikiem umieralności okołoporodowej matek w województwie mazowieckim.

W województwie mazowieckim stwierdza się korelację na I i na III poziomie referencyjnym opieki neonatologicznej pomiędzy średnią wartością kontraktów zawieranych z oddziałami neonatologicznymi a wskaźnikami umieralności okołoporodowej matek. Wartości kontraktów zawieranych na II poziomie referencyjnym nie korelują ze wskaźnikami umieralności okołoporodowej matek.

b. Korelacje dla Położnictwa - woj. mazowieckie

Tabela 38. Korelacja średniej wartości kontraktów zawieranych w obszarze położnictwa ze wskaźnikiem umieralności okołoporodowej matek w woj. mazowieckim.

Poziom finansowania/ wskaźnik umieralności matek	Współczynnik korelacji	P
I poziom referencyjności	-0,941	0,005
II poziom referencyjności	0,030	0,954
III poziom referencyjności	-0,152	0,774



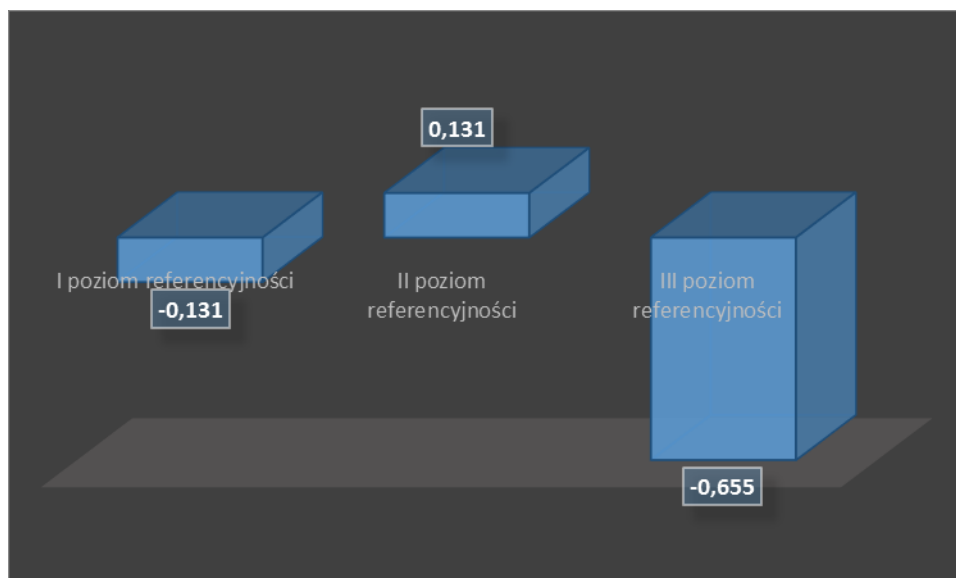
Rycina 18. Średnia wartość kontraktów zawieranych w obszarze położnictwo ze wskaźnikiem umieralności okołoporodowej matek w województwie mazowieckim.

W województwie mazowieckim na I stopniu referencyjnym opieki położniczej stwierdza się korelację pomiędzy średnią wartością kontraktów zawieranych z oddziałami położniczymi a wskaźnikiem umieralności okołoporodowej matek. Nie stwierdza się takiej korelacji na II i na III stopniu referencyjnym.

c. Korelacje dla Neonatologii - woj. podkarpackie

Tabela 39. Korelacja średniej wartości kontraktów zawieranych w obszarze neonatologia ze wskaźnikiem umieralności okołoporodowej matek w woj. podkarpackim.

Poziom finansowania/ wskaźnik umieralności matek	Współczynnik korelacji	p
I poziom referencyjności	-0,131	0,805
II poziom referencyjności	0,131	0,805
III poziom referencyjności	-0,655	0,158



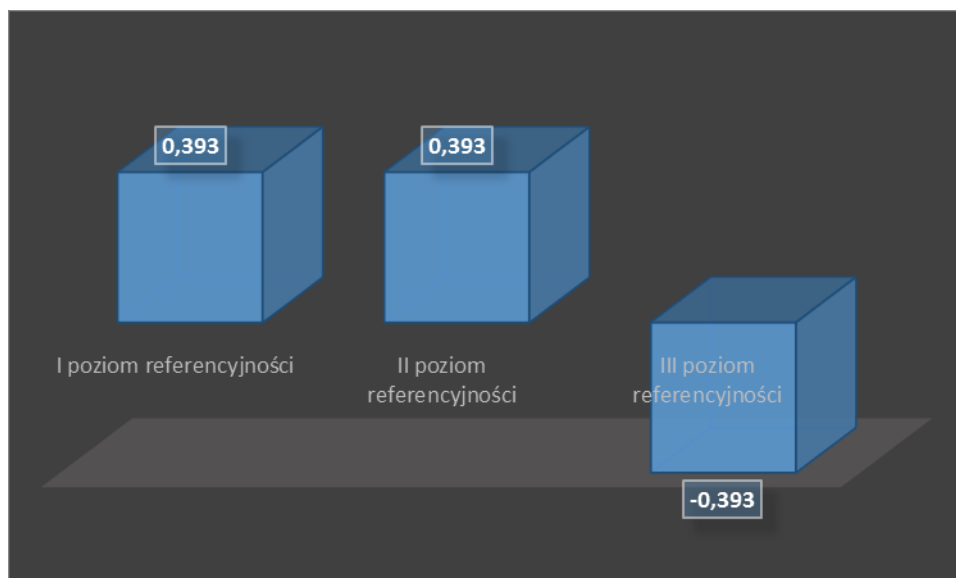
Rycina 19. Porównanie poziomu korelacji średniej wartości kontraktów zawieranych w obszarze neonatologia ze wskaźnikiem umieralności okołoporodowej matek w województwie podkarpackim.

W województwie podkarpackim, na żadnym z trzech poziomów referencyjnych nie stwierdza się korelacji pomiędzy średnią wartością kontraktów zawieranych z oddziałami neonatologicznymi a wskaźnikami umieralności okołoporodowej matek.

d. Korelacje dla Położnictwa - woj. podkarpackie

Tabela 40. Korelacja średniej wartości kontraktów zawieranych w obszarze położnictwa ze wskaźnikiem umieralności okołoporodowej matek w woj. podkarpackim.

Poziom finansowania/ wskaźnik umieralności matek	Współczynnik korelacji	p
I poziom referencyjności	0,393	0,441
II poziom referencyjności	0,393	0,441
III poziom referencyjności	-0,393	0,441



Rycina 20. Porównanie poziomu korelacji średniej wartości kontraktów zawieranych w obszarze położnictwo ze wskaźnikiem umieralności okołoporodowej matek w województwie podkarpackim.

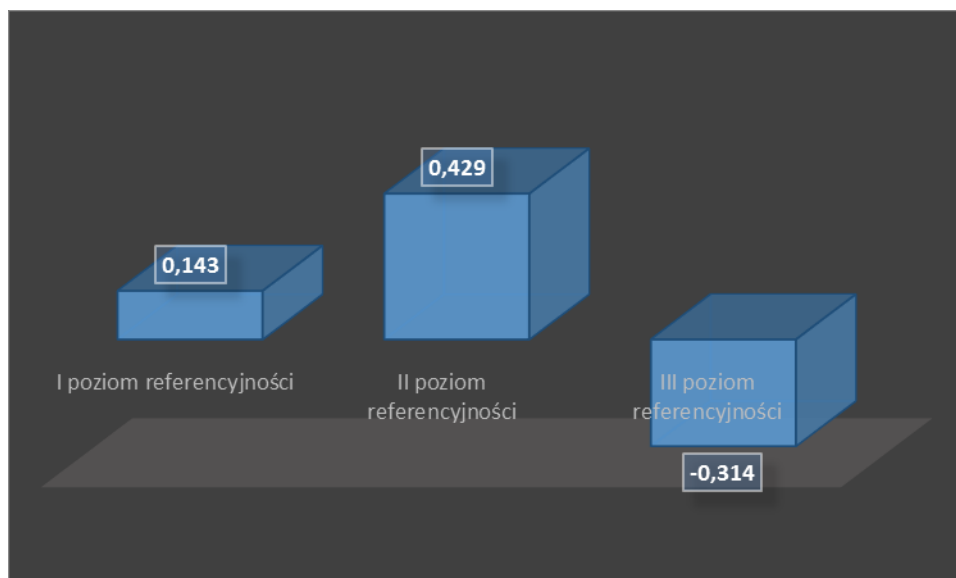
W województwie podkarpackim, na żadnym z trzech poziomów referencyjnych nie stwierdza się korelacji pomiędzy średnią wartością kontraktów zawieranych z oddziałami położniczymi a wskaźnikami umieralności okołoporodowej matek.

6. Badanie poziomu korelacji średniej wartości kontraktów zawieranych w obszarze położnictwo i neonatologia ze wskaźnikami porodów przedwczesnych w województwie mazowieckim i podkarpackim.

a. Korelacje dla Neonatologii - woj. mazowieckie

Tabela 41. Korelacja średniej wartości kontraktów zawieranych w obszarze neonatologia ze wskaźnikami porodów przedwczesnych w województwie mazowieckim.

Poziom finansowania/ wskaźnik porodów przedwczesnych	Współczynnik korelacji	p
I poziom referencyjności	0,143	0,787
II poziom referencyjności	0,429	0,397
III poziom referencyjności	-0,314	0,544



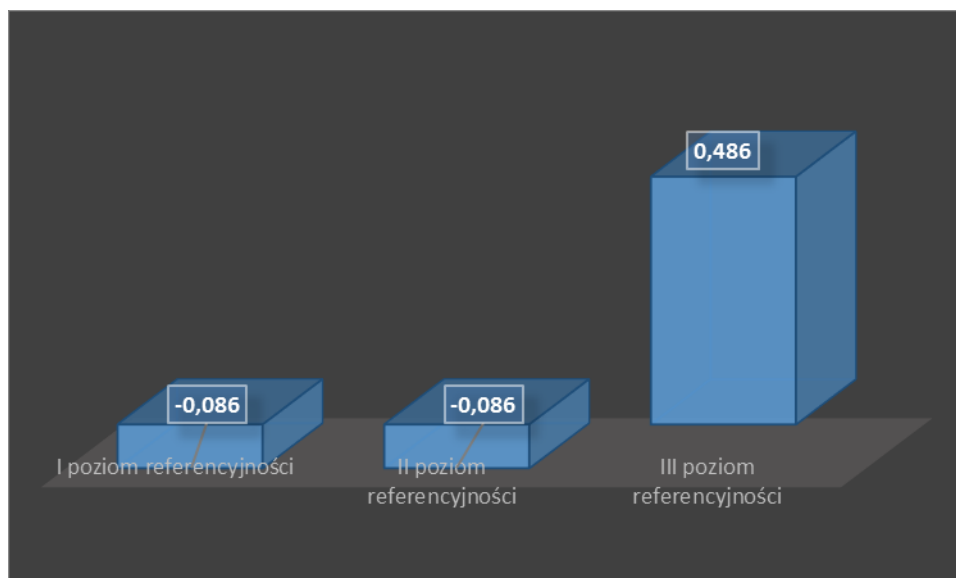
Rycina 21. Porównanie poziomu korelacji średniej wartości kontraktów zawieranych w obszarze neonatologia ze wskaźnikami porodów przedwczesnych w województwie mazowieckim.

W województwie mazowieckim, na żadnym z trzech poziomów referencyjnych nie stwierdza się korelacji pomiędzy średnią wartością kontraktów zawieranych z oddziałami neonatologicznymi a wskaźnikami porodów przedwczesnych.

b. Korelacje dla Położnictwa - woj. mazowieckie

Tabela 42. Korelacja średniej wartości kontraktów zawieranych w obszarze położnictwa ze wskaźnikami porodów przedwczesnych w województwie mazowieckim.

Poziom finansowania/ wskaźnik porodów przedwczesnych	Współczynnik korelacji	p
I poziom referencyjności	-0,086	0,872
II poziom referencyjności	-0,086	0,872
III poziom referencyjności	0,486	0,329



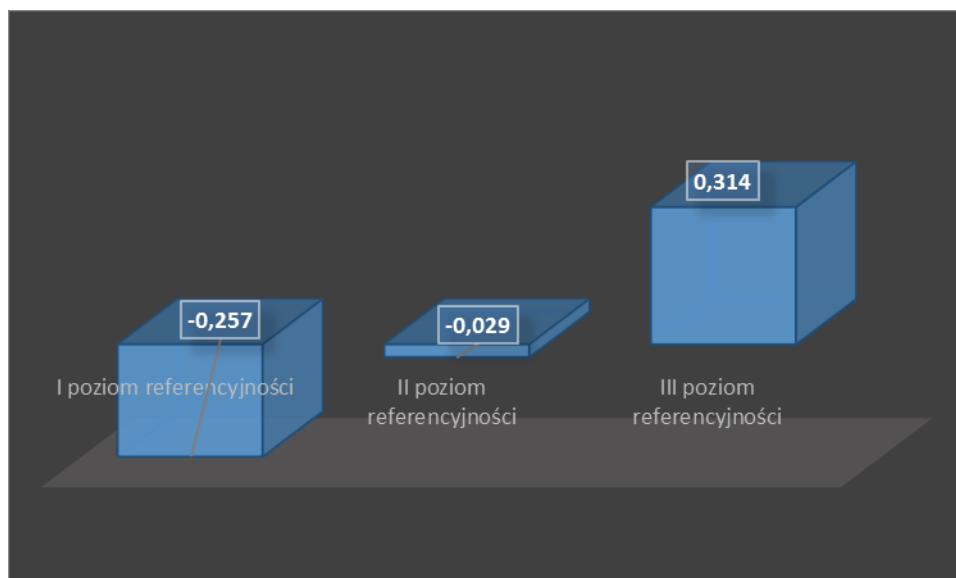
Rycina 22. Porównanie poziomu korelacji średniej wartości kontraktów zawieranych w obszarze położnictwo ze wskaźnikami porodów przedwczesnych w województwie mazowieckim.

W województwie mazowieckim, na żadnym z trzech poziomów referencyjnych nie stwierdza się korelacji pomiędzy średnią wartością kontraktów zawieranych z oddziałami położniczymi a wskaźnikami porodów przedwczesnych.

c. Korelacje dla Neonatologii - woj. podkarpackie.

Tabela 43. Korelacja średniej wartości kontraktów zawieranych w obszarze neonatologia ze wskaźnikami porodów przedwczesnych w województwie podkarpackim.

Poziom finansowania/ wskaźnik porodów przedwczesnych	Współczynnik korelacji	p
I poziom referencyjności	-0,257	0,623
II poziom referencyjności	-0,029	0,957
III poziom referencyjności	0,314	0,544



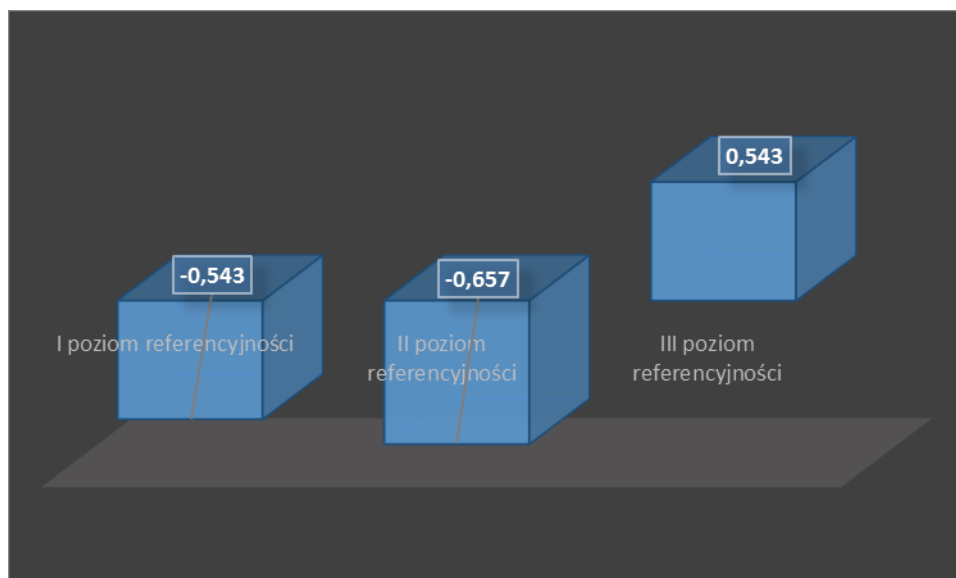
Rycina 23. Porównanie poziomu korelacji średniej wartości kontraktów zawieranych w obszarze neonatologia ze wskaźnikami porodów przedwczesnych w województwie podkarpackim.

W województwie podkarpackim, na żadnym z trzech poziomów referencyjnych nie stwierdza się korelacji pomiędzy średnią wartością kontraktów zawieranych z oddziałami neonatologicznymi a wskaźnikami porodów przedwczesnych.

d. Korelacje dla Położnictwa - woj. podkarpackie

Tabela 44. Korelacja średniej wartości kontraktów zawieranych w obszarze położnictwa ze wskaźnikami porodów przedwczesnych w województwie podkarpackim.

Poziom finansowania/ wskaźnik porodów przedwczesnych	Współczynnik korelacji	p
I poziom referencyjności	-0,543	0,266
II poziom referencyjności	-0,657	0,156
III poziom referencyjności	0,543	0,266



Rycina 24. Porównanie poziomu korelacji średniej wartości kontraktów zawieranych w obszarze położnictwa ze wskaźnikami porodów przedwczesnych w województwie podkarpackim.

W województwie podkarpackim, na żadnym z trzech poziomów referencyjnych nie stwierdza się korelacji pomiędzy średnią wartością kontraktów zawieranych z oddziałami położniczymi a wskaźnikami porodów przedwczesnych.

4. OMÓWIENIE WYNIKÓW I DYSKUSJA

Zjawisko nierówności w zdrowiu jest bardzo poważnym problemem ludności Polski [43]. Z tego powodu od 2014 roku realizowany jest Projekt Predefiniowany: „Ograniczanie Społecznych Nierówności w Zdrowiu”, współfinansowany z Norweskiego Mechanizmu Finansowego. Głównym celem projektu jest przedstawienie społecznych uwarunkowań polityki zdrowotnej w kontekście wyzwań dla Polski [44]:

- rozpoznanie uwarunkowań zdrowia,
- rozpoznanie głównych przyczyn leżących u podłoża nierówności w zdrowiu,
- zapoznanie ze strategiami i metodami zmniejszenia nierówności w zdrowiu (zwłaszcza z uwzględnieniem strategii i metod zdrowia publicznego),
- poznanie zasad funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej w Polsce (ze szczególnym uwzględnieniem struktur, które powinny być zaangażowane w zmniejszanie nierówności w zdrowiu).

Niniejsza praca w całości komponuje się w strategię wymienionego programu wyrównywania nierówności w zdrowiu społeczeństwa Polskiego, po części realizuje jego cele. Prezentowane wyniki pozwalają poznać zasady funkcjonowania systemu opieki nad kobietą rodzącą i noworodkiem w Polsce. Dla uzyskania lepszego kontrastu, różnice w systemie wykazano porównując dwa województwa o skrajnie odmiennych uwarunkowaniach gospodarczych, demograficznych, geograficznych oraz finansowych: mazowieckiego oraz podkarpackiego. Wykazano, że w prawdzie w obu województwach struktura opieki położniczo – noworodkowej opiera się na tym samym standardzie: to jest trójstopniowym systemie referencji ośrodków, jednak o porównywalnym systemie i braku różnic dla ludności tych dwóch województw można mówić jedynie w zakresie podstawowym, to znaczy opieki I stopnia referencyjności. Prezentowana w niniejszej pracy szczegółowa analiza systemu organizacji i finansowania opieki nad kobietą rodzącą i noworodkiem w województwach mazowieckim i podkarpackim wykazała porównywalną dostępność dla ludności, jak również zbliżoną wartość finansowania dla opieki I stopnia referencyjności.

W przypadku bardziej specjalistycznych świadczeń, II i III stopnia referencji, zarówno dostępność - wynikająca z liczby łóżek przypadających na mieszkańców

województwa, jak i kwoty kontraktów przypadających na każde świadczenie są wyższe w województwie mazowieckim niż podkarpackim. Zależność ta jest szczególnie widoczna w przypadku świadczeń III stopnia referencyjności. Argumentem tłumaczącym większą liczbę stanowisk świadczących opiekę wysokospecjalistyczną w województwie mazowieckim niż podkarpackim, jest centralizacja rzadkich patologii z terenu kraju w ośrodkach klinicznych, niewątpliwie również na terenie województwa mazowieckiego. W celu zapewnienia możliwości przejęcia trudnych przypadków klinicznych i zapewnienia im leczenia w wyspecjalizowanych klinikach konieczne było zorganizowanie większej liczby stanowisk wysokospecjalistycznych na terenie województwa mazowieckiego. Jednak trudno uzasadnić wyższy poziom finansowania jednakowych procedur w odmiennych regionach kraju. Poziom składki ubezpieczeniowej jest równy na terenie całego kraju, zatem wycena tożsamyh procedur nie powinna różnić się na terenie poszczególnych województw. Takie działania prowadzą w efekcie końcowym do zjawiska nierówności w zdrowiu, których wyeliminowanie jest jednym z celów polityki zdrowotnej WHO. Oficjalną polisę WHO, poruszającą konieczność wyrównania poziomów świadczeń, przedstawił Opolski i wsp. [45]. Autorzy podkreślają, że według WHO dwa główne zadania, jakim powinny sprostać instytucje odpowiedzialne za organizację i finansowanie opieki zdrowotnej, to poprawa, jakości świadczeń zdrowotnych oraz ograniczanie społecznych nierówności w zdrowiu. Jedną z metod osiągnięcia celu nr 2, to jest ograniczenia społecznych nierówności w zdrowiu na terenie Polski, jest opracowanie jednolitego algorytmu finansowania świadczeń we wszystkich województwach. Prezentowana rozprawa wskazuje, że w chwili obecnej średni poziom finansowania opieki nad kobietą rodzącą i noworodkiem na terenie dwóch różnych województw (mazowieckiego podkarpackiego) tylko w niewielkim stopniu koreluje zarówno z liczbą ludności mieszkańców, (co ma nieco mniejsze znaczenie z uwagi na przepływ pacjentów oraz nierejestrowaną migrację ludności), lecz także z faktyczną liczbą urodzeń na terenie obu województw. Warto dodać, że problem ten w większej części występuje na terenie województwa mazowieckiego niż podkarpackiego.

Przydatność badań analizujących funkcjonowanie własnych systemów opieki zdrowotnej w celu poprawy ich, jakości dowiedli Cianciara i wsp. [46]. Prezentowane w niniejszej pracy wyniki badań zwracają uwagę na fakt, że alokacja wyższych kwot kontraktów na wysokospecjalistyczną opiekę położniczo - noworodkową

w województwie mazowieckim w porównaniu do województwa podkarpackiego, nie koreluje z poprawą współczynników umieralności noworodków ani odsetka porodów przedwczesnych. Nasuwa to pytanie: jakie inne czynniki oprócz nakładów finansowych potrzebne są do poprawy wskaźników, jakości opieki nad kobietą rodzącą i noworodkiem w Polsce? Wymaga to dokonania wnikliwej samooceny funkcjonowania systemu. Według Supranowicza i wsp. [47] samoocena jest niezwykle istotnym elementem poprawy zdrowia publicznego w każdym kraju.

Prezentowane w niniejszej pracy wyniki samooceny systemu organizacji opieki położniczo- noworodkowej wskazują na brak spójności w różnych regionach kraju w zakresie metodyki przydzielania kwot kontraktów dla podmiotów świadczących usługi w tej dziedzinie. Wielkość kontraktów w przeliczeniu na jedno łóżko pacjenta nie koreluje w sposób systematyczny z danymi epidemiologicznymi (liczba urodzeń, liczba mieszkańców, wskaźniki umieralności noworodków, wskaźniki umieralności kobiet, odsetki porodów przedwczesnych) w badanych województwach. Pojawiające się pojedyncze korelacje mają bardziej charakter incydentalny i nie są powtarzalne nie tylko pomiędzy województwami, lecz również pomiędzy kolejnymi stopniami referencji w obrębie tych samych województw. Świadczy to o potrzebie stworzenia jednolitego algorytmu przydzielania środków finansowych dla podmiotów na terenie kraju, opartego na przejrzystych zasadach umożliwiających świadczeniodawcom realizowanie ich zakresów zadań i obowiązków. Problem ten wiąże się z terminem bezpieczeństwa zdrowotnego. Termin ten zaczął być używany w Polsce od czasu zmiany systemu finansowania służby zdrowia i przejścia na system ubezpieczeniowy w latach 90-tych dwudziestego wieku [48]. Od tego czasu pojawia się przy kolejnych próbach reformowania systemu i jako wyraz troski rządzących o zdrowie obywateli. Równolegle daje się odnotować niską aktywność a wręcz powściągliwość kręgów naukowych w analizowaniu tej kategorii.

Znaczący wkład i impuls do dyskusji na ten temat stanowi Nr 1/2006 Problemów Higieny i Epidemiologii, w którym ukazały się 3 artykuły pogładowe związane z tą problematyką [49][50][51]. Przedstawione w nich informacje i opinie wskazują, jak wielowątkowe i trudne do zdefiniowania jest to zagadnienie. Na potwierdzenie tej tezy można przytoczyć również dane, że wpisanie hasła „health security” w wyszukiwarkach internetowych prowadzi do wyświetlenia tysięcy pozycji (Google 970.000.000; portal UE 17.000; OZ 11.100; CDC 116.441).

I chociaż część z nich dotyczy spraw innych lub wątków pobocznych tego zagadnienia, to cele i cechy bezpieczeństwa zdrowotnego (jego granice i składowe) warte są pogłębionej analizy oraz szerokiej debaty publicznej i dyskursu profesjonalistów. W szerszym ujęciu bezpieczeństwo zdrowotne kobiety rodzącej i noworodka powinno obejmować koordynację rozproszonych elementów odpowiedzialnych za organizację, zarządzanie i finansowanie opieki położniczo – noworodkowej w Polsce. Przegląd piśmiennictwa wskazuje na zdecydowanie ekonomiczne podłoże tego problemu na całym świecie [52][53][54][55]. Warto zauważyć, że potrzeby polskiego pacjenta są niższe niż pacjentów w krajach zachodnich.

Według Gromulskiej i wsp. [56] reagowanie systemów zdrowotnych na potrzeby pacjenta, definiowane, jako niemedyczny aspekt procesu leczniczego zależny od praw pacjenta i jest jednym z głównych celów strategii WHO na XXI wiek. Autorzy stwierdzili, że oczekiwania polskich pacjentów są na poziomie pacjentów krajów grupy OECD, niższe niż w Czechach, tylko nieco wyższe niż w Słowenii, Słowacji oraz Węgrzech. Według Iwanowicz- Pawlus i wsp. [57] rozpatrywanie medycznych aspektów zdrowia kobiet i noworodków, wraz z prawnymi, ekonomicznymi, społecznymi i politycznymi uwarunkowaniami, prezentowanymi z punktu widzenia różnych dyscyplin, pozwala na szerokie i wszechstronne podejście do zdrowia społeczeństwa. Zmiany wynikające z reorganizacji ochrony zdrowia w Polsce w ostatnich latach spowodowały dywersyfikację i niestabilność instytucji świadczących opiekę zdrowotną kobiecie i jej rodzinie. W ostatnich latach obserwuje się wzrost świadomości społecznej, indywidualnej, a także politycznej, co do czynników wpływających na sytuację zdrowotną kobiet i zdrowie ich dzieci, a tym samym zdrowie społeczeństwa, w tym zwłaszcza odpowiedzialności poszczególnych jednostek, grup społecznych oraz wielu instytucji i decydentów. Ocena jakości i efektywności wykonywania zadań na rzecz zdrowia matki i jej dziecka przez jednostki organizacyjne ochrony zdrowia, w równym stopniu na poziomie podstawowym, wojewódzkim, jak i ogólnokrajowym, powinny być wprowadzone do powszechnej praktyki. Najkorzystniejsze, z punktu widzenia medycznego, jak i ekonomicznego, powinno być wprowadzenie działań mających na celu nie tylko profilaktykę patologii położniczych, ale udoskonalenie działań prozdrowotnych w szerokim zakresie [58]. Zdrowie i rozwój dziecka nierozdzielnie wiążą się ze zdrowiem matki. Opieka przedporodowa, jak i opieka w trakcie porodu i w pierwszych tygodniach życia po porodzie, ma kluczowe

znaczenie dla prawidłowego rozwoju dziecka aż po okres dojrzewania i wywiera wpływ na całe jego dorosłe życie. Inwestycje poczynione w okresie ciąży, porodu a także w okresie noworodkowym przyczyniają się najbardziej do ograniczenia nierówności wskaźników zdrowotnych, w tym umieralności okołoporodowej i odsetka porodów przedwczesnych. Nadanie priorytetu zdrowiu matek i noworodków może waleń przyczynić się do rozerwania błędnego koła choroby i biedy. Dlatego potrzebne jest przyjęcie na mocy ustawy kompleksowego, trwałego systemu finansowania opieki zdrowotnej nad kobietą rodzącą i noworodkiem, z dostosowaniem do tego celu struktury organizacyjnej Ministerstwa Zdrowia, organów władzy rządowej i samorządowej w terenie i wprowadzeniem zasady mówiącej, że poprawa zdrowia matki i dziecka stanowi integralny element oceny działalności tych organów. Ocena, jakości i skuteczności wykonywania zadań na rzecz zdrowia matki i dziecka przez jednostki organizacyjne ochrony zdrowia na poziomie podstawowym, wojewódzkim i ogólnokrajowym powinna być wprowadzona do powszechnej praktyki. W prezentowanej pracy zbadano korelację wielkości środków finansowych alokowanych do województwa mazowieckiego i podkarpackiego, ze współczynnikami umieralności noworodków, umieralności matek oraz wskaźnikiem porodów przedwczesnych. Według Ciabiada i wsp. [59] najbardziej wiarygodną ocenę stanu zdrowia ludności umożliwiają analizy umieralności. W określaniu kondycji zdrowotnej populacji coraz większą rolę spełniają mierniki, za pomocą, których ocenia się umieralność, a także odsetek porodów przedwczesnych. Wskazują one na zdrowotny, społeczny i ekonomiczny status społeczeństwa. Analiza umieralności noworodków oparta jest głównie na danych z rejestru zgonów, prowadzonego przez Główny Urząd Statystyczny. W badaniach określane są rzeczywiste i standaryzowane współczynniki zgonów ogółem i dla najczęstszych przyczyn. W przeprowadzonym badaniu nie wykazano związku pomiędzy wyższym poziomem finansowania opieki nad kobietą rodzącą i noworodkiem w województwie mazowieckim (w porównaniu do podkarpackiego), a poprawą wskaźników. Budzi to pytanie o racjonalność wydawania tych środków. Prezentowana rozprawa jest jedyną kompleksową analizą różnic w organizacji i finansowaniu opieki położniczo- neonatologicznej pomiędzy województwami. Taka analiza jest niezbędna dla skutecznego wprowadzenia programu „Ograniczanie Społecznych Nierówności w Zdrowiu”, współfinansowanego z Norweskiego Mechanizmu Finansowego. Według Konsultanta Krajowego w dziedzinie zdrowia publicznego, prof. Mirosława J Wysockiego zjawisko

nierówności w Zdrowiu jest bardzo poważnym problemem ludności Polski. Przeciwdziałanie zjawisku nierówności w zdrowiu wymaga współpracy sektorów oraz podmiotów, wynikającej z rzetelnej wiedzy o tym problemie [60]. Prezentowana rozprawa w części dostarcza takiej wiedzy. Wykazuje, że sam moduł organizacji opieki nad kobietą rodzącą i noworodkiem, polegający na trójstopniowym systemie opieki perinatalnej, nie gwarantuje równego dostępu do wysokospecjalistycznych procedur w różnych województwach, a tym samym nie zapewnia wyrównania nierówności w zdrowiu ludności. Porównywalny poziom finansowania w różnych województwach utrzymywany jest jedynie dla podstawowych świadczeń, pierwszego stopnia referencji. Na świadczenia wysokospecjalistyczne, głównie trzeciego stopnia referencyjności, przeznaczają się wyższe kontrakty w województwie mazowieckim, co pogłębia zjawisko nierówności w zdrowiu. W maju 1977 r. Światowe Zgromadzenie Zdrowia opublikowało rezolucję wskazującą, że głównym celem Światowej Organizacji Zdrowia i jej państw członkowskich w najbliższych dziesięcioleciach powinno być uzyskanie przez wszystkich obywateli świata takiego poziomu zdrowia, który pozwoli im prowadzenie ekonomicznie i społecznie produktywnego życia [61]. Podstawą tych decyzji oraz zamierzeń i programów, który nazwano „Zdrowie dla Wszystkich” (HFA) była wiedza i świadomość narastania poważnych problemów zdrowotnych i społeczno-ekonomicznych oraz niedostosowanie dotychczasowych modeli i systemów ochrony zdrowia. W działaniach tych określano zdrowie, jako jeden z podstawowych elementów rozwoju ludzkości, stworzono podstawę i dano impuls do wielu globalnych, regionalnych i krajowych działań realizowanych pod hasłem Zdrowie dla Wszystkich 2000 (HFA 2000) [62]. Koncepcja tzw. „Nowego Zdrowia Publicznego” (New Public Health) wywodzi się z ogólnego myślenia o uwarunkowaniach zdrowia, gdzie podstawą pozostaje koncepcja obszarów zdrowia Lalondé’a, jednak równocześnie mocno podkreślone jest także znaczenie czynników społeczno-ekonomicznych i socjalnych.

Definicję charakteryzującą zakres Nowego Zdrowia Publicznego zaprezentowali w 2000 r. Tulchinsky T.H. i Varavikova T.A. [63]. Zakres i działania zdrowia publicznego są wyraźnie określone i niezależnie od obowiązującego w danym kraju systemu finansowania ochrony zdrowia muszą pozostać w sferze odpowiedzialności państwa. W toczącej się w Polsce od wielu lat dyskusji na temat reformowania ochrony zdrowia, dominuje problem finansowania świadczeń medycznych (opieki zdrowotnej), wciąż zbyt mała wydaje się być aktywność w obszarze organizacji

i finansowania zdrowia publicznego. Nie ma, bowiem, jak wiadomo kraju, nawet wśród tych najbogatszych, którego system finansowania opieki medycznej wobec wciąż rosnących oczekiwań, byłby wystarczający. We wszystkich krajach brakuje pieniędzy na usługi medyczne i jest to proces, który z uwagi na rosnące wciąż koszty procedur diagnostycznych i leczniczych (szczególnie w dziedzinie neonatologii) a także rosnące oczekiwania ze strony społeczeństwa, będzie się pogłębiał. Dlatego rzetelna analiza systemu finansowania opieki nad kobietą rodzącą i noworodkiem w różnych regionach kraju, jest niezbędna dla racjonalnej alokacji środków, a tym samym wyrównania nierówności w zdrowiu i uzyskania lepszych wskaźników opieki perinatalnej.

5. WNIOSKI

Zarówno w województwie mazowieckim jak i podkarpackim opieka nad kobietą rodzącą i noworodkiem funkcjonuje w oparciu o trójstopniowy system opieki perinatalnej.

1. Wartości kontraktów przypadające na każde łóżko położnicze oraz noworodkowe, zawieranych w województwie mazowieckim oraz podkarpackim są porównywalne jedynie w ośrodkach o I stopniu referencji. Ośrodki II oraz III stopnia referencji uzyskują wyższe finansowanie w województwie mazowieckim.
2. Wartości kontraktów zawieranych z oddziałami neonatologicznymi w województwie mazowieckim oraz podkarpackim korelują z liczbą urodzeń jedynie w ośrodkach o I stopniu referencyjnym.
3. W porównaniu do województwa mazowieckiego w województwie podkarpackim stwierdza się mniejszą liczbę wysokospecjalistycznych stanowisk opieki neonatologicznej w ramach ośrodków o III stopniu referencyjnym, przypadających na liczbę mieszkańców oraz liczbę urodzeń na terenie województwa.
4. Wyższe wartości kontraktów zawieranych na terenie województwa mazowieckiego z ośrodkami o II i III stopniu referencyjnym, nie korelują z obniżeniem wskaźnika umieralności okołoporodowej noworodków oraz odsetkiem porodów przedwczesnych, rejestrowanych w tym województwie.

6. PIŚMIENNICTWO

- [1] Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r ust. 2 art. 68.
- [2] Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
- [3] Jerzmański H., Pięć lat Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej, Warszawa 2002.
- [4] Skrzydło W, Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej komentarz, 7 wyd. Wolters Kluwer Polska SA, 2013.
- [5] Szymborski J., Zdrowie publiczne i polityka ludnościowa, Rządowa Rada Ludnościowa, Tom II, Warszawa 2012.
- [6] Kolwitz M, System ochrony zdrowia-Perspektywy i możliwości zastosowania systemów ochrony zdrowia innych państw Unii Europejskiej, Rocznik Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie, Szczecin 2010.
- [7] Służba zdrowia, Ogólnopolskie pismo lekarzy, pielęgniarek, farmaceutów i menedżerów opieki zdrowotnej, X, 2001.
- [8] Publikacja zbiorowa: Sagan A., Panteli D., Golinowska S., i wsp., Zarys systemu ochrony zdrowia, Drukarnia Open Eyes, Warszawa 2012.
- [9] Nawrońska I., Proces przekształceń systemu ekonomiczno-finansowego opieki zdrowotnej w Polsce, Wydawnictwo Uniwersytetu Szczecińskiego, Szczecin 2003.
- [10] Świadczenia opieki zdrowotnej finansowane ze środków publicznych, Vademecum, NFZ, Warszawa 2012.
- [11] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 17 listopada 2009 r. w sprawie szczegółowego trybu i kryteriów podziału środków pomiędzy centralę i oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia z przeznaczeniem na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej dla ubezpieczonych, (DzU nr 193 poz. 1495).
- [12] Nawrońska I., Będzieszak M., Ocena poziomu finansowania ochrony zdrowia ze środków publicznych [w:] Sterowanie kosztami w zakładach opieki

zdrowotnej, red. M. Hass-Symotiuk, US WNEiZ, PAN Oddział w Gdańsku, Szczecin 2005.

- [13] Luka M., Kontrolowanie świadczeń przez NFZ. Nowe zasady od 2015 roku. Wydanie 3, Wiedza i Praktyka , Warszawa 2015.
- [14] Obłóza B., Organizacja i Finansowanie Opieki nad Położnicą i Noworodkiem, Warszawa 2009.
- [15] Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
- [16] Ustawa z 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2015 r. poz. 618).
- [17] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, porodu oraz opieki nad noworodkiem (DZ.U z 2012 poz. 1100).
- [18] Ustawa z dnia 2 grudnia 2009r. o izbach lekarskich (Dz. U. Nr 219, poz. 1708 oraz z 2011r. Nr 112, poz. 654 i Nr113, poz. 657).
- [19] Ustawa z dnia 1 lipca 2011r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U. Nr 174, poz.1038).
- [20] Helwich E., Przyczyny porodów przedwczesnych i podstawowe czynniki ryzyka wynikające z wcześniactwa, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2002.
- [21] Szczapa J., Neonatologia, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2000.
- [22] Ginekologia po dyplomie, Wydawnictwo specjalne, Medica Tribune Polska, Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego 2003-2007.
- [23] Szymczyk E., Problemy pielęgnacji noworodków urodzonych przedwcześnie, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2002.
- [24] Szczapa J., Neonatologia-Skrypt dla studentów, Akademia Medyczna w Gdańsku, Gdańsk 2005.
- [25] Szczapa J., Podstawy neonatologii, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2008.

- [26] Borkowski W. M., Opieka pielęgniarska nad noworodkiem, Medycyna praktyczna, Kraków 1994.
- [27] Szczapa J., Podstawy neonatologii, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2008.
- [28] Helwich E., Wcześniak, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2002.
- [29] Polskie Towarzystwo Neonatologiczne, Standardy opieki medycznej nad noworodkiem w Polsce, , Wydawnictwo Media-Press, Warszawa 2015.
- [30] Bałanda A., Opieka nad noworodkiem, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2009.
- [31] Aoki B.Y, K. McCloskey., Dziecko w stanie zagrożenia życia, Medycyna praktyczna, Kraków 1999.
- [32] Borkowski W. M., Opieka pielęgniarska nad noworodkiem, Medycyna praktyczna s.c., Kraków 1994.
- [33] Cloherty J. P, Eichenwald E. C, Hansen A. R, Stark A. R, Neonatologia, Medipage 2014.
- [34] Polskie Towarzystwo Neonatologiczne, Standardy opieki medycznej nad noworodkiem w Polsce, , Wydawnictwo Media-Press, Warszawa 2015.
- [35] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz.U. z 2013 r., poz. 1520).
- [36] Łozińska D., Twarowska I., Neonatologia, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1993.
- [37] Rutkowska M., Problemy oddechowe noworodków urodzonych przedwcześnie, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2002.
- [38] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2014 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego.
- [39] Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej podstawie art. 22 ust. 5 ustawy (Dz. U. z 2013 r. poz. 217, z późn. zm.).
- [40] Zarządzenie Nr 89/2013/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 19 grudnia 2013 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne.

- [41] Zasady kontraktowania świadczeń w 2008 roku, materiały dla świadczeniodawców, sierpień 2007.
- [42] Zarządzenie Nr 67/2008/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 4 września 2008 r.
- [43] Wysocki M., Ograniczanie społecznych nierówności w zdrowiu – wyzwania dla zdrowia publicznego, polityki zdrowotnej i społecznej w Polsce, <http://www.kdkevents.pl/nierownosci/>.
- [44] Kuszewski K. i wsp., Narodowy Program Zdrowia 2006-2015 – założenia i perspektywy, Zesz. Nauk. Ochr. Zdr., Zdr. Publ. Zarz., 2006, 4: 110-120.
- [45] Opolski J.T., Wysocki M.J. "Health 2020"--new framework for health policy, Part I."Przegl Epidemiol 2013, 67: 87-91.
- [46] Cianciara D., M. Piotrowicz, Bielska-Lasota, M. et al., The role of science in policy making--EuSANH-ISA project, framework for science advice for health, Przegl Epidemiol 2012, 66: 521.
- [47] Supranowicz P., Wysocki M.J., Car J., et al. Determinants of self-rated health of Warsaw inhabitants. Rocz. Panstw Zakl Hig 2012, 63: 273-84.
- [48] Cianciara D., Wysocki M., Koncepcja bezpieczeństwa zdrowotnego- panaceum czy placebo? Probl Hig Epidemiol 2006; 87: 79-82.
- [49] Miller M., Opolski J., Bezpieczeństwo zdrowotne zakres i odpowiedzialność. Probl Hig Epidemiol 2006, 87: 1-5.
- [50] Widerska-Kopacz J., System bezpieczeństwa zdrowotnego ludności w Polsce, jako istotny element ochrony zdrowia publicznego, Probl Hig Epidemiol 2006, 87: 6-11.
- [51] Wilmowska-Pietruszyńska A., Waszkiewicz L., Bolanowski W., Problemy związane z zatrudnieniem osób niepełnosprawnych w Polsce, Probl Hig Epidemiol 2006, 87: 25-7.
- [52] Saltman R.B., The idea of health security, Eurohealth 2002, 8: 18-9.
- [53] Bettcher D.W., Sapirie S, Goon E.H.T., Essential public health functions, results of the international Delphi study, World Health Statistics Quarterly, 1998, vol. 51, Nr 1: 44-45.
- [54] Leowski J: Essential public health functions – their place in the Health – for – All Policy for the 21st century. World Health Statistics Quarterly, 1998; 51 (1):55.

- [55] Leowski J., Rola i miejsce państwa w systemie ochrony zdrowia. *Prawo i Medycyna* 2000; 2 (6-7):21-30.
- [56] Gromulska, L., Supranowicz P., Wysocki M.J., Responsiveness to the hospital patient needs in Poland. *Rocz Panstw Zakl Hig* 2014, 65: 155-64.
- [57] Iwanowicz-Palus G. J., Stadnicka G., Bień A., Organizacja opieki przedkoncepcyjnej i okołoporodowej determinantą zdrowia rodziny i społeczeństwa. *Med Og Nauk Zdr.* 2013; 19(3): 313–318.
- [58] Leowski J., Opolski J., Ochrona zdrowia w Polsce u progu 21-go stulecia – scenariusz naprawy reformy ochrony zdrowia (artykuł dyskusyjny). *Antidotum*, 2001, 9: 34-52.
- [59] Ciabiada B., Dzikowska-Zaborszczyk E., Piłka M., et al. Metody statystyczne zastosowane w analizie umieralności w publikacjach autorów polskich. *Probl Hig Epidemiol* 2015, 96(3): 565-569.
- [60] Wysocki M. J., Miller M, Paradygmat Lalonde'a, Światowa Organizacja Zdrowia i Nowe Zdrowie Publiczne, *Przegląd Epidemiologiczny* 2003, 57: 505–512.
- [61] World Health Organization. Primary health care. Report of the International Conference on Primary Health Care „Health for All” Series, No. 1. WHO, Geneva, 1978.
- [62] Miller M., Opolski J., Zdrowie Publiczne w Polsce a polityka zdrowotna w świetle dokumentów Światowej Organizacji Zdrowia. *Postępy Nauk Medycznych.* 2009,4: 282-289.
- [63] Tulchinsky T. H., Varavikova E. A., The New public health. Academic Press. New York, 2000.

7. STRESZCZENIE

WSTĘP:

Zgodnie z Konstytucją Rzeczypospolitej Polskiej, każdy obywatel Polski ma prawo do ochrony zdrowia. W oparciu o najwyższy akt prawny władze publiczne zapewniają obywatelom równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej.

CEL PRACY:

1. Ocena organizacji opieki nad kobietą rodzącą i noworodkiem na terenie województw: mazowieckiego i podkarpackiego.
2. Porównanie wielkości środków finansowych dysponowanych do obu województw w celu zapewnienia opieki położniczo - noworodkowej.
3. Określenie spójności systemu opieki nad kobietą rodzącą i noworodkiem z uwzględnieniem danych epidemiologicznych i demograficznych mieszkańców w obu województwach.

MATERIAŁ, METODY:

1. Dane Głównego Urzędu Statystycznego.
2. Dane Narodowego Funduszu Zdrowia.

Analizowany materiał dotyczył stanu w latach 2010 – 2014.

WNIOSKI:

1. Wartości kontraktów przypadające na każde łóżko w województwie mazowieckim oraz podkarpackim są porównywalne jedynie w ośrodkach o I stopniu referencji. Ośrodki II oraz III stopnia referencji uzyskują wyższe finansowanie w województwie mazowieckim.
2. W porównaniu do województwa mazowieckiego w województwie podkarpackim stwierdza się mniejszą liczbę wysokospecjalistycznych stanowisk opieki neonatologicznej w ramach ośrodków o III stopniu referencyjnym, przypadających na liczbę urodzeń na terenie województwa.
3. Wyższe wartości kontraktów zawieranych na terenie województwa mazowieckiego z ośrodkami o II i III stopniu referencyjnym, nie korelują

z obniżeniem wskaźnika umieralności okołoporodowej noworodków oraz odsetkiem porodów przedwczesnych, rejestrowanych w tym województwie.

INTRODUCTION:

According to the Constitution of the Republic of Poland, every Polish citizen has the right to a health care. Based on the highest legal act, official authorities are ensuring equal access of citizens to healthcare services.

THE PURPOSE OF THE WORK:

1. Evaluation of the health care for woman in travail and new-born child on the area of voivodships: Mazovian and Subcarpathian.
2. The comparison of the financial resources quantity for both voivodships in order to provide obstetric and neonatal care.
3. Determination of the health care system for woman in travail and new-born child consistency with taking into account epidemiological data and demographics population in both voivodships.

THE MATERIAL, THE METHODS:

1. Central Statistical Office data.
2. National Health Fund data.

Analysed material concerned the state in years 2010 - 2014.

CONCLUSIONS:

1. The values of contracts per each bed in Masovian and Subcarpathian voivodship are comparable only in the centres about the first degree of reference. The centres of a second and third degree of reference obtain the higher financing in Mazovian voivodship.
2. In the comparison to Mazovian voivodship, the smaller number of the highly specialised neonatology care positions in the third degree of reference centres, falling to the birth rate in the voivodship was ascertained in the Subcarpathian voivodship.
3. The higher values of the signed agreements with the centres of a second and third degree of reference in the Mazovian voivodship do not correlate with the lowering of the neonates perinatal mortality and the percentage of the premature birth registered in this voivodship.