



EFEKTYWNE DZIAŁANIE PRZEZ MAPOWANIE



Mapa potrzeb zdrowotnych dla Polski

PROJEKT WSPÓLFINANSOWANY Z EUROPEJSKIEGO FUNDUSZU SPOŁECZNEGO W RAMACH PROGRAMU OPERACYJNEGO WIEDZA EDUKACJA ROZWÓJ



Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój



Ministerstwo Zdrowia

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



www.mapypotrzebzdrowotnych.mz.gov.pl

Spis treści

I	Wstęp	6
II	Aspekty demograficzne i epidemiologiczne	9
2.1	Demografia Polski i województw	10
2.2	Szacowanie wskaźników epidemiologicznych	10
2.2.1	Moduł A	10
2.2.2	Moduł B	13
2.3	Współczynniki chorobowości szpitalnej, chorobowości w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej i zgłaszalności w podstawowej opiece zdrowotnej	15
2.3.1	Chorobowość szpitalna	15
2.3.2	Współczynnik chorobowości w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej	16
2.3.3	Współczynnik zgłaszalności w podstawowej opiece zdrowotnej	16
2.4	Umieralność	17
III	Analiza stanu i wykorzystania zasobów	18
3.1	Lecznictwo szpitalne i ambulatoryjna opieka specjalistyczna (moduł A)	19
3.1.1	Choroby układu kostno-mięśniowego	19
3.1.2	Choroby układu nerwowego (neurologiczne wieku podeszłego)	19
3.1.3	Choroby układu nerwowego (inne niż wieku podeszłego)	20
3.1.4	Choroby aorty i naczyń obwodowych z uwzględnieniem nadciśnienia tętniczego	24
3.1.5	Choroby układu oddechowego (przewlekłe)	30
3.1.6	Choroby układu oddechowego (ostre)	31
3.1.7	Choroby gruczołów wydzielania wewnętrznego	32
3.1.8	Choroby dziecięce	33
3.1.9	Zaburzenia psychiczne	33
3.1.10	Ciąża, poród i połóg oraz opieki nad noworodkiem	35
3.1.11	Cukrzyca	37
3.1.12	Nowotwory układu krwiotwórczego i chłonnego	39
3.1.13	Choroby krwi i układu odpornościowego	41

3.1.14	Nowotwory niezłośliwe	42
3.1.15	Wrodzone wady rozwojowe	43
3.2	Lecznictwo szpitalne (moduł B)	44
3.2.1	Choroby metaboliczne	44
3.2.2	Choroby oka i okolic	45
3.2.3	Choroby skóry	48
3.2.4	Nienowotworowe choroby układu płciowego mężczyzn	52
3.2.5	Choroby układu moczowo-płciowego (kobiet)	53
3.2.6	Choroby nerek i dróg moczowych	54
3.2.7	Choroby wątroby, dróg żółciowych i trzustki (z wyłączeniem nowotworów złośliwych i niezłośliwych)	55
3.2.8	Choroby górnego odcinka przewodu pokarmowego (z wyłączeniem nowotworów złośliwych i niezłośliwych)	55
3.2.9	Choroby dolnego odcinka układu pokarmowego (bez nowotworów złośliwych i niezłośliwych)	56
3.2.10	Choroby nosa, zatok przynosowych, ucha, gardła i krtani	57
3.2.11	Choroby zakaźne - Wirusowe zapalenie wątroby	57
3.2.12	Choroby zakaźne - HIV	57
3.2.13	Choroby zakaźne (z wyłączeniem HIV i WZW)	58
3.2.14	Choroby jamy ustnej i stomatologia	59
3.2.15	Urazy, zatrucia, objawy i inne określone skutki działań zewnętrznych	60
3.3	Rehabilitacja zdrowotna	60
3.4	Leczenie uzdrowiskowe	61
3.5	Opieka paliatywna i hospicyjna	62
3.6	Opieka długoterminowa	62
3.7	Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna	63
3.8	Podstawowa opieka zdrowotna	69
3.9	Kadry medyczne	71
3.10	Zasoby sprzętowe	71

IV Prognoza 72

4.1	Prognoza stanu i struktury ludności	73
4.2	Prognoza zapadalności	73
4.3	Prognoza liczby łóżek	74
4.4	Prognozy dedykowane wybranym grupom chorób	74



EFEKTYWNE DZIAŁANIE
PRZEZ MAPOWANIE



Ministerstwo Zdrowia

Część I

Wstęp

Wstęp

Mapy potrzeb zdrowotnych zgodnie z zaakceptowanym przez Komisję Europejską dokumentem „Krajowe ramy strategiczne Policy paper dla Ochrony zdrowia na lata 2014-2020” przygotowywane są w podziale na dwa moduły (moduł A i B), z których każdy obejmuje 15 grup chorób wyodrębnionych na podstawie Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych Rewizja dziesiąta – ICD-10.

Moduł A obejmuje następujące grupy chorób:

1. choroby układu kostno-mięśniowego,
2. choroby układu nerwowego (neurologiczne wieku podeszłego),
3. choroby układu nerwowego (inne niż wieku podeszłego),
4. choroby aorty i naczyń obwodowych z uwzględnieniem nadciśnienia tętniczego,
5. choroby układu oddechowego (przewlekłe),
6. choroby układu oddechowego (ostre),
7. choroby gruczołów wydzielania wewnętrznego,
8. choroby dziecięce,
9. zaburzenia psychiczne,
10. ciąża, poród i połóg oraz opieka nad noworodkiem,
11. cukrzyca,
12. nowotwory układu krwiotwórczego i chłonnego,
13. choroby krwi i układu odpornościowego,
14. nowotwory niezłośliwe,
15. wrodzone wady rozwojowe.

Moduł B obejmuje następujące grupy chorób:

1. choroby metaboliczne,
2. choroby oka i okolic,
3. choroby skóry,
4. choroby układu płciowego mężczyzn (nienowotworowe),
5. choroby układu moczowo-płciowego (kobiet),
6. choroby nerek i dróg moczowych,
7. choroby wątroby, dróg żółciowych i trzustki (z wyłączeniem nowotworów złośliwych i niezłośliwych),
8. choroby górnego odcinka przewodu pokarmowego (z wyłączeniem nowotworów złośliwych i niezłośliwych),
9. choroby dolnego odcinka układu pokarmowego (bez nowotworów złośliwych i niezłośliwych),

10. choroby nosa, zatok przynosowych, ucha, gardła i krtani,
11. choroby zakaźne - Wirusowe zapalenie wątroby,
12. choroby zakaźne – HIV,
13. choroby zakaźne (z wyłączeniem HIV i WZW),
14. choroby jamy ustnej i stomatologia,
15. urazy, zatrucia, objawy i inne określone skutki działań zewnętrznych.

Proces mapowania potrzeb zdrowotnych w podziale na grupy chorób składał się z 2 etapów.

W pierwszym etapie, opublikowany w grudniu 2016 r., zakres map potrzeb zdrowotnych dedykowanych grupom chorób z modułu A obejmował lecznictwo zamknięte, ambulatoryjną opiekę specjalistyczną oraz podstawową opiekę zdrowotną, a zakres map potrzeb zdrowotnych dedykowanych grupom chorób należących do modułu B był węższy, zgodnie z ustaleniami z Komisją Europejską, i obejmował tylko lecznictwo zamknięte.

W drugim etapie, w grudniu 2017 r., opublikowane zostały mapy potrzeb zdrowotnych dedykowane grupom chorób z modułu B w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz podstawowej opieki zdrowotnej.

Należy zaznaczyć, że gdy w niniejszym dokumencie mowa o *grupie* rozumie się przez to analizowaną w danym rozdziale jedną z 30 wskazanych na początku tego dokumentu grupę chorób (np. *Choroby układu nerwowego (inne niż wieku starczego)*), zaś gdy mowa o podgrupie rozumie się przez to podgrupę rozpoznań analizowaną w ramach jednej z grup chorób (np. *Choroby demielinizacyjne* to podgrupa w grupie *Choroby układu nerwowego (inne niż wieku starczego)*). Ponadto wartości względne są zawsze podawane w odniesieniu do grupy, chyba że w tekście wyraźnie zaznaczono, że jest inaczej. Na przykład, zdanie *W chorobach demielinizacyjnych zwraca uwagę odsetek chorych hospitalizowanych w skali kraju (15,6 tys. hospitalizacji, czyli 4,9% z analizowanej grupy rozpoznań)*. oznacza, że 15,6 tys. hospitalizacji z rozpoznaniem głównym z podgrupy *Choroby demielinizacyjne* to 4,9% hospitalizacji z grupy *Choroby układu nerwowego (inne niż wieku starczego)*.



EFEKTYWNE DZIAŁANIE
PRZEZ MAPOWANIE



Ministerstwo Zdrowia

Część II

Aspekty demograficzne i epidemiologiczne

2.1 Demografia Polski i województw

Sytuacja demograficzna w analizowanym okresie została omówiona w opublikowanych 30 kwietnia 2016 r. tzw. szpitalnych mapach potrzeb zdrowotnych. Ze względu na objętość dokumentu postanowiono nie powtarzać treści już opublikowanych. Odsyłamy czytelnika do odpowiednich elementów map szpitalnych.

2.2 Szacowanie wskaźników epidemiologicznych

Modelowanie liczby zachorowań jest istotnym działaniem wpływającym na ocenę funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej. Umożliwia określenie obecnej sytuacji epidemiologicznej, zbadanie zachodzących zależności i zjawisk oraz zidentyfikowanie czynników kształtujących sytuację zdrowotną całej populacji. Jednakże, ze względu na to, że badania epidemiologiczne w Polsce są niewystarczające, koniecznym było zastosowanie pewnych przybliżeń i oszacowanie wskaźników epidemiologicznych w oparciu o dane Narodowego Funduszu Zdrowia (dalej: zapadalności rejestrowanej oraz chorobowości rejestrowanej).

Na potrzeby szacowania zapadalności rejestrowanej oraz chorobowości rejestrowanej analizowane w ramach grup chorób podgrupy podzielono na ostre oraz przewlekłe. Działanie to było poczynione, aby wskazać choroby nieprzemijające tj. dla których zasadne jest obliczanie zapadalności rejestrowanej, chorobowości rejestrowanej oraz choroby przemijające tj. dla których wartości epidemiologiczne przybliża wskaźnik chorobowości szpitalnej opisany w odpowiednim rozdziale.

Na potrzeby analizy liczby zachorowań w chorobach przewlekłych oszacowano wskaźnik zapadalności rejestrowanej - liczby nowych pacjentów z danym rozpoznaniem pojawiających się w systemie publicznej służby zdrowia. W przypadku chorób przewlekłych zapadalność rejestrowana będzie obliczana dla roku 2014, na podstawie danych NFZ z lat 2009–2015 (możliwość analizy historii pacjenta co najmniej pięć lat wstecz i rok w przód - w przypadku gdy reguły zdefiniowane przez ekspertów dotyczą większej liczby wystąpień pacjenta w systemie niż jedno). Pacjent pojawiający się w systemie sprawozdawczości NFZ w tym okresie będzie uznany za nowego pacjenta (pacjenta pierwszorazowego), jeżeli wystąpił z danym rozpoznaniem po raz pierwszy w roku 2014.

Chorobowość rejestrowaną oszacowano na dzień 31.12.2014 r. Za chorych w tym dniu uznano wszystkich pacjentów, zaklasyfikowanych jako nowe przypadki zachorowania w publicznym systemie opieki zdrowotnej od 2009 roku i którzy nie zmarli do 31.12.2014 r.

2.2.1 Moduł A

Tabela 2.1: Zapadalność i chorobowość rejestrowana na 100 tys. ludności w Polsce w 2014 r. w podgrupach przewlekłych wg grup chorób

Grupa chorobowa	Współczynnik zapadalności rejestrowanej na 100 tys. ludności	Współczynnik chorobowości rejestrowanej na 100 tys. ludności
Choroby układu kostno-mięśniowego		
Artropatie związane z zakażeniami	13,7	102,1
Artropatie wielostawowe zapalne	284,7	2 030,1
Choroby układowe tkanki łącznej	154,5	1 357,7
Choroby mięśni	21,0	159,3
Choroby powięzi, ścięgien i tkanek miękkich (zapalne)	219,0	1 696,8

Grupa chorobowa	Współczynnik zapadalności rejestrowanej na 100 tys. ludności	Współczynnik chorobowości rejestrowanej na 100 tys. ludności
Choroby stawów	1 538,0	12 299,8
Choroby powięzi, ścięgien i tkanek miękkich (niezapalne)	1 206,6	8 217,3
Zaburzenia mineralizacji i struktury kości	190,1	1 564,2
Inne choroby kości i tkanki chrzęstnej	110,7	776,2
Inne choroby układu kostno-mięśniowego i tkanki łącznej	125,8	877,0
Choroby kręgosłupa	1 594,6	12 814,5
Choroby układu nerwowego (neurologicznych wieku podeszłego)		
Choroba Alzheimera i inne otępienia	125,8	754,4
Choroba Parkinsona i inne zaburzenia ruchowe	100,0	676,6
Choroby układu nerwowego (inne niż wieku podeszłego)		
Choroby nerwowo-mięśniowe	97,4	590,8
Choroby demielinizacyjne	15,6	184,2
Mózgowe porażenie dziecięce, wczesne zaburzenia rozwoju i encefalopatie	274,0	1 763,1
Padaczka	127,2	1 336,6
Choroby zwyrodnieniowe kręgosłupa	1 216,0	9 219,6
Mononeuropatie, zespoły cieśni i radikulopatie	1 178,1	8 820,5
Choroby aorty i naczyń obwodowych z uwzględnieniem nadciśnienia tętniczego		
Nadciśnienie tętnicze	928,4	7 284,3
Nadciśnienie tętnicze odporne	365,2	2 941,4
Miażdżycy tętnic	310,3	2 035,1
Miażdżycy tętnicy nerkowej	2,1	12,8
Tętniak i tętniak rozwarstwiający tętnicy głównej (z wyłączeniem tętniaka odcinka brzuszego)	13,2	67,6
Tętniak odcinka brzuszego i tętnicy biodrowej	22,4	119,6
Tętniak innych tętnic	15,4	99,4
Zakrzepica i/lub zatorowość płucna	233,4	1 664,8
Zapalenie naczyń	58,3	400,0
Zator i zakrzep tętniczy	18,6	92,3
Żylaki kończyn	517,2	3 995,6
Owrzodzenia	97,6	633,8
Obrzęk chłonny	29,9	163,2
Niedrożność i zwężenie tętnic przedmózgowych	79,3	593,3
Choroby układu oddechowego (przewlekłych)		
Astma	548,8	4 878,3
Przewlekła obturacyjna choroba płuc	233,6	1 920,2
Choroby śródmiąższowe płuc	51,1	357,0
Zaburzenia oddychania w czasie snu	53,1	320,3
Przewlekłe choroby zapalne płuc	190,9	1 610,5
Niewydolność oddychania	56,6	161,2
Inne choroby układu oddechowego	247,2	1 224,5
Choroby gruczołów wydzielania wewnętrznego		
Choroby gonad	111,9	830,4
Choroby nadnerczy	17,6	119,4
Choroby przysadki	43,5	291,3
Choroby przytarczyc	22,8	125,3
Choroby tarczycy	459,7	4 240,0
Choroby trzustki	45,4	235,8

Grupa chorobowa	Współczynnik zapadalności rejestrowanej na 100 tys. ludności	Współczynnik chorobowości rejestrowanej na 100 tys. ludności
Choroby z niezakwalifikowanym rozpoznaniem endokrynologicznym	123,4	698,3
Otyłość	89,2	634,6
Nowotowory niezłośliwe endokrynologiczne	401,2	3 840,1
Choroby psychiczne		
Zaburzenia organiczne	238,7	1 829,5
Uzależnienia	296,2	2 456,4
Schizofrenia	44,4	735,2
Psychozy inne niż schizofrenia	26,8	255,6
Zaburzenia nastroju	262,0	2 369,5
Zaburzenia lękowe	605,1	4 995,0
Zaburzenia odżywiania	10,0	73,7
Zespoły behawioralne związane z zaburzeniami fizjologicznymi i czynnikami fizycznymi	23,1	159,9
Zaburzenia osobowości i zachowania dorosłych	59,8	445,5
Zaburzenia identyfikacji płciowej i preferencji seksualnych	1,6	11,8
Niepełnosprawność intelektualna	41,6	498,0
Zaburzenia rozwoju psychologicznego	144,2	1 130,9
Zaburzenia zachowania i emocji rozpoczynające się zwykle w dzieciństwie i wieku młodzieńczym	126,6	973,6
Zaburzenie psychiczne nieokreślone inaczej	43,2	321,4
Cukrzyca		
Cukrzyca	378,2	3 769,1
Nowotwory układu krwiotwórczego i chłonnego		
Ostre nowotwory układu krwiotwórczego	5,7	31,4
Przewlekłe nowotwory układu krwiotwórczego	29,4	182,8
Nowotwory z prekursorowych komórek B i T	0,8	5,6
Nowotwory z dojrzałych komórek B	26,7	160,3
Nowotwory z dojrzałych komórek T i NK	1,8	10,7
Chłoniak Hodgkina	3,4	37,9
Nowotwory z komórek histiocytarnych i dendrytycznych	0,7	5,7
Transplantacje	0,6	3,2
Choroby krwi i układu odpornościowego		
Niedokrwistości niedoborowe	52,9	375,4
Niedokrwistości hemolityczne (wrodzone)	2,0	16,5
Niedokrwistości hemolityczne (nabyte)	2,2	16,2
Niedokrwistości aplastyczne	1,6	12,5
Inne niedokrwistości	32,9	156,8
Zaburzenia krzepnięcia i skazy krwotoczne (wrodzone)	2,1	19,0
Zaburzenia krzepnięcia i skazy krwotoczne (nabyte)	48,5	308,9
Inne choroby krwi	71,0	471,2
Choroby układu odpornościowego (pierwotne)	14,5	99,6
Choroby układu odpornościowego (wtórne)	9,4	69,7
Choroby układu odpornościowego (nieokreślone)	9,4	59,8
Porfiria	0,3	2,6

Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ.

2.2.2 Moduł B

Tabela 2.2: Zapadalność i chorobowość rejestrowana na 100 tys. ludności w Polsce w 2014 r. w podgrupach przewlekłych wg grup chorób

Grupa chorobowa	Współczynnik zapadalności rejestrowanej na 100 tys. ludności	Współczynnik chorobowości rejestrowanej na 100 tys. ludności
Choroby metaboliczne		
Niedożywienie	19,6	52,2
Inne niedobory pokarmowe	20,4	67,2
Otyłość	88,8	547,9
Zaburzenia metaboliczne	178,1	977,4
Osteoporoza i inne choroby metaboliczne kości	206,6	1 502,4
Niedobór witaminy D	14,7	31,0
Choroby oka i okolic		
Stany pozaćmowe	165,5	591,0
Schorzenia siatkówki i ciała szklatego z wyłączeniem AMD	679,7	5 445,5
Zez oraz niedowidzenie	2 463,6	21 493,4
Jaskra	380,2	3 085,2
AMD	175,9	789,1
Schorzenia rogówki	197,6	1 330,8
Zaćma	667,9	4 892,8
Schorzenia aparatu ochronnego oka i oczodołu	1 383,9	10 167,6
Inne	752,9	4 147,7
Choroby skóry		
Zapalenie skóry i wyprysk	1 432,9	11 158,4
Autoimmunizacyjne choroby pęcherzowe	10,8	58,5
Skórny chłoniak z komórek T	1,1	4,7
Wybrane zakażenia	1 615,6	10 994,4
Nieczerniakowe złośliwe nowotwory skóry, stany przedrakowe, raki in situ	102,3	546,8
Choroby tkanki łącznej oraz wybrane układowe	92,0	538,8
Choroby zapalne skóry	902,1	6 404,9
Inne choroby skóry, włosów i paznokci	1 307,8	8 473,4
Zakażenia przenoszone głównie drogą płciową	13,7	79,4
Łuszczyca	167,6	1 409,1
Wybrane nowotwory niezłośliwe	933,5	4 923,9
Oparzenia, odmrożenia, odleżyny, owrzodzenia	253,9	1 435,6
Pokrzywka i obrzęk naczyńnioruchowy	200,9	1 252,7
Wrodzone wady skóry	15,9	89,6
Nienowotworowe choroby układu płciowego mężczyzn		
Rozrost łagodny gruczołu krokowego	417,9	3 521,7
Nieplodność męska	5,6	42,2
Nadmiar napletka, stulejka i załupek	136,9	883,7
Choroby układu moczowo-płciowego kobiet		
Nienowotworowe choroby gruczołu piersiowego	500,1	4 363,4
Nieprawidłowy rozrost lub lokalizacja błony śluzowej układu płciowego	501,5	3 921,5
Niezapalne, nienowotworowe choroby narządu płciowego	459,8	3 074,3

Grupa chorobowa	Współczynnik zapadalności rejestrowanej na 100 tys. ludności	Współczynnik chorobowości rejestrowanej na 100 tys. ludności
Przetoki	3,4	21,5
Zaburzenia miesiączkowania	1 198,7	12 394,3
Zaburzenia płodności	73,2	509,9
Zaburzenia statyki narządu płciowego	144,3	961,6
Choroby nerek i dróg moczowych		
Choroby kłębuszków nerkowych	36,2	270,7
Zaburzenia przemiany mineralnej	8,5	53,7
Inne zaburzenia bilansu płynów, elektrolitów i równowagi kwasowo-zasadowej	43,0	173,9
Nadciśnienie tętnicze	884,7	5 998,3
Infekcja układu moczowego	276,6	1 737,8
Nietrzymanie moczu	141,6	814,1
Choroby cewkowo-śródmiąższowe nerek	59,1	360,8
Niewydolność nerek	182,3	743,7
Kamica moczowa	315,0	2 298,4
Inne zaburzenia nerki i moczowodu	113,0	613,1
Inne choroby dolnego układu moczowego	57,4	362,6
Objawy i cechy chorobowe dotyczące układu moczowego	96,5	477,2
Wady układu moczowego	156,7	803,7
Choroby wątroby, dróg żółciowych i trzustki (z wyłączeniem nowotworów)		
Marskość wątroby (niezwiązana z alkoholem)	21,0	100,5
Choroby stłuszczeniowe wątroby	29,6	130,1
Alkoholowa choroba wątroby	77,0	371,7
Powikłania chorób wątroby	1,6	6,4
Niewydolność wątroby	8,1	30,3
Toksyczne choroby wątroby (z wyłączeniem alkoholowej choroby wątroby)	13,1	70,7
Choroby pęcherzyka żółciowego (z kamicą lub bez)	266,3	1 470,0
Choroby dróg żółciowych (z kamicą lub bez)	321,6	1 848,8
Wady wrodzone wątroby, trzustki i dróg żółciowych	3,0	17,1
Przewlekłe zapalenia trzustki (włącznie z powikłaniami)	44,3	244,5
Choroby górnego odcinka przewodu pokarmowego (z wyłączeniem nowotworów)		
Choroba refluksowa przełyku	325,0	1 786,4
Inne choroby przełyku (nieuwzględnione w pozostałych podgrupach)	24,5	122,4
Choroba wrzodowa żołądka i dwunastnicy	156,6	1 057,9
Inne choroby żołądka i dwunastnicy (nieuwzględnione w pozostałych podgrupach)	782,6	4 760,5
Choroby czynnościowe górnego odcinka przewodu pokarmowego	1 444,4	8 046,1
Zaburzenia wchłaniania z przewodu pokarmowego	196,0	854,2
Choroby dolnego odcinka przewodu pokarmowego (z wyłączeniem nowotworów)		
Choroby wymagające pilnej operacji chirurgicznej w dopp	140,3	801,8
Pozostałe choroby wymagające operacji chirurgicznej w dopp	378,6	2 126,1
Nienowotworowe choroby proktologiczne	384,1	2 333,9
Choroba Leśniowskiego-Crohna	13,3	90,0
Wrzodziejące zapalenie jelita grubego (WZJG)	33,2	248,0

Grupa chorobowa	Współczynnik zapadalności rejestrowanej na 100 tys. ludności	Współczynnik chorobowości rejestrowanej na 100 tys. ludności
Zapalenia jelita w tym infekcyjne i pasożytnicze (bez choroby Leśniowskiego-Crohna i WZJG)	489,1	2 887,6
Krwawienia z dopp w tym choroby naczyniowe	189,3	878,2
Choroby czynnościowe jelit	1 085,0	6 043,4
Choroba uchyłkowa	116,7	543,6
Inne przyczyny hospitalizacji (Badania kontrolne i przesiewowe)	35,5	179,8
Inne choroby jelit	343,1	1 877,1
Choroby nosa, zatok przynosowych, ucha, gardła i krtani		
Choroby ucha i wyrostka sutkowatego	1 376,9	10 528,1
Choroby jamy ustnej i gardła	1 095,7	7 752,3
Choroby nosa i zatok przynosowych	1 652,4	12 167,3
Choroby krtani i tchawicy	545,6	3 884,8
Zaburzenia głosu, mowy i języka	67,7	410,0
Bezdech senny	42,0	242,4
Choroby narządu słuchu i równowagi	982,5	6 273,8
Choroby zakaźne (WZW)		
Przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu B	15,1	135,6
Przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu C	21,2	190,8
Inne i nieokreślone postacie przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby	38,8	371,3
Choroby zakaźne (z wyłączeniem HIV i WZW)		
Gruźlica	23,5	163,7
Borelioza	70,5	394,3

Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ.

2.3 Współczynniki chorobowości szpitalnej, chorobowości w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej i zgłaszalności w podstawowej opiece zdrowotnej

2.3.1 Chorobowość szpitalna

Współczynnik chorobowości szpitalnej wyraża liczbę osób hospitalizowanych z powodu danej grupy rozpoznań w ciągu roku w przeliczeniu na 100 tys. ludności wg miejsca zamieszkania.

Wartości średnie współczynnika w poszczególnych grupach chorób różnią się istotnie pomiędzy województwami. Ze względu na konstrukcję współczynnika można stwierdzić, że na jego wysokość nie ma wpływu liczebność populacji województwa oraz miejsce leczenia pacjentów (pacjenci hospitalizowani w innych województwach zliczani są w miejscu zamieszkania). Zatem czynnikami różnicującymi wartości dla województw może być struktura wiekowo-płciowa (różnice w procesie starzenia się ludności oraz w obserwowanym współczynniku dzietności) lub też dostępność do świadczeń zdrowotnych (kadra, sprzęt, wysokość środków finansowych), jak również różnice w indywidualnych i zewnętrznych czynnikach ryzyka. Biorąc powyższe pod uwagę kolejnym krokiem powinna być analiza standaryzowanych wartości współczynnika.

Należy również zauważyć, że współczynnik chorobowości szpitalnej obliczany był wg miejsca zamieszkania pacjenta, co oznacza, że nie powinien być traktowany jako miara regionalnej dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej, ponieważ hospitalizacje mogły odbywać się poza miejscem zamieszkania

pacjenta. Szczegółowe informacje dotyczące chorobowości szpitalnej przedstawione zostały w poszczególnych mapach dziedzinowych.

2.3.2 Współczynnik chorobowości w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej

Współczynnik chorobowości w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej wyraża liczbę pacjentów, którym udzielono choć jednej porady w ambulatoryjnej poradni specjalistycznej wg miejsca zamieszkania z powodu danej grupy rozpoznań ciągu roku w przeliczeniu na 100 tys. ludności.

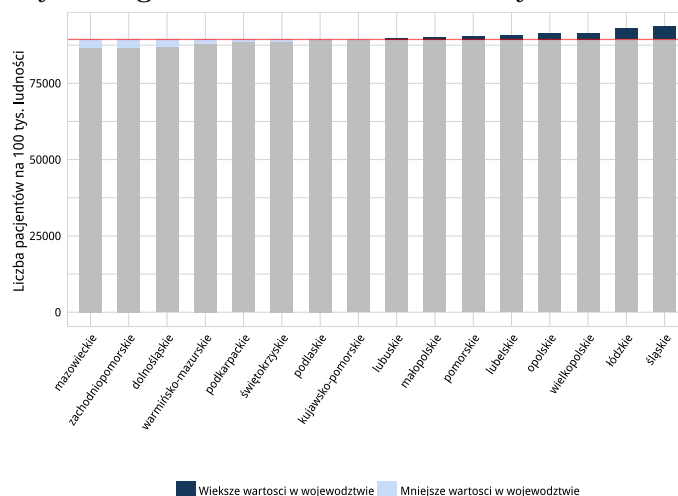
Podobnie jak w przypadku współczynnika chorobowości szpitalnej, wartości średnie współczynnika chorobowości w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej w poszczególnych grupach chorób różnią się istotnie pomiędzy województwami. Ze względu na konstrukcję współczynnika można stwierdzić, że na jego wysokość nie ma wpływu liczebność populacji województwa oraz miejsce leczenia pacjentów (pacjenci, którym porady udzielane są w innych województwach zliczani są w miejscu zamieszkania). Zatem czynnikami różnicującymi wartości dla województw może być struktura wiekowo-płciowa (różnice w procesie starzenia się ludności oraz w obserwowanym współczynniku dzietności) lub też dostępność do świadczeń zdrowotnych (kadra, sprzęt, wysokość środków finansowych), jak również różnice w indywidualnych i zewnętrznych czynnikach ryzyka. Biorąc powyższe pod uwagę kolejnym krokiem powinna być analiza standaryzowanych wartości współczynnika.

Szczegółowe informacje dotyczące chorobowości w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej przedstawione zostały w poszczególnych mapach dziedzinowych.

2.3.3 Współczynnik zgłaszalności w podstawowej opiece zdrowotnej

Współczynnik zgłaszalności w podstawowej opiece zdrowotnej (dalej: POZ) wyraża liczbę pacjentów, którzy choć raz skorzystali ze świadczeń POZ (tj. świadczenia lekarza POZ, pielęgniarki POZ lub położnej POZ) wg miejsca zamieszkania w ciągu roku w przeliczeniu na 100 tys. ludności. Obecny sposób prowadzenia sprawozdawczości uniemożliwia przeprowadzenie pogłębionej analizy funkcjonowania POZ, w szczególności określenie liczby pacjentów ze schorzeniami przewlekłymi (raportowana jest tylko 1 przyczyna wizyty) oraz ich ścieżki leczenia (brak informacji o wykonanych badaniach). Mając powyższe na uwadze nie wyodrębniono współczynnika zgłaszalności wg poszczególnych grup chorób.

Wykres 2.1: Współczynnik zgłaszalności w POZ na 100 tys. ludności w województwach



Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

2.4 Umieralność

Podstawowe informacje dotyczące umieralności przedstawione zostały w opublikowanych 30 kwietnia 2016 r. mapach potrzeb zdrowotnych w zakresie leczenia szpitalnego. Główną przyczyną zgonów w Polsce są choroby kardiologiczne (28% ogółu zgonów) i onkologiczne (24,5% ogółu zgonów). Szczegółowe informacje dotyczące umieralności dla poszczególnych grup chorób przedstawione zostały w pozostałych mapach dziedzinowych.



EFEKTYWNE DZIAŁANIE
PRZEZ MAPOWANIE



Ministerstwo Zdrowia

Część III

Analiza stanu i wykorzystania zasobów

3.1 Lecznictwo szpitalne i ambulatoryjna opieka specjalistyczna (moduł A)

3.1.1 Choroby układu kostno-mięśniowego

Na podstawie retrospektywnej analizy bazy płatnika, stwierdzono że najwyższą zapadalnością rejestrowaną wśród schorzeń wchodzących w skład chorób układu kostno-mięśniowego cechują się choroby kręgosłupa – w 2014 roku wartość tej zmiennej wyniosła 605,9 tys. przypadków. W przypadku każdej z analizowanych podgrup odnotowano znaczące różnice w liczbie hospitalizacji na 100 tys. ludności (zarówno w przypadku populacji dorosłych jak i dzieci).

Odnotowano zróżnicowaną strukturę rozpoznań pacjentów, którym udzielono świadczenia w zakresach reumatologicznych. Odsetek pacjentów z rozpoznaniami zapalnymi wahał się zarówno na poziomie województw, jak i poszczególnych świadczeniodawców. Zaobserwowano znaczący odsetek świadczeniodawców, którzy sprawozdali poniżej 90% minimalnej liczby świadczeń rocznie określonych *Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2016 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego*. Co więcej w Polsce istnieje silne zróżnicowanie w dostępie do rehabilitacji leczniczej po zabiegu endoprotezoplastyki. Udział pacjentów którzy w ciągu 42 dni od tego zabiegu otrzymali świadczenie rehabilitacyjne kształtował się na następujących poziomach:

- endoprotezoplastyka biodra: między 5,4% i 40,1%, średnio w Polsce 20,5%,
- endoprotezoplastyki kolana: między 10,8% i 56,5%, średnio w Polsce 37,5%,
- endoprotezoplastyki rewizyjne: między 5,4% i 19,6%, średnio w Polsce 12,8%.

Zróżnicowanie to jest jeszcze silniejsze na poziomie poszczególnych świadczeniodawców. Większość świadczeń wykonywanych pacjentom z chorobami układu kostno-mięśniowego w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej jest sprawozdawana przez trzy typy poradni: chirurgii urazowo-ortopedycznej, reumatologicznej, neurologicznej (75% wszystkich świadczeń dla pacjentów z chorobami układu kostno-mięśniowego).

Na podstawie sprawozdań ZD-3 oszacowano, że w skali kraju co najmniej 17,63% świadczeń w ramach poradni chirurgii urazowo-ortopedycznej nie było finansowanych przez NFZ. W przypadku poradni reumatologicznej odsetek ten wyniósł 9,19%. Należy podkreślić, że wartości te różnią się pomiędzy województwami. Zaobserwowano również silne zróżnicowanie pomiędzy świadczeniodawcami pod względem struktury rozpoznań (w skrajnych przypadkach w poradni reumatologicznej odsetek pacjentów z rozpoznaniami zapalnymi wynosił 0%).

3.1.2 Choroby układu nerwowego (neurologiczne wieku podeszłego)

Odsetek pacjentów z udarem niedokrwinnym hospitalizowanych w ośrodkach, które nie leczą trombolitycznie wyniósł w Polsce 19%. Pośród ośrodków leczących trombolitycznie odnotowano zróżnicowanie w zakresie częstości leczenia trombolitycznego. Należy zauważyć, że istnieją szpitale hospitalizujące znaczną liczbę pacjentów z udarem niedokrwinnym rocznie (powyżej 100), gdzie nie realizuje się zakresu „neurologia – hospitalizacja A48, A51”.

W przypadku pacjentów z krwotokiem śródczaszkowym (podpajęczynówkowym) odsetek hospitalizacji, w czasie których sprawozdano procedurę embolizacji wyniósł w Polsce 23,1%, natomiast odsetek hospitalizacji, w czasie których sprawozdano procedurę neurochirurgia wyniósł 18,2%.

W przypadku TIA - przemijającego niedokrwienia mózgu odsetek pacjentów u których sprawozdano JGP A47 wyniósł w Polsce 64%, natomiast odsetek pacjentów, u których do 365 dni po hospitalizacji z rozpoznaniem TIA u których wystąpił udar niedokrwienny w wyniósł około 3%.

W świetle danych epidemiologicznych dotyczących choroby Alzheimera zwraca uwagę niski odsetek pacjentów korzystających z publicznej opieki zdrowotnej. W 2014 r. odnotowano w Polsce średnio 125 przypadków na 100 tys. ludności. Występują znaczne różnice między województwami w liczbie nowych przypadków pojawiających się w publicznym systemie opieki zdrowotnej, co może świadczyć o zaniżonej rozpoznawalności chorób otepiennych w niektórych województwach. Należy zauważyć, że w przypadku tylko 52% hospitalizacji sprawozdano wykonanie konsultacji psychologicznej.

W przypadku choroby Parkinsona i innych zaburzeń ruchowych występuje zróżnicowanie liczby hospitalizacji na 100 tys. mieszkańców w poszczególnych województwach. Występuje również zróżnicowanie pomiędzy województwami w dostępie do procedur zabiegowych wykazywanych przede wszystkim grupą JGP A03 (DBS). W kraju wykonano ich około 260.

3.1.3 Choroby układu nerwowego (inne niż wieku podeszłego)

Bóle głowy

Bóle głowy to problem zdrowotny o zróżnicowanej etiologii. Zwraca uwagę wysoka liczba chorych hospitalizowanych w skali kraju (34,77 tys. hospitalizacji, czyli 10,8% z analizowanej grupy rozpoznań) oraz zróżnicowanie wskaźnika między województwami (od 7,5% w województwie pomorskim do 16,6% w województwie świętokrzyskim).

W Polsce rezonans magnetyczny wykonywany jest w przypadku 29,3% hospitalizacji dorosłych z bólami głowy i w 31,8% hospitalizacji u dzieci.

Jedynie 13,8% dorosłych pacjentów z bólem głowy w Polsce stanowili pacjenci powyżej 65 roku życia. U 91,6% z nich nie stwierdzono współwystępowania innych chorób określonych współczynnikiem wielochorobowości Charlson.

Choroby demielinizacyjne

W chorobach demielinizacyjnych zwraca uwagę odsetek chorych hospitalizowanych w skali kraju (15,60 tys. hospitalizacji, czyli 4,9% z analizowanej grupy rozpoznań) oraz zróżnicowanie wskaźnika między województwami (od 2,0% w województwie zachodniopomorskim do 7,1% w województwie kujawsko-pomorskim). Zwraca uwagę wojewódzka koncentracja świadczeń, co oznacza, że w województwie znajduje się co najwyżej kilka ośrodków dominujących w leczeniu chorób demielinizacyjnych.

Występują istotne migracje pomiędzy województwami (nawet do 18,7% hospitalizacji pacjentów spoza województwa w woj. kujawsko-pomorskim), co przejawia się wysokimi wskaźnikami hospitalizacji w tych województwach na 100 tys. populacji.

Średnia wieku hospitalizowanych dorosłych pacjentów wynosiła 44 lata, a wśród hospitalizowanych chorych przeważały kobiety (68,0%). Rezonans magnetyczny wykonywany jest w przypadku 44,9% hospitalizacji dorosłych z chorobami demielinizacyjnymi.

Obserwuje się również zróżnicowany dostęp pacjentów do programów lekowych I i II linii. Zwraca uwagę zróżnicowana wartość wskaźnika liczby leczonych do populacji danego województwa. Ośrodki są nierównomiernie rozłożone jeśli chodzi o odległość (w niektórych miejscach odległość przekracza nawet 100 km). Również dostępność do rehabilitacji w poszczególnych województwach jest zróżnicowana (od 21,5% w województwie opolskim do 42,9% w województwie podkarpackim).

Choroby nerwowo-mięśniowe

Do grupy chorób nerwowo-mięśniowych włączono polineuropatie o różnej etiologii, choroby rdzenia, miastenię i miopatie. Polineuropatie były przyczyną 50,1% hospitalizacji w tej podgrupie. Łącznie w chorobach nerwowo-mięśniowych odnotowane zostało 11,87 tys. hospitalizacji, co stanowiło 3,7% z analizowanej grupy rozpoznań. Zwraca uwagę zróżnicowanie wskaźnika udziału tej podgrupy chorób między województwami (od 1,5% w województwie lubuskim do 4,7% w województwie małopolskim).

Zaobserwowano istotne migracje pomiędzy województwami (nawet do 25,9% hospitalizacji pacjentów spoza województwa w woj. mazowieckim), co przejawia się wysokimi wskaźnikami hospitalizacji w tych województwach na 100 tys. populacji. Zwraca również uwagę wojewódzka koncentracja świadczeń

W Polsce obserwuje się duże zróżnicowanie standaryzowanej (wiekiem, płcią i wskaźnikiem Charlson) śmiertelności pomiędzy województwami w perspektywie 365 dni po hospitalizacji (od 7,2% w województwie podkarpackim do 15,8% w województwie warmińsko-mazurskim). Wysoka śmiertelność nie musi świadczyć o jakości leczenia wewnątrzszpitalnego. Może być warunkowana stopniem zaawansowania choroby lub dostępem do przewlekłej opieki w miejscu zamieszkania. W kolejnym kroku analizę śmiertelności należy pogłębić o analizę względem miejsca zamieszkania pacjenta. Należy również zauważyć, że w Polsce 578 (5,3%) dorosłych pacjentów jest ponownie przyjmowana do dowolnego szpitala z rozpoznaniem z analizowanej grupy chorób w ciągu 30 dni, co jest jednym z najwyższych obserwowanych wskaźników rehospitalizacji w analizowanej grupie.

W 2014 roku leczenie immunoglobulinami nie było jeszcze objęte programem terapeutycznym. Zwraca uwagę duże zróżnicowanie odsetka hospitalizacji z leczeniem immunoglobulinami (od 4,0% w województwie małopolskim do 25,8% w województwie łódzkim). Różnice w odsetku hospitalizacji z plazmaferezą mogą wynikać z różnej dostępności do plazmaferezy. W 2 województwach (pomorskie oraz lubuskie) nie było żadnej hospitalizacji z leczeniem plazmaferezą. Zróżnicowana jest również dostępność do rehabilitacji w poszczególnych województwach (od 27,1% w województwie podlaskim do 52,4% w województwie podkarpackim).

Choroby zwyrodnieniowe kręgosłupa

Choroby zwyrodnieniowe kręgosłupa były najliczniejszą grupą pod względem liczby hospitalizacji w Polsce spośród analizowanych grup chorób. W chorobach zwyrodnieniowych kręgosłupa było 68,23 tys. hospitalizacji w Polsce, co stanowiło 21,3% z analizowanej grupy rozpoznań. Zwraca uwagę zróżnicowanie wskaźnika udziału tej podgrupy chorób między województwami (od 16,3% w województwie dolnośląskim do 30,9% w województwie warmińsko-mazurskim) oraz wysokie wartości wskaźnika hospitalizacji na 100 tys. ludności we wschodnich województwach. W ramach tej podgrupy hospitalizacje są równomiernie rozłożone (brak istotnej koncentracji).

Leczenie choroby zwyrodnieniowej kręgosłupa jest zróżnicowane pomiędzy województwami i między świadczeniodawcami - zarówno co do liczby hospitalizacji jak i sposobu leczenia (zachowawcze lub zabiegowe). Odsetek hospitalizacji operacyjnych stanowił 50,1% w Polsce. W kolejnym kroku należałoby poszerzyć analizę o przepływ chorych z oddziałów zachowawczych na oddziały zabiegowe w perspektywie roku. Zauważyć można, że w Polsce tylko w przypadku 32,7% wszystkich hospitalizacji sprawozdano wykonanie rezonansu magnetycznego lub tomografii komputerowej kręgosłupa. Niski odsetek może wynikać z braku wymogu raportowania tej procedury w ramach określonych grup JGP. Wydaje się, że część procedur zachowawczych mogłaby odbywać się w AOS.

Wysoki jest odsetek porad udzielanych w AOS. Stanowią one około 10,8% wszystkich porad w poradniach neurologicznych (często kilkakrotnych w ciągu roku). Choroby zwyrodnieniowe kręgosłupa są najczęstszym powodem wizyt w poradniach neurochirurgicznych stanowiąc 51,1% wszystkich porad.

Ze względu na duże rozpowszechnienie epidemiologiczne choroby należy zastanowić się nad sposobem kontroli efektywności leczenia. W dalszym etapie należy przeanalizować wpływ leczenia na aktywność zawodową pacjenta, co mogłoby być wskaźnikiem efektywności leczenia lub też można by wykorzystać metodologię stosowaną w International Spine Registry „Spine Tango”, w którym to projekcie bierze już

udział kilka szpitali polskich.

Mononeuropatie, zespoły cieśni i radikulopatie

W Polsce było 55,22 tys. hospitalizacji z powodu mononeuropatii, zespołów cieśni lub radikulopatii, co stanowiło 17,2% hospitalizacji z analizowanej grupy, ale wskaźnik udziału tej podgrupy chorób między województwami był zróżnicowany (od 11,3% w województwie kujawsko-pomorskim do 24,3% w województwie pomorskim).

Odsetek hospitalizacji operacyjnych stanowił 72,1% w Polsce, przy czym należałoby się zastanowić nad proporcją hospitalizacji realizujących procedury zabiegowe. W kolejnym kroku wskazana jest również analiza, które jednostki chorobowe najczęściej leczone operacyjnie. Wydaje się, że część z procedur zachowawczych, które np. w województwie mazowieckim stanowiły 26,7% mogłaby odbywać się w AOS, gdzie wysoki jest odsetek udzielanych porad, które stanowią około 22,6% wszystkich porad w poradniach neurologicznych, często kilkakrotnych w ciągu roku.

Brak jest wskaźnika określającego skuteczność leczenia. W dalszym etapie należy przeanalizować wpływ leczenia na aktywność zawodową pacjenta, co mogłoby być wskaźnikiem efektywności leczenia w odniesieniu do radikulopatii oraz zespołów cieśni.

Mózgowe porażenie dziecięce, wczesne zaburzenia rozwoju i encefalopatie

W Polsce było 17,83 tys. hospitalizacji z powodu mózgowego porażenia dziecięcego, wczesnych zaburzeń rozwoju i encefalopatii (co stanowiło 5,6% hospitalizacji z analizowanej grupy). Zróżnicowany jest wskaźnik udziału tej podgrupy chorób między województwami (od 3,9% w województwie świętokrzyskim do 9,2% w województwie kujawsko-pomorskim).

W przypadku dzieci zwraca uwagę wojewódzka koncentracja świadczeń, a mediana czasu ich pobytu w szpitalu wynosi w Polsce 2 dni, co może wskazywać, że duża część pacjentów jest hospitalizowana jedynie w celu diagnostyki, co mogłoby być podstawą do stworzenia kompleksowej diagnostyki w ramach jednodniowej hospitalizacji z pokryciem kosztów koniecznych badań (m.in. neuroobrazowych, metabolicznych i genetycznych).

Aktualny system raportowania nie uwzględnia kosztochłonnych procedur, takich jak badania metaboliczne czy genetyczne, przez co nie zostają uwzględnione realne koszty diagnostyki i leczenia. Eksperti medyczni wskazują, że zasadne jest wprowadzenie systemu analizowania tych procedur.

Padaczka

Padaczka jest heterogennym zespołem chorobowym charakteryzującym się różnym przebiegiem choroby. W Polsce było 37,65 tys. hospitalizacji z powodu padaczki (co stanowiło 11,7% hospitalizacji z analizowanej grupy). Zróżnicowany jest wskaźnik udziału tej podgrupy chorób między województwami (od 6,3% w województwie podlaskim do 14,7% w województwie małopolskim), przy czym występują istotne migracje pomiędzy województwami (nawet do 22,1% hospitalizacji pacjentów poniżej 18 r.ż. spoza województwa w woj. mazowieckim), co przejawia się wysokimi wskaźnikami hospitalizacji w tych województwach na 100 tys. populacji. W Polsce 1,01 tys. (6,1%) dzieci jest ponownie przyjmowana do dowolnego szpitala z rozpoznaniem z analizowanej grupy chorób w ciągu 30 dni, co jest jednym z najwyższych obserwowanych wskaźników rehospitalizacji w analizowanej grupie.

Zwraca uwagę odsetek raportowanych w Polsce badań USG przezczaszkowa - doppler (9,6%). Co więcej, w przypadku 15,3% hospitalizacji z JGP A67 nie wykonano badania wideo EEG, a wykonano USG.

Analiza dostępnych danych z NFZ nie pozwala na całościową ocenę opieki nad chorymi z padaczką w

Polsce, w tym dostępności do leczenia operacyjnego z uwzględnieniem implantacji stymulatorów nerwu błędnego. Zwraca uwagę brak raportowania konsultacji psychologicznych niezbędnych do diagnostyki różnicowej padaczki, co jest prawdopodobnie wynikiem braku wymogu raportowania w celu rozliczenia danych grup JGP. Dodatkowo, brak jest dostępnych danych do analizy przeprowadzonej diagnostyki różnicowej u pacjentów z niepadaczkowymi zaburzeniami napadowymi (np. psychogennymi napadami rzekomopadaczkowymi). Aktualny system raportowania nie uwzględnia kosztochłonnych procedur, takich jak kwalifikacja pacjentów do leczenia dietą ketogeniczną, ani samego leczenia dietą ketogeniczną, stąd też nie można dokonać analizy ich stosowania.

Zwracają uwagę również zróżnicowane odsetki śmiertelności wewnątrzszpitalnej w stanie padaczkowym. W przypadku dorosłych było to od 2,3% w województwie dolnośląskim do 21,1% w województwie lubelskim. Jedyne 2 województwa raportowały zgony wewnątrzszpitalne dzieci z rozpoznaniem stanu padaczkowego. Powyższe obserwacje mogą świadczyć o niewłaściwej diagnozie oraz braku dostępu do badań diagnostycznych, w tym zwłaszcza EEG. Brak jest wskaźnika określającego skuteczność leczenia. W dalszym etapie należy przeanalizować wpływ leczenia na aktywność zawodową pacjenta, co mogłoby być wskaźnikiem efektywności leczenia.

Urazy głowy

W Polsce było 46,52 tys. hospitalizacji z powodu urazów głowy (co stanowiło 14,5% hospitalizacji z analizowanej grupy). Zróżnicowany jest wskaźnik udziału tej podgrupy chorób między województwami (od 9,9% w województwie warmińsko-mazurskim do 21,1% w województwie świętokrzyskim).

Zwraca uwagę duża różnica między średnim czasem pobytu (7,98 dni) a medianą czasu pobytu (4 dni) w Polsce, co może sugerować obciążenie oddziałów pacjentami z długim czasem hospitalizacji. Może to wskazywać na problem z przekazaniem pacjentów do opieki długoterminowej.

Ze względu na brak raportowania wskaźników (np. skali śpiączki Glasgow) pozwalających na ocenę typu oraz ciężkości urazu, a w związku z tym odniesienia się do wyników leczenia oraz dalszej ścieżki leczenia i rehabilitacji pacjentów (w szczególności w przypadku ciężkich urazów czaszkowo-mózgowych) nie ma możliwości jednoznacznego porównania placówek.

Brak jest wskaźnika określającego skuteczność leczenia. W dalszym etapie należy przeanalizować wpływ leczenia na aktywność zawodową pacjenta, co w powiązaniu ze wskaźnikiem określającym ciężkość urazu mogłoby być wskaźnikiem efektywności leczenia.

Urazy kręgosłupa

W Polsce było 16,83 tys. hospitalizacji z powodu urazów kręgosłupa (co stanowiło 5,2% hospitalizacji z analizowanej grupy). Zróżnicowany jest wskaźnik udziału tej podgrupy chorób między województwami (od 3,8% w województwie kujawsko-pomorskim do 6,4% w województwie śląskim). Zróżnicowana jest również dostępność do rehabilitacji w poszczególnych województwach (od 15,0% w województwie świętokrzyskim do 35,4% w województwie lubuskim).

Ze względu na brak raportowania wskaźników pozwalających na ocenę ciężkości urazu trudne jest odniesienia się do wyników leczenia oraz dalszej ścieżki leczenia i rehabilitacji pacjentów, w szczególności w przypadku ciężkich urazów kręgosłupa.

W dalszym etapie należy przeanalizować wpływ leczenia na aktywność zawodową pacjenta, co w powiązaniu ze wskaźnikiem określającym ciężkość urazu mogłoby być wskaźnikiem efektywności leczenia.

Zapalenia mózgu, rdzenia i opon mózgowych

W Polsce było 8,14 tys. hospitalizacji z powodu zapalenia mózgu, rdzenia lub opon mózgowych (co stanowiło 2,5% hospitalizacji z analizowanej grupy). Zróżnicowany jest wskaźnik udziału tej podgrupy chorób między województwami (od 1,0% w województwie lubelskim do 9,2% w województwie podlaskim), a leczenie tych chorób jest mocno skoncentrowane w szpitalach z oddziałami zakaźnymi.

W grupie omawianych chorób dominują infekcyjne zapalenia mózgu. Brak raportowania zapaleń o podłożu autoimmunologicznym, ponieważ nie istnieją odpowiednie kody rozpoznań ICD-10 i procedur ICD-9.

W Polsce 319 (5,6%) dorosłych pacjentów jest ponownie przyjmowana do szpitala z rozpoznaniem z analizowanej grupy chorób w ciągu 30 dni, co jest jednym z najwyższych obserwowanych wskaźników rehospitalizacji w analizowanej grupie. Zwraca uwagę duże zróżnicowanie standaryzowanej (wiekiem, płcią i wskaźnikiem Charlson) śmiertelności pomiędzy województwami w perspektywie 365 dni po hospitalizacji (od 5,0% w województwie podlaskim do 14,6% w województwie łódzkim).

3.1.4 Choroby aorty i naczyń obwodowych z uwzględnieniem nadciśnienia tętniczego

Nadciśnienie tętnicze i nadciśnienie tętnicze odporne

1. Nadciśnienie tętnicze najczęściej leczone jest w warunkach ambulatoryjnych i hospitalizacji z jego powodu stanowią stosunkowo niewielki odsetek wśród wszystkich hospitalizacji (0,9% w Polsce). Należy mieć jednak na uwadze fakt, że obserwuje się duży odsetek hospitalizacji, gdzie nadciśnienie tętnicze jest rozpoznaniem współistniejącym (w Polsce było 78,9 tys. hospitalizacji z rozpoznaniem głównym nadciśnienie tętnicze i 771,4 tys. hospitalizacji z rozpoznaniem współistniejącym), co sprawia że rzeczywista liczba chorych leczonych w warunkach szpitalnych jest wyższa.
2. Przyjęcia do szpitali z rozpoznaniem głównym nadciśnienie tętnicze (z wyłączeniem nadciśnienia opornego) odbywały się głównie w trybie nagłym. W Polsce przyjęcia w trybie nagłym stanowiły 63%.
3. Można zaobserwować zróżnicowany czas hospitalizacji z powodu nadciśnienia tętniczego (z wyłączeniem nadciśnienia opornego) pomiędzy świadczeniodawcami. Zwracają uwagę świadczeniodawcy z dłuższym czasem hospitalizacji i większym odsetkiem ponownych przyjęć. W Polsce średni czas hospitalizacji wynosił 4,3 dnia. Odsetek ponownych przyjęć (w ciągu 90 dni w dowolnym szpitalu z rozpoznaniem z grupy) wynosił w Polsce 2,82%.
4. W Polsce liczba hospitalizacji z powodu nadciśnienia tętniczego opornego wyniosła 13,1 tys. Liczba ta wydaje się być zaniżona w stosunku do rzeczywistej liczby chorych. Wynika to prawdopodobnie z jakości danych dostępnych w systemie sprawozdawczości.
5. W Polsce hospitalizacje pacjentów z rozpoznaniem nadciśnienie tętnicze odporne charakteryzują się niższym odsetkiem przyjęć w trybie nagłym niż hospitalizacje z powodu pozostałych przypadków nadciśnienia tętniczego (54,51% vs. 63,24%, jak również wyższym współczynnikiem rehospitalizacji w ciągu 90 dni (7,38% vs. 2,82%).
6. W Polsce zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS) najczęściej porad dla pacjentów z nadciśnieniem tętniczym udzieliła poradnia kardiologiczna.
7. W Polsce istnieje niewielka liczba poradni nadciśnienia tętniczego (14 poradni w Polsce, brak poradni w woj. łódzkim, opolskim, pomorskim, podkarpackim, świętokrzyskim) co wiąże się również z długim okresem oczekiwania w tego typu poradniach (mediana czasu oczekiwania od wystawienia skierowania do przyjęcia do AOS dla Polski 269 dni.
8. W Polsce 55,18% porad w poradni nadciśnienia tętniczego była udzielona pacjentom, którzy pojawiali się w poradni 3 lub więcej razy w 2014 roku.

9. Obecnie dostępne dane odnoszą się do liczby chorych, którzy pojawili się w systemie sprawozdawczości, co przy długim okresie oczekiwania na wizytę w AOS jak również na hospitalizację oraz przy dużym odsetku chorych hospitalizowanych w trybie nagłym wskazuje na znacznie większe potrzeby w tym zakresie opieki nad pacjentami z nadciśnieniem tętniczym.

Choroby aorty i naczyń obwodowych

1. Zaobserwowano, że w przypadku niektórych świadczeniodawców istnieją duże różnice w zakresie sprawozdanych procedur na terenie Polski. W niektórych ośrodkach mimo kontraktu w zakresie chirurgia naczyniowa - hospitalizacja, wykonywane są jedynie pojedyncze procedury w poszczególnych zakresach, co może wpływać na wyniki leczenia, w szczególności w przypadku procedur wymagających określonej liczby zabiegów w celu utrzymania określonego poziomu doświadczenia ośrodka, jak również możliwości szkolenia w zakresie chirurgii naczyń (np. zabiegi na tętnicach szyjnych, zabiegi na aorcie).
2. Niewielki odsetek hospitalizacji realizowany jest na oddziałach angiologicznych/ w ramach zakresów angiologicznych (w Polsce 1,4% hospitalizacji w oddziałach angiologicznych wśród wszystkich hospitalizacji z powodu chorób aorty i naczyń obwodowych, 1,6% hospitalizacji sprawozdanych w ramach zakresu angiologia wśród wszystkich hospitalizacji z powodu chorób aorty i naczyń obwodowych). W dalszych analizach należy zwrócić uwagę na dostępność do lekarzy angiologów.
3. W dalszej analizie konieczna jest ocena porad zakończonych skierowaniem na hospitalizację oraz porad, w przypadku których wykonano badania diagnostyczne lub też skierowano na badania umożliwiające postawienie ostatecznego rozpoznania, kwalifikację lub też dyskwalifikację od leczenia zabiegowego. Powyższe wiąże się również z koniecznością oceny wyposażenie tego typu poradni w aparaturę diagnostyczną jak również dostępności specjalistycznych badań diagnostycznych dla pacjentów w danym regionie (województwie).
4. W aspekcie dalszych analiz konieczna jest ocena dostępności oraz zasobów możliwych do wykorzystania w zakresie kompleksowego leczenia pacjentów z zespołem stopy cukrzycowej - z uwzględnieniem dostępności do leczenia chirurgicznego i wewnątrznaczyniowego oraz wielospecjalistycznej opieki nad tą grupą chorych.
5. W aspekcie starzejącej się ludności oraz coraz większej liczby chorych wymagających leczenia nerkozastępczego oraz chorych z cukrzycą i współistniejącą niewydolnością nerek, analizy wymaga również dostępność i zasoby w zakresie wytwarzania dostępu do dializ w poszczególnych województwach i regionach kraju. Analiza ta powinna uwzględniać potrzeby w tym zakresie oparte o ocenę aktualnej epidemiologii niewydolności nerek w populacji polskiej.
6. Występują nierówności w dostępie do poradni chorób naczyń (w woj. warmińsko-mazurskim i podkarpackim nie było w 2014 r. tego typu poradni, w woj. śląskim było ich 38). Podobne obserwacje dotyczą poradni chirurgii naczyniowej, których liczba różni się pomiędzy poszczególnymi województwami (najwięcej-24 w województwie mazowieckim, najmniej-1 w województwie lubuskim i podlaskim). Mediana czasu oczekiwania od daty wystawienia skierowania do daty przyjęcia do poradni chorób naczyń wyniosła w Polsce 195 dni. W przypadku poradni chirurgii naczyniowej mediana czasu oczekiwania dla Polski wyniosła 205 dni.
7. W Polsce w poradni chorób naczyń znaczną część porad wśród porad zachowawczych stanowią porady W11 (tzw. porady receptowe). Odsetek tych porad w Polsce wyniósł 39%. Należy również zauważyć że w Polsce w poradniach chorób naczyń 36% porad zostało udzielone pacjentom pojawiającym się w ciągu roku 1-krotnie, a 33% pacjentom z 3. i więcej wizytami.
8. Podobnie jak w przypadku poradni chorób naczyń, w poradni chirurgii naczyniowej znaczną część porad wśród porad zachowawczych stanowią porady W11 (tzw. porady receptowe). Odsetek tych porad wyniósł 54%. Należy również zauważyć że w Polsce w poradniach chirurgii naczyniowej 33% porad zostało udzielone pacjentom pojawiającym się w ciągu roku 1-krotnie.

Miażdżyca tętnic

1. W oparciu o obecnie dostępny system sprawozdawczości brak jest możliwości rozróżnienia pomiędzy chorymi przyjmowanymi z kończyną zagrożoną amputacją z powodu krytycznego niedokrwienia a chorymi hospitalizowanymi z powodu chromania przestankowego. Brak także możliwości wiarygodnej weryfikacji obecności schorzeń współistniejących oraz ich zaawansowania w populacji chorych hospitalizowanych co w istotny sposób utrudnia realną ocenę jakości leczenia w poszczególnych ośrodkach.
2. W hospitalizacjach z powodu miażdżycy tętnic dominują przyjęcia w trybie nagłym (59,67% w Polsce).
3. W Polsce hospitalizacje z wyróżnionymi procedurami zabiegowymi¹ stanowią 30,82% hospitalizacji z powodu miażdżycy tętnic.
4. Można zaobserwować zróżnicowanie między świadczeniodawcami pod względem liczby sprawozdawanych zabiegów, zarówno zabiegów chirurgicznych naczyniowych (w tym zabiegów obwodowych lub w odcinku brzuszny), jak i zabiegów wewnątrznacyniowych. Szczególne różnice dotyczą chorych, u których wykonywane są chirurgiczne zabiegi naczyniowe w odcinku brzuszny. Powyższe obserwacje tłumaczyć można zarówno stałym rozwojem metod wewnątrznacyniowych w ośrodkach naczyniowych jak i selekcją chorych wymagających leczenia w ośrodku dysponującym możliwościami leczenia zarówno choroby podstawowej, jak i jej szeroko pojętych powikłań.
5. Należy zwrócić uwagę na niepokojący z punktu widzenia możliwości zapewnienia dostępu do pełnego zakresu leczenia fakt, że w województwach funkcjonują świadczeniodawcy, którzy sprawozdali wykonanie mniej niż 5 zabiegów tego typu w roku 2014 (chirurgiczne zabiegi naczyniowe w obszarze brzuszny). Z punktu widzenia dostępności do leczenia specjalistycznego uzasadnione jest oparcie systemu opieki nad tą grupą chorych o ośrodki dysponujące pełnym zakresem wykonywanych zabiegów w stopniu umożliwiającym uzyskanie odpowiedniego doświadczenia i jakości wykonywanych świadczeń.
6. Coraz większa liczba zabiegów w ośrodkach naczyniowych wykonywanych jest wewnątrznacyniowo – w Polsce odsetek chorych, u których wykonano zabieg wewnątrznacyniowy z powodu miażdżycy tętnicy wyniósł 21,54%.
7. W poszczególnych ośrodkach występuje zróżnicowany odsetek pacjentów leczonych chirurgicznie i wewnątrznacyniowo. Zwraca uwagę występująca w niektórych ośrodkach przewaga jedynie jednego typu leczenia.
8. Obserwuje się zróżnicowanie w śmiertelności po operacjach naczyniowych w odcinku brzuszny pomiędzy województwami. Wartość ogólnopolska wyniosła 6,23%. Obecne dane w sprawozdawczości uniemożliwiają określenie charakterystyki leczonej populacji (krytyczne niedokrwienie, chromanie przestankowe, choroby współistniejące) a przyjęta w analizie ocena śmiertelności standaryzowanej wymaga weryfikacji w prospektywnej obserwacji klinicznej uwzględniającej aktualnie występujące u pacjentów czynniki ryzyko powikłań i zgonów.
9. Niewielki odsetek hospitalizacji był poprzedzony w ciągu 90 dni wizytą w poradni chorób naczyń lub poradni chirurgii naczyniowej (22,4% w Polsce). W dalszym etapie konieczna jest analiza skąd kierowani są chorzy do ośrodków chirurgii naczyń w trybie planowym i nagłym jak również u ilu z nich wykonano badania diagnostyczne, w tym badania obrazowe w okresie przed hospitalizacją.
10. Analiza wyników leczenia pod postacią odsetka amputacji w poszczególnych typach zabiegów wymaga uwzględnienia stopnia niedokrwienia kończyny (krytyczne niedokrwienie) – tego rodzaju dane nie są jednak dostępne na obecną chwilę w systemie sprawozdawczości. Obserwacje te wskazują na konieczność modyfikacji obecnego systemu raportowania dla celów dalszych analiz niezbędnych dla oceny funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w tym aspekcie.

¹Kody wg klasyfikacji ICD9-CM: 38.124, 38.126, 38.146, 38.324, 38.424, 38.426, 39.251, 39.252, 39.253, 39.254, 39.255, 39.256, 39.257, 39.261, 39.262, 39.492, 39.493, 39.496, 38.113, 38.120, 38.123, 38.128, 38.140, 38.143, 38.148, 38.318, 38.320, 38.323, 38.328, 38.418, 38.423, 38.428, 39.231, 39.29, 39.291, 39.292, 39.293, 39.294, 39.295, 39.296, 39.297, 39.298, 39.299, 39.491, 39.494, 39.495, 39.497, 39.56, 39.57. 00.45, 00.46, 00.47, 00.48, 00.634, 00.671, 00.672, 39.427, 39.501, 39.502, 39.503, 39.504, 39.507, 39.521, 39.528, 39.529, 39.751, 39.904, 39.905,

Amputacje

1. Obserwuje się wysoki odsetek pierwotnych dużych amputacji kończyny dolnej z przyczyn naczyniowych. W Polsce odsetek amputacji pierwotnych (tj. niepoprzedzonych interwencją naczyniową w okresie 4 lat przed amputacją – wg przyjętej definicji warunkowanej dostępnością danych systemu sprawozdawczości) wynosił 51,6%.
2. W dalszej analizie należy zwrócić uwagę na: wcześniejszą hospitalizację lub konsultację w poradni chorób naczyń/chirurgii naczyń oraz wykonane uprzednio badania obrazowe, w tym m.in. angio-CT umożliwiające podjęcie decyzji o rewaskularyzacji lub dyskwalifikacji do leczenia rekonstrukcyjnego (znaczną część amputacji pierwotnych wykonana została w oddziałach chirurgii ogólnej). Należy mieć na uwadze, że analiza amputacji „pierwotnych” może być obciążona błędem wynikającym z braku dostępu do danych dotyczących leczonych chorych w okresie wcześniej niż 4 lata, który wynika z dostępności danych. Niemniej jednak należy regularnie monitorować wartość tego wskaźnika.
3. Dostępne obecnie dane dotyczące liczby amputacji, w tym liczby amputacji po zabiegach naczyniowych jak również liczby „małych” amputacji kończyny, mogą być niedoszacowane. Wynika to bowiem ze sposobu sprawozdawczości powodowanego systemem rozliczeń i raportowaniem jedynie najdroższej wykonanej w danym ośrodku procedury (z pominięciem innych procedur np. amputacji) – powyższe uwagi powinny zostać uwzględnione w aspekcie modyfikacji systemu sprawozdawczości.

Zwężenie i niedrożność tętnic szyjnych

1. Można zaobserwować zróżnicowaną liczbę zabiegów (zarówno chirurgicznych jak i wewnątrznacyniowych) w ośrodkach. Zwraca uwagę występująca w niektórych ośrodkach przewaga jedynie jednego typu leczenia.
2. Istotną obserwacją w aspekcie nie tylko dostępności leczenia, ale potencjalnie również w aspekcie jego jakości jest fakt wykonywania w niektórych ośrodkach niewielkiej liczby zabiegów na tętnicach szyjnych. W Polsce w 14 ośrodkach wykonywanych jest poniżej 10 (i jednocześnie więcej niż zero) zabiegów chirurgicznych² rocznie oraz odpowiednio w 24 ośrodkach wykonywanych jest więcej niż 0 i mniej niż 10 zabiegów wewnątrznacyniowych³. Powyższe obserwacje stawiają pod znakiem zapytania realną możliwość zachowania właściwej jakości leczenia jak również zapewnienia możliwości szkolenia personelu w tym zakresie.
3. W hospitalizacjach z powodu zwężenia tętnic szyjnych dominują przyjęcia w trybie planowym (63,29% w Polsce). Brak możliwości weryfikacji w roku 2014 pilnego trybu przyjęć hospitalizowanych chorych uniemożliwia identyfikację populacji chorych objawowych ze zwężeniem tętnic domózgowych. Obecny system sprawozdawczości nie umożliwia odpowiedzi na pytanie jaki odsetek chorych hospitalizowanych z tym schorzeniem to chorzy objawowi, u ilu
4. W Polsce 7,16% hospitalizacji w tej grupie chorych zakończyło się ponowną hospitalizacją na oddziale neurologicznym do 365 dni.
5. Brak jest wiarygodnych danych dotyczących rzeczywistej częstości występowania powikłań neurologicznych – odnotowywane są jedynie ponowne hospitalizacje z powodu udaru mózgu. Np. udar mózgu w oddziale naczyniowym nie jest raportowany w przypadku jeśli pacjent nie jest przekazany na oddział neurologiczny.

Tętniak aorty brzusznej i tętnic biodrowych (niepęknięty)

1. Można zaobserwować zróżnicowanie między świadczeniodawcami pod względem liczby sprawozdawanych zabiegów chirurgicznych i wewnątrznacyniowych wykonywanych z powodu tętniaka aorty brzusznej i tętnicy biodrowej. W Polsce zaznacza się przewaga leczenia wewnątrznacyniowego

²ICD9-CM: 38.112, 38.122, 38.132, 38.142, 38.192, 38.312, 38.313.

³ICD9-CM: 00.631, 00.633, 00.634

tętniaka aorty brzusznej i tętnicy biodrowej nad leczeniem chirurgicznym —36,27% zabiegów wykonano wewnątrznacyniowo, a 20,91% w oparciu o otwarte zabiegi chirurgiczne.

2. Zwraca uwagę duże zróżnicowanie w zakresie odsetka chorych leczonych wewnątrznacyniowo w poszczególnych ośrodkach w województwie. Równocześnie część ośrodków wykazało niewielką ilość zabiegów wykonywanych przy pomocy tradycyjnego leczenia chirurgicznego tętniaka aorty brzusznej.
3. Mimo, że zabiegi operacyjne tętniaka aorty brzusznej wykonywane są zarówno w ośrodkach pierwszego jak i drugiego stopnia referencyjności, w skali kraju zwraca uwagę istotna przewaga ośrodków posiadających drugi stopień referencyjności w chirurgii naczyniowej w zakresie zarówno całkowitej liczby chorych hospitalizowanych i leczonych zabiegowo z tego powodu jak i liczby sprawozdawanych zabiegów wykonywanych przy pomocy tradycyjnego leczenia chirurgicznego (przy równoczesnej dużym odsetku pacjentów leczonych wewnątrznacyniowo także w tych ośrodkach).
4. Pogłębionej analizy wymaga zróżnicowana standaryzowana 30-dniowa śmiertelność w przypadku leczenia operacyjnego (chirurgicznego) z powodu tętniaka aorty brzusznej – w chwili obecnej sprawozdawane dane nie pozwalają ocenić zarówno wskazań do leczenia zabiegowego (np. chory objawowy, brak możliwości implantacji stentgraftu u chorego obciążonego z powodu uwarunkowań anatomicznych) jak i zweryfikować rzeczywistego zaawansowania schorzeń współistniejących, co sprawia, że trudno jednoznacznie określić, czy różnice w śmiertelności wynikają z jakości opieki, czy ze specyfiki grupy pacjentów.
5. W dalszych etapach analizy, oceny wymaga wykrywanie jak również monitorowanie chorych z tętniakiem aorty brzusznej. W tym aspekcie istotne jest określenie ilu chorych skierowanych zostało do szpitala bez wcześniejszego leczenia w poradni chorób naczyń/poradni chirurgii naczyniowej – pacjenci u których wykryto tętniaka aorty brzusznej lub tętnicy biodrowej o wymiarach uzasadniających pilną hospitalizację (w roku 2014 brak możliwości analizy przyjęć w trybie pilnym). Biorąc pod uwagę dużą liczbę chorych konsultowanych z tym rozpoznaniem w poradniach naczyniowych jak również hospitalizowanych na terenie całego kraju uzasadnione są działania mające na celu określenie zasad screeningu (badania przesiewowe, profilaktyczne) w celu wczesnego wykrycia tętniaka aorty brzusznej w populacji chorych starszych (w szczególności, zgodnie z doniesieniami piśmiennictwa pałających mężczyzn po 60 roku życia).

Pęknięty tętniak aorty brzusznej i/lub tętnicy biodrowej

1. W Polsce z powodu pękniętego tętniaka aorty brzusznej i/lub tętnicy biodrowej odbyło się 870 hospitalizacji, z czego w przypadku 638 sprawozdano wykonanie zabiegu (w tym 513 związanych było z leczeniem operacyjnym i 125 z leczeniem wewnątrznacyniowym).
2. Istnieje znacznego stopnia zróżnicowanie pomiędzy ośrodkami w aspekcie liczby hospitalizowanych chorych z pękniętym tętniakiem aorty brzusznej lub tętnicy biodrowej.
3. W Polsce w 2014 r. funkcjonowało 36 ośrodków sprawozdających wykonanie co najmniej 1 i mniej niż 5 operacji pękniętego tętniaka aorty brzusznej lub tętnicy biodrowej oraz 25 ośrodków sprawozdających wykonanie jednego lub dwóch zabiegów w skali roku.
4. Ze względu na niewielką liczbę operowanych pacjentów w ośrodkach raportujących jedynie pojedyncze operacje z tego zakresu nie jest możliwa ocena jakości leczenia w tym zakresie we wszystkich oddziałach naczyniowych. Analiza ta możliwa jest jedynie w ośrodkach o charakterze „high volume centre”, czyli centrach referencyjnych dedykowanych leczeniu tej grupy pacjentów do których kierowani są pacjenci z danego regionu. Śmiertelność wewnątrzzpitalna u chorych z pękniętym tętniakiem aorty brzusznej lub tętnicy biodrowej poddawanych leczeniu chirurgicznemu w Polsce wyniosła 57,9%, w przypadku zabiegów wewnątrznacyniowych było to 32,54%.
5. W dalszej części analizy podjąć należy działania mające na celu ocenę systemu ratownictwa dla tej grupy chorych z uwzględnieniem czynnika geograficznego – odległości od ośrodków specjalistycznych, kierowania chorych do ośrodków referencyjnych i zapewniających najwyższy standard opieki

w tym wielospecjalistycznej opieki pooperacyjnej dla tej grupy pacjentów. Na poziomie województwa uzasadnione jest określenie zasad kierowania chorych i wyłonienie ośrodków dedykowanych tej grupie chorych. Równocześnie w analizie tej uwzględnić należy miejsce zamieszkania pacjenta i czas dojazdu chorego do ośrodka.

Tętniak i tętniak rozwarstwiający tętnicy głównej (z wyłączeniem tętniaka odcinka brzuszego)

1. W Polsce odsetek chorych hospitalizowanych z tym rozpoznaniem w trybie nagłym wyniósł 52% i jedynie 8% wszystkich przyjęć z tym schorzeniem poprzedzonych było w ciągu 90 dni wizytą w AOS. W oparciu o obecnie dostępny system raportowania brak jest możliwości oceny wyników leczenia wewnątrznaczyniowego w odniesieniu do rodzaju stwierdzonej patologii w (rozwarstwienie, tętniak aorty zstępującej, tętniak na tle przewlekłego rozwarstwienia), jego rozległości (odcinkowe rozwarstwienie aorty lub rozwarstwienie całej aorty zstępującej) i czasu trwania (rozwarstwienie ostre, podostre, przewlekłe). W tym aspekcie uzasadnione jest uszczegółowienie rozpoznania i grup pacjentów. W dalszej analizie uzasadniona jest ocena u ilu chorych hospitalizacja (w trybie planowym, w trybie pilnym) poprzedzona była diagnostyką obrazową podejrzaną patologii (analiza dostępu do badań diagnostycznych).

Zator i zakrzep tętniczy

1. Liczba hospitalizacji w powodu obwodowych zakrzepów i zatorów tętniczych w Polsce wyniosła 6,03 tys. w roku 2014. Wymagane jest zapewnienie odpowiedniej dostępności do tego rodzaju leczenia na terenie całego kraju, jak również na terenie całego województwa. Uzasadniona jest analiza różnic w zakresie liczby hospitalizacji na 100 000 mieszkańców populacji z tym rozpoznaniem pomiędzy województwami.
2. Większość pacjentów z rozpoznaniem zakrzep i zator tętniczy hospitalizowanych jest w trybie nagłym (w Polsce 91%).
3. Z leczeniem chorych z zaturem i zakrzepem tętniczym nadal wiąże się relatywnie wysoka śmiertelność oraz odsetek amputacji w Polsce (odpowiednio po leczeniu chirurgicznym: śmiertelność 8,6%, amputacje 5,96%; po leczeniu wewnątrznaczyniowym: śmiertelność 3,3%, amputacje 4,62%).
4. Ze względu na sposób sprawozdawczości i sprawozdawanie procedur wymaganych do rozliczenia danej grupy JGP, a nie wszystkich wykonywanych zabiegów (w tym amputacji) rzeczywista liczba amputacji (w tym amputacji dużych) w obecnej analizie opartej o sprawozdane zabiegi, może okazać się zaniżona.
5. W aspekcie analizy wyników leczenia zabiegowego tej grupy chorych istotna wydaje się ocena sposobu kierowania chorych do szpitala – przyjęcia nagłe, przyjęcia w trybie pilnym, skąd chory jest kierowany i w jakim czasie przyjmowany jest do szpitala od momentu wystawienia skierowania. Dane te powinny zostać skorelowane w odsetkiem amputacji w tej grupie pacjentów.
6. Istotną informacją jest również odsetek chorych, którzy wcześniej podlegali leczeniu i kontroli w poradniach chorób naczyni i poradniach chirurgii naczyni. W Polsce 20,99% hospitalizacji planowych było poprzedzonych w ciągu 90 dni wizytą w tego typu poradni.
7. Obecny system sprawozdawczości nie pozwala na wyciągnięcie wniosków dotyczących jakości leczenia w odniesieniu do stopnia niedokrwienia i zagrożenia amputacją w momencie przyjęcia chorego do szpitala.

Zakrzepica i/lub zatorowość płucna

1. Śmiertelność u chorych hospitalizowanych z powodu zakrzepicy lub zatorowości płucnej w Polsce wyniosła 4,96%. W chwili obecnej na podstawie dostępnej sprawozdawczości brak możliwości określenia przyczyn zgonów w tej populacji.
2. W dalszej analizie uzasadniona jest ocena dostępu do właściwej diagnostyki przedszpitalnej zakrzepicy i zatorowości płucnej – analiza skąd chory został skierowany (poradnia AOS, poradnia lekarza rodzinnego, zgłoszenie bez skierowania). Konieczne jest również określenie u jakiej części chorych i gdzie wykonane zostało badanie obrazowe potwierdzające lub sugerujące wystąpienia zakrzepicy. W tym aspekcie konieczna jest analiza dostępności diagnostyki USG dupleks doppler w ośrodkach funkcjonujących na terenie poszczególnych województw (w tym w ramach AOS, SOR i izby przyjęć).
3. Ze względu na sposób sprawozdawania brak jest w chwili obecnej możliwości określenia po jakim czasie od wystąpienia objawów pacjent uzyskał dostęp do badania potwierdzającego lub wykluczającego wystąpienia zakrzepicy. W tym aspekcie konieczna jest dalsza analiza zasobów jak również ich dostępności, w tym dostępności całodobowej badań diagnostycznych dla pacjentów z zakrzepicą żył głębokich.

Żylaki kończyn

1. Większość zabiegów operacyjnych żylaków kończyn dolnych w ramach publicznego systemu opieki zdrowotnej wykonana jest poza ośrodkami naczyniowymi.
2. Dostępny system sprawozdawczości uniemożliwia analizę wskazań do wykonywanych zabiegów z punktu widzenia stopnia zaawansowania choroby – pacjenci ze zmianami troficznymi, pacjenci po owrzodzeniach żylnych goleni, zabiegi ze wskazań kosmetycznych. Dodatkowo ze względu na brak danych, brak jest również możliwości oceny sposobu leczenia zachowawczego przewlekłej choroby żylny, brak informacji na temat stosowania leczenia uciskowego i innych form leczenia.
3. Na podstawie obecnie dostępnych danych brak możliwości oceny wyników i jakości leczenia – odsetek reoperacji, ocena ryzyka żylaków nawrotowych.

Owrzodzenia kończyn

1. Na podstawie danych sprawozdawanych brak jest możliwości wnioskowania na temat liczby nowych przypadków owrzodzeń kończyn dolnych – dokonano próby określenia tzw. zapadalności rejestrowanej (zaprezentowana w mapach wojewódzkich), która wskazuje na minimalną liczbę nowych przypadków wyniosła w 2014 r. Brak jest dostępnych informacji jaka populacja chorych z owrzodzeniem kończyny dolnej pozostaje pod opieką lekarza rodzinnego lub też pozostaje poza systemem opieki zdrowotnej – zapadalność rejestrowana bazująca na danych AOS, SOR i lecznictwie szpitalnym odnosi się jedynie do części populacji chorych.
2. Dalszej analizie wymaga właściwa diagnostyka i leczenie przyczynowe chorych z owrzodzeniem kończyny dolnej z uwzględnieniem opieki wielospecjalistycznej dedykowanej konkretnej patogenezie owrzodzenia (owrzodzenia pochodzenia naczyniowego, zespół stopy cukrzycowej, schorzenia dermatologiczne, inne przyczyny).

3.1.5 Choroby układu oddechowego (przewlekłe)

Analiza wskaźników chorobowości rejestrowanej i zapadalności rejestrowanej wskazuje na duże rozpowszechnienie przewlekłych schorzeń w zakresie układu oddechowego zarówno u dorosłych, jak i dzieci.

Istotny ciężar opieki nad pacjentami w zakresie diagnostyki i leczenia astmy u dorosłych jest widoczny w lecznictwie stacjonarnym (ok. 120 hospitalizacji na 100 tys. mieszkańców). Nasuwa to wniosek, że Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna oraz Podstawowa Opieka Zdrowotna mogą być zaangażowana w zbyt małym zakresie w opiekę nad pacjentami z astmą.

Analiza dostępności programu lekowego omalizumab, który jest dedykowany pacjentom z Astmą wykazała, że nie występują obszary o niższej dostępności do tej formy leczenia.

Zwraca uwagę duże zróżnicowanie standaryzowanego wiekiem i płcią czasu hospitalizacji pacjentów chorych na Przewlekłą Obturacyjną Chorobę Płuc pomiędzy poszczególnymi szpitalami w kraju.

Należy zwrócić uwagę na bardzo niską dostępność do specjalistycznej rehabilitacji pulmonologicznej. W Polsce istniało 20 ośrodków udzielających świadczenia w zakresie rehabilitacji pulmonologicznej, przy czym w 4 województwach nie było ani jednego takiego ośrodka.

Dodatkowo, w Polsce istnieją tylko 2 ośrodki świadczące usługi w zakresie rehabilitacji pulmonologicznej w trybie dziennym oraz nie występuje możliwość prowadzenia rehabilitacji pulmonologicznej w trybie ambulatoryjnym.

Zgodnie z trendami obserwowanymi na świecie, wzrasta liczba pełnoletnich chorych na Mukowiscydozę (0,8 tys. hospitalizacji w Polsce). Analiza wykazała, że istnieją województwa, gdzie nie ma ośrodka zajmującego się takimi pacjentami.

Zaobserwowano nierówności w dostępie do Przewlekłej Tlenoterapii w Warunkach Domowych (Domowe Leczenie Tlenem-DLT) pomiędzy województwami. Najniższy wskaźnik na 100 tysięcy mieszkańców wynosił 10,6 (województwo zachodniopomorskie), najwyższy wynosił 63,8 (województwo świętokrzyskie), przy wartości dla Polski równej 24,3.

Zwraca uwagę niski odsetek pacjentów z rozpoznaniem z grupy Niewydolność oddychania, którzy byli leczeni za pomocą nieinwazyjnej wentylacji mechanicznej (JGP D45). W Polsce odsetek ten wynosił zaledwie 1%.

Niepoprawność w sprawozdawczości z zakresu wszystkich przewlekłych chorób układu oddechowego. Jako przykład należy podać duże zróżnicowanie udziału stanów astmatycznych wśród wszystkich hospitalizacji z powodu astmy pomiędzy województwami (wartość najwyższa 13%, najniższa 1%, średnia 4%) lub raportowania chorób współistniejących mogących odpowiadać za występowanie zaostrzeń będących przyczyną hospitalizacji.

W kolejnym kroku analiz zasadnym byłoby pogłębienie analizy dotyczącej diagnostyki odbywającej się na oddziałach pulmonologicznych (w tym nowotworu złośliwego płuca, odgrywającej kluczową rolę w rokowaniu tego nowotworu) oraz pogłębienie analizy czasu oczekiwania na diagnostykę i leczenie bezdechu sennego. Zasadna byłaby także analiza pacjentów leczonych za pomocą aparatu cPAP finansowanego ze środków NFZ.

3.1.6 Choroby układu oddechowego (ostre)

Obserwowane jest duże rozpowszechnienie oraz duża częstość ostrych schorzeń w zakresie układu oddechowego zarówno u dorosłych, jak i u dzieci.

Głównymi oddziałami leczącymi pacjentów z zapaleniem płuc i zapaleniem oskrzeli są oddziały internistyczne (ok. 20% hospitalizacji) i pediatryczne (ok. 40% hospitalizacji). Pozostałe choroby z zakresu ostrych chorób układu oddechowego leczone są w dużym stopniu na oddziałach specjalistycznych. Widoczny jest wyraźny podział kompetencji i referencyjności w zakresie leczenia powszechnych i rzadkich chorób układu oddechowego. Wyjątkiem są – ostre niewydolności oddechowe i obrzęki płuc, które mimo zazwyczaj bezpośredniego stanu zagrożenia życia w ok. 30% leczone są (sprawozdawane) na oddziałach internistycznych i pediatrycznych.

Wśród pacjentów dorosłych obserwowany jest wysoki odsetek chorych (53%) w wieku powyżej 65 r.ż. w zakresie ostrych chorób układu oddechowego.

Obserwowana jest duża sezonowość występowania ostrych chorób układu oddechowego zarówno w populacji osób dorosłych, jak i dzieci. Sezonowość wpływa na wariacje w wykorzystaniu zasobów np. łóżek szpitalnych, kadry medycznej, co stanowi wyzwanie dla organizacji elastycznej opieki zdrowotnej.

Widoczny jest niewielki odsetek wykonywanych (sprawozdawanych) badań mikrobiologicznych u osób hospitalizowanych z powodu ostrych chorób układu oddechowego (np. w zapaleniu płuc u dorosłych 16%).

Ze względu na specyfikę choroby, dorośli pacjenci z gruźlicą są hospitalizowani przez długi okres czasu (mediana czasu pobytu wynosi w Polsce 42 dni), przez co znacząco obciążają oddziały pulmonologiczne specjalizujące się w ich leczeniu.

Niska jakość danych, brak kompletnej sprawozdawczości m.in. chorób współistniejących czy wykonywanych badań diagnostycznych wpływa negatywnie na możliwości wnioskowania co do jednorodności grupy chorujących na ostre choroby układu oddechowego, co uniemożliwia określenie realnych potrzeb np. w zakresie rehabilitacji oddechowej lub ogólnoustrojowej w tej grupie chorych.

Ostre choroby układu oddechowego, zważywszy na ich specyfikę, są rzadko leczone w warunkach ambulatoryjnych. Przykładowo w województwie mazowieckim zaledwie 11% porad w poradniach gruźlicy i chorób płuc (VIII część kodu resortowego: 1270) zostało udzielonych pacjentom przyjętym z analizowanymi rozpoznaniem, analogiczny odsetek w poradniach chorób płuc (VIII część kodu resortowego: 1272) wyniósł 6%.

3.1.7 Choroby gruczołów wydzielania wewnętrznego

W 2014 roku w Polsce odnotowano 141,5 tys. hospitalizacji z powodu rozpoznania zakwalifikowanych jako choroby gruczołów wydzielania wewnętrznego. Liczba hospitalizacji na 100 tys. ludności wyniosła 367,61.

Analizowane rozpoznania zostały podzielone na 9 podgrup. Najliczniejsza w kraju podgrupa pod względem liczby hospitalizacji jest zbiór rozpoznań ICD-10, któremu nadano nazwę nowotwory niezłośliwe endokrynologiczne. Hospitalizacje z rozpoznaniem należącym do tej podgrupy stanowiły więcej niż co czwarta hospitalizację (26,9%), co wynika w dużej mierze z zakwalifikowania do tej grupy wola guzowego oraz prolactinomy. Drugą najliczniejszą grupę według liczby hospitalizacji stanowiły choroby z niezakwalifikowanym rozpoznaniem endokrynologicznym (22,7% hospitalizacji). W tej podgrupie mieszczą się pacjenci w trakcie diagnostyki endokrynologicznej, wymagającej badań w dłuższym okresie czasu. Trzecią najczęstszą grupą rozpoznania były choroby gonad, jest to spowodowane częstym występowaniem chorób ginekologiczno-endokrynologicznych.

Analiza wykazała istotną różnicę w wartości wskaźnika liczby hospitalizacji na 100 tys. dorosłych (329,45), a 100 tys. dzieci (540,93). Jest to spowodowane faktem, że diagnostyka chorób gruczołów wydzielania wewnętrznego przeprowadzana jest często w wieku dziecięcym, a dorośli pacjenci często wymagają jedynie leczenia ambulatoryjnego.

Blisko 3/4 wszystkich hospitalizacji wśród dorosłych pacjentów odbywało się na trzech oddziałach: endokrynologicznym (28,1% hospitalizacji), chorób wewnętrznych (25% hospitalizacji) oraz chirurgicznym ogólnym (21% hospitalizacji).

Analiza hospitalizacji dziecięcych wykazała największe obciążenia (blisko 2/3 wszystkich hospitalizacji) na oddziałach: endokrynologicznym dla dzieci (37,7% hospitalizacji), pediatrycznym (28,1% hospitalizacji).

Grupa chorób gruczołów wydzielania wewnętrznego charakteryzowała się niską śmiertelnością wewnątrzszpitalną (tryby wypisu pacjentów zakwalifikowane jako zgon). W przypadku dzieci wskaźnik ten wyniósł ok. 0,02%, a dla dorosłych ok. 1,5%.

Duże znaczenie w leczeniu pacjentów z chorobami gruczołów wydzielania wewnętrznego ma Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna. 83,7% wizyt ambulatoryjnych pacjentów z rozpoznaniem z tej grupy odbyło się w poradniach endokrynologicznej i endokrynologicznej dla dzieci. Porównanie liczby porad sprawozdanych w NFZ oraz porad odnotowanych w sprawozdaniu ZD-3 wskazała, że ponad 20% porad

w poradniach tego typu nie było finansowanych ze środków publicznych. Należy podkreślić, że te wartości oznaczają minimalny szacowany odsetek świadczeń realizowanych poza NFZ.

3.1.8 Choroby dziecięce

W Polsce sprawozdano 1 374,8 tys. hospitalizacji osób poniżej 18 r.ż. (dalej: dzieci), co przełożyło się na 19 801,61 hospitalizacji na 100 tys. dzieci. Z kolei liczba sprawozdanych hospitalizacji dzieci z rozpoznaniem zakwalifikowanymi jako ogólnopediatryczne w Polsce wyniosła 559,6 tys., co przełożyło się na 8 059,83 hospitalizacji na 100 tys. dzieci. Najczęstszą natomiast grupą rozpoznawanych ogólnopediatrycznych w Polsce były choroby układu oddechowego (32,4% wszystkich hospitalizacji ogólnopediatrycznych w kraju) i choroby układu pokarmowego (29,9%).

W Polsce w ramach zakresu pediatria zostało sprawozdane 70,8% hospitalizacji z rozpoznaniem ogólnopediatrycznymi. Hospitalizacje ogólnopediatryczne odnotowuje się także w ramach zakresów specjalistycznych dziecięcych (29,2% w Polsce). Na oddziałach pediatrycznych zostało sprawozdane 69,1% hospitalizacji z rozpoznaniem ogólnopediatrycznymi.

Hospitalizacje ogólnopediatryczne charakteryzują się dużą sezonowością. Wpływa na nią przede wszystkim grupa 0-5 lat. Równocześnie obserwuje się znaczne rozproszenie leczenia ogólnopediatrycznego - szereg szpitali (172) nie odnotowuje nawet 100 hospitalizacji ogólnopediatrycznych rocznie. Najwięcej z nich (28) odnotowano w województwie mazowieckim. W Polsce odsetek hospitalizacji zakończonych ponowną hospitalizacją w dowolnym szpitalu w ciągu 30 dni od dnia wypisu wyniósł 5,6%. Wartość ta znacznie waha się pomiędzy województwami od 2,1% w zachodniopomorskim do 6,6% w lubelskim.

Opracowano model prognostyczny dla hospitalizacji ogólnopediatrycznych w szpitalach posiadających oddziały pediatrii ogólnej (zgodnie z VIII częścią kodu resortowego) bazujący na prognozie demograficznej GUS dla powiatów oraz założeniu o stałych współczynnikach hospitalizacji w grupach wieku. Otrzymane wyniki wskazują, że w latach 2014-2020 zaobserwujemy spadek liczby hospitalizacji ogólnopediatrycznych o około 31 tys., zaś liczba szpitali, które będą odnotowywały co najmniej 700 takich hospitalizacji spadnie z 283 do 267.

3.1.9 Zaburzenia psychiczne

Zapadalność na zaburzenia psychiczne w Polsce

Ze względu na brak populacyjnych badań epidemiologicznych dotyczących większości problemów zdrowotnych analizowanych w dokumencie oraz brak rejestrów medycznych, podjęto próbę ich oszacowania. Mimo, że stwierdzono pewne rozbieżności między oszacowanymi wskaźnikami epidemiologicznymi a danymi źródłowymi z piśmiennictwa dotyczącymi wskaźników epidemiologicznych w innych krajach Unii Europejskiej oraz pojedynczymi doniesieniami z kraju, uzyskane dane można traktować jako aktualnie najlepsze możliwe oszacowanie tych wskaźników.

Chorobowość rejestrowana oszacowana na 31 grudnia 2014 roku w ramach leczenia uzależnień wyniosła 933,4 tysięcy chorych (w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców było to 2 456,4 chorych). W przypadku schizofrenii liczbę chorych w Polsce oszacowano na 279,4 tys. (w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców: 735,2 chorych). Liczba chorych na zaburzenia organiczne wyniosła 695,2 tys. (w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców było to 1829,5 chorych). Chorobowość rejestrowana w przypadku zaburzeń zachowania i emocji rozpoczynających się zwykle w dzieciństwie i wieku młodzieńczym wyniosła 370 tys. chorych (w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców było to 973,6 chorych).

Lecznictwo szpitalne - zaburzenia psychiczne

Zdecydowana większość hospitalizacji była sprawozdana w rodzaju 'opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień' (rodzaj świadczeń 4 wg NFZ) - w Polsce - 97% hospitalizacji z powodu zaburzeń psychicznych. Hospitalizacje sprawozdane w rodzaju 'leczenie szpitalne' (rodzaj świadczeń 3 wg NFZ) stanowiły 3% hospitalizacji w skali kraju. Hospitalizacje w ramach lecznictwa szpitalnego (rodzaj świadczeń 3 wg NFZ) dominowały w przypadku świadczeniodawców sprawozdających mniej niż 20% hospitalizacji w województwie.

Ze względu na specyficzność leczenia zaburzeń psychicznych w analizie wydzielono grupy chorób dla osób dorosłych oraz dla dzieci i młodzieży. Największy udział hospitalizacji wśród osób dorosłych w kraju stanowiły uzależnienia (44% hospitalizacji w skali kraju). Zaś wśród dzieci i młodzieży największym udziałem hospitalizacji w kraju charakteryzowały się zaburzenia nerwicowe związane ze stresem i postacią somatyczną (16,5% hospitalizacji w skali kraju).

W Polsce w 2014 roku odnotowano 3,1 tys. hospitalizacji na oddziałach psychiatrii sądowej. Liczba świadczeniodawców w skali całego kraju, którzy hospitalizowali co najmniej jednego dorosłego pacjenta wyniosła 24, z czego ponad 80% hospitalizacji sprawozdała połowa z nich. Liczba świadczeniodawców, którzy hospitalizowali pacjentów poniżej 18 roku życia wyniosła 5. Najczęstszą przyczyną hospitalizacji w przypadku dorosłych była Schizofrenia (1,56 tys. hospitalizacji), natomiast wśród dzieci i młodzieży Zaburzenia hiperkinetyczne i zaburzenia zachowania.

Ważnym elementem z punktu widzenia leczenia zaburzeń psychicznych w Polsce jest kompleksowość placówek psychiatrycznych. Biorąc pod uwagę czy świadczeniodawca dysponował w 2014 roku oddziałem dziennym, poradnią psychiatryczną, izbą przyjęć lub szpitalnym oddziałem ratunkowym, zespołem leczenia środowiskowego oraz oddziałem całodobowym, można stwierdzić, iż na terenie Polski znajdowało się 25 placówek obejmujących wszystkie wymienione formy leczenia na terenie jednego powiatu.

Biorąc pod uwagę czy świadczeniodawca dysponował w 2014 roku oddziałem dziennym dla dzieci i młodzieży, poradnią psychiatryczną dla dzieci i młodzieży, izbą przyjęć dla dzieci i młodzieży lub szpitalnym oddziałem ratunkowym dla dzieci i młodzieży, zespołem leczenia środowiskowego oraz oddziałem całodobowym dla dzieci i młodzieży, można stwierdzić, iż na terenie Polski nie było żadnej placówki obejmującej wszystkie wymienione formy leczenia na terenie jednego powiatu.

Ambulatoryjna Opieka Psychiatryczna

W 2014 roku w ramach ambulatoryjnej opieki psychiatrycznej (obejmującej zespoły leczenia środowiskowego i poradnie psychiatryczne) dla dorosłych zarejestrowano 8,37 mln porad, z których skorzystało 1,5 mln pacjentów. Liczba porad na jednego pacjenta w ciągu roku wyniosła średnio 6.

W 2014 roku w ramach ambulatoryjnej opieki psychiatrycznej (obejmującej zespoły leczenia środowiskowego i poradnie psychiatryczne) dla dzieci i młodzieży zarejestrowano 1,73 mln porad, z których skorzystało 0,28 mln dzieci. Liczba porad na jednego pacjenta w ciągu roku wyniosła średnio 6.

W 2014 roku w ambulatoryjnej opiece psychiatrycznej dla dorosłych realizowano głównie świadczenia ogólnopsychiatryczne, które stanowiły 60,1% wszystkich porad. W świadczeniach profilowanych domino wało leczenie uzależnień (30,5%).

W 2014 roku w Polsce blisko połowa porad dla dzieci i młodzieży udzielono w poradni logopedycznej (48%). W poradni zdrowia psychicznego dla dzieci udzielono ok. 25% porad. W przypadku poradni zdrowia psychicznego dla dzieci województwa były zróżnicowane pod względem liczby porad przypadającą na poradnię. największa wartość była obserwowana w województwie kujawsko pomorskim (4,26 porad na poradnię), a najmniejsza w województwie lubuskim (1,35 porad na poradnię).

3.1.10 Cięża, poród i połóg oraz opieki nad noworodkiem

W części odnoszącej się do leczenia szpitalnego dotyczącego ciąży, porodu i połogu przeanalizowano świadczenia finansowane ze środków publicznych w czterech blokach tematycznych: porody, patologia ciąży, ciężce utracone i poronienia, a także komplikacje poporodowe. Przeanalizowano wszystkie świadczenia szpitalne z rozpoznaniem wg Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych edycja dziesiąta (ICD-10) z zakresów O00-O99, Z32-Z36 oraz Z39.

W części dotyczącej leczenia szpitalnego dotyczącego opieki nad noworodkiem przeanalizowano świadczenia finansowane ze środków publicznych z rozpoznaniem wg Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych edycja dziesiąta (ICD-10) z zakresów P00-O96, R09 oraz Z38.

Wśród porodów wyróżniono cztery podgrupy: porody powikłane niezabiegowe, porody powikłane zabiegowe, porody niepowikłane niezabiegowe oraz porody niepowikłane zabiegowe. Powikłanie porodu stwierdzano na podstawie rozpoznania ICD-10 oraz sprawozdanych Jednorodnych Grup Pacjentów. Fakt, czy poród był zabiegowy stwierdzano na podstawie sprawozdanych procedur (na porody zabiegowe składają się te przeprowadzone za pomocą cięcia cesarskiego, próżnościagu położniczego i kleszczy położniczych). Wśród patologii ciąży wyróżniono ciężką i lekką patologię.

Liczba ciąż obserwowana w leczeniu szpitalnym w 2014 roku w Polsce wyniosła prawie 430 tysięcy. Jest to minimalna wartość liczby ciąż w Polsce, gdyż nie uwzględniono w niej poronień nieobserwowanych w leczeniu szpitalnym ani ciąż w całości prowadzonych poza systemem opieki zdrowotnej finansowanej przez płatnika publicznego (NFZ). W Polsce w 2014 roku w leczeniu szpitalnym zaobserwowano 61,5 tys. ciąż utraconych i poronień.

W Polsce w 2014 roku w ramach umów z NFZ, sprawozdano około 365 tys. porodów. Spośród tych porodów około 160 tys. stanowiły porody niepowikłane niezabiegowe, 99 tys. porody niepowikłane zabiegowe, 59 tys. porody powikłane zabiegowe, a 47 tys. porody powikłane niezabiegowe. Zatem łącznie porodów zabiegowych odnotowano około 158 tys., zaś niezabiegowych 207 tysięcy. Wśród porodów powikłanych około 15,8 tys. było porodami przedwczesnymi.

W Polsce w 2014 roku sprawozdano w przybliżeniu 359 tys. hospitalizacji neonatologicznych. Spośród nich 211 tys. sprawozdano w ramach Jednorodnej Grupy Pacjentów N20 (Noworodek wymagający normalnej opieki). Oznacza to, że na 100 hospitalizacji neonatologicznych zaledwie 59 stanowiła opieka nad w pełni zdrowymi noworodkami. Wśród świadczeniodawców wartości powyższego wskaźnika są bardzo zróżnicowane, w szczególności wyróżnić można takich, u których dominującą Jednorodną Grupą Pacjentów w przypadku noworodków nie jest N01, czyli takich świadczeniodawców, którzy sprawozdali większość hospitalizacji noworodkom wymagającym wzmożonej opieki.

Średnia długość hospitalizacji (dalej: ALOS) w Polsce w grupie **ciężce utracone i poronienia** wyniosła 2,15 dnia. Najwyższą notowano w województwach świętokrzyskim (2,93) oraz łódzkim (2,72), a najniższą w województwach pomorskim (1,85) oraz podlaskim (1,87).

W przypadku **lekkiej patologii ciąży** ALOS w Polsce w 2014 roku wyniósł 3,64 dnia. Wśród województw najwyższy był w województwach lubelskim (4,38) oraz małopolskim (4,32), a najniższy w województwach kujawsko-pomorskim (2,91) i wielkopolskim (3,05). W przypadku **ciężkiej patologii ciąży** ALOS w skali kraju był równy 4,43 dnia. Najwyższy był w województwach warmińsko-mazurskim (6,79) oraz śląskim (6,41), a najniższy w województwie wielkopolskim (3,22) i zachodniopomorskim (3,28).

ALOS dla porodów w Polsce miał następujące wartości. Dla **porodów powikłanych zabiegowych** wyniósł 9,25 dnia. Różnice między województwami w tym względzie sięgały prawie czterech dni. Najwyższy ALOS notowano w województwie śląskim (11,93) oraz warmińsko-mazurskim (10,63), a najniższy w pomorskim (8,04) oraz wielkopolskim (8,13). W przypadku **porodów powikłanych niezabiegowych** dla Polski średnia liczba osobodni hospitalizacji wyniosła 6,93 dnia. Wśród województw najwyższą wartość notowano w województwie lubuskim (10,02), a najniższą w pomorskim (5,88).

Porody niepowikłane cechowały się niższymi średnimi czasami hospitalizacji. W skali kraju wyniosły one 4,77 dnia dla **porodów niepowikłanych zabiegowych** oraz 3,84 dnia dla **porodów niepo-**

wikłanych niezabiegowych. W obydwu grupach najwyższym ALOS-em cechowało się województwo lubelskie (4,86 dla niezabiegowych i 5,79 dla zabiegowych). Średnio najkrócej pacjentki hospitalizowane były w województwach podlaskim (3,71 dnia) w ramach porodów niepowikłanych zabiegowych oraz kujawsko-pomorskim (3,37 dnia) w ramach porodów niepowikłanych niezabiegowych.

Średnia długość hospitalizacji w ramach neonatologii w Polsce wyniosła 4,6 dnia.

Ważony ryzykiem współczynnik porodów fizjologicznych (WRWPF) jest zestawieniem obserwowanej liczby porodów fizjologicznych (tj. niepowikłanych niezabiegowych) z oczekiwaną liczbą takich porodów w ośrodku. Oczekiwaną liczbę porodów fizjologicznych wyznaczono biorąc pod uwagę strukturę rodzących kobiet ze względu na patologię ciąży, wiek oraz uprzednio przebyte cięcia cesarskie. Interpretacja tego współczynnika jest następująca. Wartość 1 oznacza, że w szpitalu porody fizjologiczne obserwowane były średnio tak samo często jak w Polsce na danym poziomie referencyjnym. Wartości poniżej 1 oznaczają częstsze niż w Polsce porody zabiegowe lub/i powikłane (po uwzględnieniu wspomnianej struktury), natomiast wartości powyżej 1 oznaczają częstsze porody fizjologiczne niż ogólnie w szpitalach na danym poziomie referencyjnym.

W skali kraju zaobserwować można następujące prawidłowości. Dla pierwszego i drugiego poziomu referencyjnego wartość WRWPF jest dodatnio skorelowana z roczną liczbą porodów w szpitalu, czyli innymi słowy im więcej porodów sprawozdaje szpital na pierwszym lub drugim poziomie referencyjnym tym większy udział tych porodów stanowią porody fizjologiczne. W przypadku trzeciego poziomu referencyjnego obserwowana jest odwrotna korelacja tj. im więcej porodów zostało sprawozdanych w 2014 roku, tym mniejszą część tych porodów stanowiły porody fizjologiczne.

Dla pierwszego i drugiego poziomu referencyjnego najwyższe wartości WRWPF notowało województwo pomorskie (odpowiednio: 1,16 i 1,25), co oznacza, że dla I poziomu referencyjnego w województwie pomorskim notowano o 16% więcej porodów fizjologicznych niż wynikałoby to ze struktury pacjentek w tym województwie, a dla drugiego poziomu 25% więcej. Najniższą wartością współczynnika dla pierwszego poziomu referencyjnego cechowało się województwo opolskie (0,78), a dla drugiego poziomu województwo dolnośląskie (0,74). Województwo dolnośląskie notowało także najniższy WRWPF dla III poziomu referencyjnego. Na tym poziomie najwyższą wartość zaobserwowano w województwie kujawsko-pomorskim (1,38). Zróżnicowanie wartości WRWPF między województwami wynika ze zróżnicowania między świadczeniodawcami. Wartości Ważonego Ryzykiem Współczynnika Porodów Fizjologicznych dla świadczeniodawców zaprezentowano w mapie potrzeb zdrowotnych.

Współczynnik cięć cesarskich w ciążach niepowikłanych, dla których nie stwierdzono wcześniejszych cięć cesarskich zdefiniowany jest jako liczba porodów za pomocą cięcia cesarskiego w przeliczeniu na 100 porodów w ciążach niepowikłanych, dla których nie stwierdzono wcześniejszych cięć cesarskich. Ciążę niepowikłaną definiuje się jako taką, podczas której nie wystąpiła hospitalizacja z powodu patologii (lekkiej lub ciężkiej) oraz nie sprawozdano porodu zakwalifikowanego jako powikłany. W założeniu jest to współczynnik w najlepszy możliwy sposób przybliżający skalę cięć cesarskich „na życzenie” w województwie i u poszczególnych świadczeniodawców.

W skali kraju zaobserwować można, że liczba porodów w szpitalu jest ujemnie skorelowana ze współczynnikiem cięć cesarskich w ciążach niepowikłanych, dla których nie stwierdzono wcześniejszych cięć cesarskich. Oznacza to, że średnio w Polsce im więcej porodów wykonywanych było przez świadczeniodawcę, tym rzadziej przeprowadzał on cięcia cesarskie w przypadku niepowikłanych ciąż, w których u rodzących kobiet nie stwierdzono wykonania cięcia cesarskiego w poprzednich latach.

W skali kraju wartość współczynnika wyniosła 28,9. Wśród województw najwyższą wartość notowano w województwach zachodniopomorskim (38,9), podlaskim (37,8), dolnośląskim (33,7) i śląskim (33,2), a najniższe w województwach wielkopolskim (19,7), pomorskim (21,2), kujawsko-pomorskim (21,3) i lubelskim (25,0)

W skali kraju zaobserwować można, że liczba porodów w szpitalu jest dodatnio skorelowana ze współczynnikiem porodów fizjologicznych po przebytych cięciach cesarskich w ciążach niepowikłanych (liczba porodów fizjologicznych na 100 porodów w ciążach niepowikłanych (zdefiniowanych jak wyżej) wśród pacjentek, które rodziły w przeszłości za pomocą cięcia cesarskiego). Oznacza to, że średnio w Polsce im więcej porodów wykonywanych było przez świadczeniodawcę, tym częściej przeprowadzał on porody fizjologiczne (niepowikłane niezabiegowe) w przypadku niepowikłanych ciąż, w których u rodzących kobiet

stwierdzono wykonanie cięcia cesarskiego w poprzednich latach.

W skali kraju wartość współczynnika wyniosła 9,23. Na tle województw zdecydowanie wyróżniało się województwo pomorskie, gdzie stwierdzono najwyższą wartość omawianej zmiennej (25,8). Była ona o prawie 10 wyższa od drugiej najwyższej wśród województw (16,6 - kujawsko-pomorskie). Najniższymi wartościami cechowały się województwa południowo-wschodniej Polski: podkarpackie (4,9), małopolskie (5,0), świętokrzyskie (5,2) i śląskie (6,3).

Z racji niskiej wartości mianownika współczynnik porodów fizjologicznych po przebytych cięciach cesarskich w ciążach niepowikłanych co do szpitala powinien być analizowany wyłącznie dla największych świadczeniodawców w województwie.

Współczynnik nacięć krocza w niepowikłanych porodach fizjologicznych zdefiniowany jest jako liczba porodów, podczas których wykonano procedurę nacięcia krocza z następowym zszyciem w przeliczeniu na 100 niepowikłanych porodów fizjologicznych. Niepowikłany poród fizjologiczny definiuje się jako taki, który został zakwalifikowany jako fizjologiczny, ale dla którego podczas ciąży nie wystąpiła hospitalizacja z powodu patologii (lekkiej lub ciężkiej) oraz nie stwierdzono uprzednio przebytego cięcia cesarskiego.

W skali kraju zaobserwować można, że liczba porodów w szpitalu jest ujemnie skorelowana ze współczynnikiem porodów fizjologicznych w ciążach niepowikłanych.

Najwyższe wartości omawianego wskaźnika cechowały województwa łódzkie (66,1) i pomorskie (63,6). Najniższe z kolei województwa kujawsko-pomorskie (41,6), lubelskie (51,0) oraz zachodniopomorskie (51,1).

W Polsce w 2014 roku było 395 placówek, które sprawozdawały porody. Spośród tych ośrodków 310 przeprowadziło w 2014 roku minimum 400 porodów (76%).

Zgodnie z wynikami modelu w 2020 roku 301 spośród obecnie funkcjonujących w Polsce świadczeniodawców wykazuje potencjał na przeprowadzenie minimum 400 porodów, bądź jest niezbędna z punktu zapewnienia szybkiego dostępu do świadczeń położniczych (wyjątek od zastosowanej reguły 400 porodów stanowiły ośrodki położnicze, które jako jedyne zapewniały świadczenia w promieniu 40 km). W pozostałych przypadkach należy rozważyć zasadność funkcjonowania oddziału o charakterze położniczym.

Funkcjonowanie oddziałów i pododdziałów neonatologicznych (włącznie z tymi będącymi elementem struktury oddziału położniczego/ginekologiczno-położniczego lub pediatrycznego) jest ściśle powiązane z funkcjonowaniem oddziałów położniczych. Dlatego też wyniki prognozy będą miały bezpośredni wpływ na rekomendacje dla tych oddziałów – w szpitalach, w których liczba porodów nie osiąga wartości progowej należy rozważyć zasadność funkcjonowania zarówno oddziału położniczego/ginekologiczno-położniczego (w zakresie porodów) oraz oddziału/poddziału neonatologicznego.

3.1.11 Cukrzyca

Ze względu na to, że badania epidemiologiczne w Polsce są niewystarczające, koniecznym było zastosowanie pewnych przybliżeń i oszacowanie wskaźników epidemiologicznych w oparciu o dane Narodowego Funduszu Zdrowia (dalej: zapadalności rejestrowanej oraz chorobowości rejestrowanej).

Na potrzeby analizy liczby zachorowań w chorobach przewlekłych oszacowano wskaźnik zapadalności rejestrowanej - liczby nowych pacjentów z danym rozpoznaniem pojawiających się w systemie publicznej służby zdrowia.

W przypadku chorób przewlekłych zapadalność rejestrowana była obliczana dla roku 2014 na podstawie danych NFZ z lat 2009–2015 (możliwość analizy historii pacjenta co najmniej pięć lat wstecz i rok w przód - w przypadku cukrzycy było to pojawienie się pacjenta z tym rozpoznaniem w AOS, SOR lub szpitalu). Pacjent pojawiający się w systemie sprawozdawczości NFZ w tym okresie był uznany za nowego pacjenta (pacjenta pierwszorazowego) jeżeli wystąpił z danym rozpoznaniem po raz pierwszy w roku 2014.

Na podstawie tak przyjętych założeń określono zapadalność rejestrowaną dla cukrzycy, która w roku

2014 dla Polski wyniosła 143,70 tys. osób (378,2 osób/100tys. ludności). Należy jednak podkreślić, że przyjmując inną metodologię określania zapadalności rejestrowanej tj. na podstawie danych o pacjentach korzystających z leków i pasków dedykowanych tej chorobie wartość oszacowanej zapadalności rejestrowanej byłaby znacznie wyższa.

Lecznictwo zamknięte

W roku 2014 w Polsce odnotowano 87,5 tys. hospitalizacji z powodu cukrzycy. Województwa różnią się między sobą jeżeli chodzi o liczbę hospitalizacji na 100 tys. ludności – najniższą wartość zaobserwowano w województwie pomorskim – (160,6); najwyższą zaś w województwie łódzkim (291,3).

Hospitalizacje dorosłych z powodu cukrzycy odbywają się głównie na oddziale chorób wewnętrznych oraz diabetologicznym (łącznie ok. 77%). Natomiast jeżeli chodzi o zakresy leczenia jest rozliczane głównie w ramach chorób wewnętrznych oraz diabetologia (ok. 84%).

W przypadku dzieci dominującymi oddział/zakres jest diabetologii dziecięcej lub oddział/zakres endokrynologii dziecięcej – istnieją tutaj istotne różnice pomiędzy województwami.

Pacjenci dorośli hospitalizowani są w trybie nagłym (67%), w przeciwieństwie do dzieci, które głównie hospitalizowane są w trybie planowym (ok. 66%).

Przeciętna długość pobytu z powodu hospitalizacji cukrzycy wynosiła w Polsce 7,8 dnia w przypadku dorosłych, 4,6 dnia w przypadku dzieci. Przeciętny wiek hospitalizowanego pacjenta dorosłego to 62,7 lat, zaś zgodnie z wartościami współczynnika Charlson średni udział pacjentów z współczynnikiem wyższym niż 0 wynosi 40%.

Z danych wynika, że cukrzyca jest chorobą, która towarzyszy wielu innym rozpoznaniom. W Polsce, najczęściej cukrzycę wykazano jako rozpoznanie współistniejące w hospitalizacjach z rozpoznaniem (wg klasyfikacji ICD-10) E66 - Otyłość (24% hospitalizacji), E78 - Zaburzenia metabolizmu lipoprotein i inne lipidemie (18% hospitalizacji).

Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna

Liczba porad w poradniach diabetologicznych dla dorosłych jak i w poradniach diabetologicznych dla dzieci na 100 tys. ludności w Polsce w 2014 r. była zróżnicowana wśród województw.

W przypadku dorosłych najwyższa wartość tego wskaźnika występowała w województwie podlaskim (8,59 tys.), a najniższa w województwie lubuskim (4,06 tys.).

W przypadku dzieci najwyższa wartość wskaźnika występowała w województwie świętokrzyskim (1,38 tys.), natomiast w województwie opolskim nie było żadnej poradni, która sprawozdałaby świadczenia do NFZ.

W obu typach poradni dominowały świadczenia W11 – świadczenia specjalistyczne 1-typu.

Równocześnie należy stwierdzić, że świadczenia były głównie udzielane pacjentom, którzy pojawili się 3 i więcej razy w roku - odsetek tego typu porad wyniósł w 73,46% dla dorosłych, 84,91% dla dzieci (wartości średnie dla Polski).

Prawdopodobnie część z tych świadczeń mogłaby być udzielona w ramach podstawowej opieki zdrowotnej. W celu oszacowania liczby takich porad zasadne byłoby w kolejnym kroku przeprowadzenie analizy polegającej na wyodrębnieniu pacjentów leczonych insuliną.

Porównując liczbę porad sprawozdanych w ramach statystyki publicznej (formularz ZD-3 zawierający informację o łącznej liczbie porad w poradniach diabetologicznych i diabetologicznych dla dzieci) z danymi znajdującymi się w bazie NFZ należy stwierdzić, że w Polsce 5,8% świadczeń było finansowanych ze środków prywatnych (wartości te różnią się między województwami). Jednakże, ze względu na jakość

danych w sprawozdaniach ZD-3, należy tę wartość traktować jako minimalną.

3.1.12 Nowotwory układu krwiotwórczego i chłonnego

W 2014 roku w Polsce odnotowano 52,5 tys. hospitalizacji z powodu rozpoznania zakwalifikowanych jako Nowotwory układu krwiotwórczego i chłonnego u dorosłych. Liczba hospitalizacji na 100 tys. mieszkańców wyniosła 166,44.

Analizowane rozpoznania zostały podzielone na 7 podgrup. Najliczniejsza w kraju podgrupa pod względem liczby hospitalizacji jest zbiór rozpoznania ICD-10, któremu nadano nazwę Nowotwory z dojrzałych komórek B. Hospitalizacje z rozpoznaniem należącym do tej podgrupy stanowiły 43,3% wszystkich hospitalizacji z grupy.

Ze względu na brak populacyjnych badań epidemiologicznych dotyczących większości problemów zdrowotnych analizowanych w dokumencie oraz brak rejestrów medycznych, podjęto próbę ich oszacowania. Mimo, że stwierdzono pewne rozbieżności między oszacowanymi wskaźnikami epidemiologicznymi a danymi źródłowymi z piśmiennictwa dotyczącymi wskaźników epidemiologicznych w innych krajach Unii Europejskiej oraz pojedynczymi doniesieniami z kraju, uzyskane dane można traktować jako aktualnie najlepsze możliwe oszacowanie tych wskaźników.

W opinii ekspertów współpracujących z Ministerstwem Zdrowia niedostateczna jakość raportowanych danych, niedostosowanie kodów ICD-10 do aktualnie obowiązującej klasyfikacji nowotworów układu krwiotwórczego według WHO (World Health Organization) oraz niewłaściwe rozpoznania skutkują ewentualnymi przeszacowaniami zapadalności w Polsce, mimo wszystko uzyskane wyniki są najlepszymi jakie obecnie można oszacować.

Dla analizowanej grupy chorób zalecana jest centralizacja świadczeń. Niemniej jednak należy podkreślić, iż część świadczeń, tych o charakterze niewysokospecjalistycznym, udzielanych chorym z analizowanymi rozpoznaniem mogłaby w opinii ekspertów być realizowana na oddziałach chorób wewnętrznych.

Ostre nowotwory układu krwiotwórczego

Obserwuje się duże rozbieżności w sprawozdawanych danych dotyczących raportowanych trybów wypisu ze szpitala („zakończenie leczenia” i „skierowanie do dalszej opieki”). W opinii ekspertów współpracujących z Ministerstwem Zdrowia, dla pacjentów z ostrymi nowotworami układu krwiotwórczego tryb wypisu „zakończenie leczenia” oznacza skierowanie pacjenta do leczenia wyłącznie objawowego, które może być realizowane bliżej miejsca zamieszkania pacjenta.

Daje się zauważyć koncentracja świadczeń udzielanych przy niniejszej grupie rozpoznania, która w przypadku hospitalizacji diagnostycznych świadczy o wysokospecjalistycznym charakterze danego ośrodka, a w przypadku hospitalizacji związanych z przetoczeniami składników krwi bądź leczeniem infekcji, wskazuje na zbyt niską skuteczność w kierowaniu chorych do ośrodków bliżej ich miejsca zamieszkania.

Przewlekłe nowotwory układu krwiotwórczego

W Polsce było leczonych 2,2 tys. chorych w ramach programu lekowego „Leczenie przewlekłej białaczki szpikowej”. Realizacja programu w Polsce odbywała się w 32 ośrodkach, przy czym 64% pacjentów było leczonych w dziesięciu ośrodkach.

Obserwuje się duże zróżnicowanie w odsetkach wykorzystania hospitalizacji (wartości wahające się od 0 do 100%) w celu realizacji programu lekowego przez świadczeniodawców w Polsce. Oznacza to, iż część świadczeniodawców realizuje powyższy program lekowy wyłącznie w ramach hospitalizacji, a część wyłącznie w trybie ambulatoryjnym.

Obserwuje się duże rozbieżności w sprawozdawanych trybach o wypisie ze szpitala („zakończenie leczenia” i „skierowanie do dalszej opieki”). Według ekspertów medycznych dla pacjentów z przewlekłymi nowotworami układu krwiotwórczego tryb wypisu „zakończenie leczenia” oznacza skierowanie pacjenta wyłącznie do opieki hospicyjnej/domowej lub leczenia wyłącznie objawowego, które może być realizowane bliżej miejsca zamieszkania pacjenta.

Przetoczenia krwi w nowotworach układu krwiotwórczego

Wysoki odsetek ponownych hospitalizacji w ciągu 30 dni pacjentów z rozpoznanymi nowotworami układu krwiotwórczego wynika prawdopodobnie z konieczności stosowania przetoczeń odpowiednich składników krwi, leczenia powikłań infekcyjnych, jak również wielochorobowości, dotyczącej zwłaszcza pacjentów starszych. Ośrodki charakteryzujące się krótkim czasem pobytu i niskim współczynnikiem ponownych hospitalizacji najprawdopodobniej wykonują jednorazowe przetoczenia składników krwi, ośrodki o wysokim współczynniku ponownych hospitalizacji z krótkim czasem pobytu – wielokrotne przetoczenia składników krwi.

Nowotwory z dojrzałych komórek B

W Polsce było leczonych 1,8 tys. chorych w ramach programu lekowego „Leczenie chłoniaków złośliwych”. Województwo mazowieckie jest pierwszym w Polsce województwem pod względem wielkości dodatniego salda migracji w w/w programie lekowym. Realizacja programu w Polsce odbywała się w 72 ośrodkach, przy czym 10,2% pacjentów było leczonych w jednym ośrodku.

Obserwuje się duże zróżnicowanie w odsetkach hospitalizacji jednodniowych (wartości od 0 do 100%) realizowanych w ramach programu lekowego przez świadczeniodawców w Polsce. Ich zasadność powinna być przedmiotem dalszej analizy.

W Polsce było leczonych 0,8 tys. chorych w ramach programu lekowego „Lenalidomid w leczeniu chorych na opornego lub nawrotowego szpiczaka mnogiego”. Województwo mazowieckie jest pierwszym w Polsce województwem pod względem wielkości dodatniego salda migracji w w/w programie lekowym. Realizacja programu w Polsce odbywała się w 38 ośrodkach.

Nowotwory z prekursorowych komórek B i T

Zapadalność rejestrowana w Polsce wynosi 0,8 przypadków na 100 tys. mieszkańców. Z kolei według danych europejskich, w populacji osób starszych w wieku powyżej 74 lat osiąga ona wartość 1,45 przypadków na 100 tys. na rok. Niedoszacowanie zapadalności rejestrowanej, czy też niska rozpoznawalność nowotworów z prekursorowych komórek B i T może wynikać z braku standardów diagnostycznych, które ułatwiłyby postawienie właściwej diagnozy na oddziale chorób wewnętrznych lub POZ.

Nowotwory z dojrzałych komórek B oraz T i NK

Obserwuje się koncentrację leczenia chorych na nowotwory z dojrzałych komórek B w województwie mazowieckim, dolnośląskim i śląskim (województwa o największym saldzie migracji).

W kilku ośrodkach obserwuje się duże rozbieżności w sprawozdawanych trybach wypisu ze szpitala („zakończenie leczenia” i „skierowanie do dalszej opieki”). Zgodnie z opinią ekspertów współpracujących z Ministerstwem Zdrowia większość pacjentów z nowotworami z dojrzałych komórek B wymaga leczenia i/lub obserwacji w ramach AOS.

Chłoniak Hodgkina

W opinii ekspertów medycznych współpracujących z Ministerstwem Zdrowia brakuje możliwości maksymalnie precyzyjnego kodowania poszczególnych podtypów histopatologicznych chłoniaka Hodgkina przez brak wprowadzenia do sprawozdawczości najbardziej aktualnych wersji klasyfikacji ICD-10, stąd też szacowana chorobowość rejestrowana.

Transplantacje

W 2014 r. wykonano w Polsce 1,3 tys. transplantacji. W rozmieszczeniu terytorialnym szpitali realizujących świadczenia transplantacji szpiku zwraca uwagę brak takich ośrodków dla chorych dorosłych w województwie warmińsko-mazurskim, podlaskim, zachodniopomorskim, lubuskim, podkarpackim i świętokrzyskim (ośrodek otwarto w 2015 roku).

3.1.13 Choroby krwi i układu odpornościowego

W 2014 roku w Polsce odnotowano około 77 tysięcy hospitalizacji z powodu rozpoznań zakwalifikowanych jako Choroby krwi i układu odpornościowego. Liczba hospitalizacji na 100 tysięcy ludności wyniosła 200,4.

Ze względu na brak populacyjnych badań epidemiologicznych dotyczących większości problemów zdrowotnych analizowanych w dokumencie oraz brak rejestrów medycznych, podjęto próbę ich oszacowania.

Mimo, że stwierdzono pewne rozbieżności między oszacowanymi wskaźnikami epidemiologicznymi a danymi źródłowymi z piśmiennictwa dotyczącymi wskaźników epidemiologicznych w innych krajach Unii Europejskiej oraz pojedynczymi doniesieniami z kraju, uzyskane dane można traktować jako aktualnie najlepsze możliwe oszacowanie tych wskaźników.

Dane przedstawione w mapie potrzeb zdrowotnych dla grupy 'Choroby krwi i układu odpornościowego' w opinii ekspertów medycznych współpracujących z Ministerstwem Zdrowia oraz w porównaniu z danymi przedstawianymi w literaturze mogą być w mniejszym lub większym stopniu niedoszacowane, co wynika bezpośrednio z jakości sprawozdawanych danych, zwłaszcza w zakresie raportowanych rozpoznań ICD-10.

Analizowane rozpoznania zostały podzielone na 12 podgrup rozpoznań. Z czego 9 były to choroby krwi, a 3 to choroby układu odpornościowego. Największą pod względem liczby hospitalizacji wśród dorosłych jest podzbiór o nazwie „Inne niedokrwistości”, natomiast wśród hospitalizacji dzieci najczęściej sprawozdawane były kod ICD10 z podgrupy „Zaburzenia krzepnięcia i skazy krwotoczne (nabyte)”.

Podczas leczenia chorób układu odpornościowego ważnym elementem są przetoczenia immunoglobulin. W poszczególnych mapach wojewódzkich przeanalizowano liczbę wykonanych przetoczeń immunoglobulin w 2014 roku. Analiza wykazała między innymi, że średni czas pomiędzy kontaktami, w ramach których dokonano przetoczenia różnił się pomiędzy podgrupami rozpoznań i wynosił dla chorób układu odpornościowego (pierwotnych) 35,2 dnia, chorób układu odpornościowego (wtórnych) 40 dni, a chorób układu odpornościowego (nieokreślonych) 36,8 dnia. Warto dodać, że wartości powyższej zmiennej różniły się także pomiędzy poszczególnymi województwami.

W opinii ekspertów współpracujących z Ministerstwem Zdrowia diagnostyka i leczenie niedokrwistości niedoborowych nie wymagają wysokospecjalistycznych procedur hematologicznych, a zatem mogą być realizowane bliżej miejsca zamieszkania pacjenta w ramach POZ, a jeśli konieczna jest diagnostyka w warunkach szpitalnych, może być ona realizowana na oddziałach innych niż specjalistyczne oddziały hematologiczne.

Zdecydowana większość świadczeniodawców hospitalizuje pacjentów z niedokrwistościami niedoborowymi w oddziałach chorób wewnętrznych w trybie nagłym, w którym co do zasady powinni być przy-

mowani pacjenci z głęboką niedokrwistością zagrażającą życiu. Wskazana jest dalsza, szczegółowa analiza, czy pacjenci hospitalizowani w trybie nagłym pojawili się po raz pierwszy w systemie opieki zdrowotnej. Prawdopodobnie przeprowadzona diagnostyka oraz wdrożone i monitorowane leczenie w ramach POZ prawie całkowicie wyklucza występowanie nagłych przypadków wymagających hospitalizacji.

Hospitalizacje planowe u chorych na niedokrwistości niedoborowe mogą wynikać z konieczności podawania dożylnych preparatów żelaza. W związku z ryzykiem ciężkiej reakcji nadwrażliwości dożylny preparat żelaza musi być podawany przez wykwalifikowany personel w miejscu, gdzie dostępny jest sprzęt do resuscytacji chorego. Po podaniu dożylnych preparatów żelaza należy obserwować chorego przez co najmniej 30 min.

Podawanie dożylnych preparatów żelaza w trybie hospitalizacji może stanowić obciążenie dla oddziałów hematologicznych realizujących chemioterapię w trybie jednodniowym. Podawanie dożylnych preparatów żelaza w trybie jednodniowym w ramach oddziałów innych niż specjalistyczna hematologia, np. w ramach oddziałów chorób wewnętrznych lub w przyszpitalnych gabinetach zabiegowych mogłoby odnieść pozytywny wpływ na dostępność tego świadczenia.

W AOS w przypadku pacjentów z chorobami krwi i układu odpornościowego 92% świadczeń było realizowane w siedmiu typach poradni: hematologicznej, hematologicznej dla dzieci, immunologicznej, onkologii i hematologii dziecięcej, immunologicznej dla dzieci oraz nowotworów krwi. Porady z dwóch pierwszych typów poradni stanowiły prawie 80% wszystkich porad udzielonych pacjentom z chorobami krwi i układu odpornościowego.

3.1.14 Nowotwory niezłośliwe

Ogólna liczba hospitalizacji z rozpoznaniem z zakresu nowotworów niezłośliwych oraz o niepewnym lub nieznanym charakterze (po wyłączeniu z analizy pacjentów, którzy później pojawili się z rozpoznaniem z zakresu onkologicznego i zostali już uwzględnieni w Mapie potrzeb zdrowotnych w zakresie onkologii) wyniosła 280 tys., z czego 80% z nich zostało sprawozdanych przez 315 świadczeniodawców (37,02% świadczeniodawców, którzy sprawozdali hospitalizacje z zakresu analizowanej grupy). W trakcie analizy zaobserwowano stosunkowo zróżnicowany odsetek hospitalizacji zabiegowych. W przypadku nowotworów niezłośliwych, wysoki wskaźnik hospitalizacji o charakterze zabiegowym należy uznać za prawidłowy.

Z danych wynika, że średni czas pobytu jest różny u poszczególnych świadczeniodawców. W przypadku grupy nowotworów niezłośliwych (w tym o niepewnym lub nieznanym charakterze), średni czas pobytu dla Polski wynosi 3,9 dnia. W analizowanych podgrupach najdłuższy średni czas pobytu odnotowano w przypadku podgrupy określonej jako nowotwory niezłośliwe układu nerwowego (9,9 dnia), a najkrótszy w przypadku podgrupy określonej jako nowotwory niezłośliwe układu oddechowego, klatki piersiowej i serca (1,5 dnia). W przypadku świadczeniodawców, u których stwierdzono długi średni czas pobytu, zasadnym jest przeanalizowanie tego zjawiska, z uwzględnieniem faktu, iż może on wynikać z utrudnionego dostępu do pracowni histopatologicznej wiążącego się z dłuższym czasem oczekiwania na wynik ostatecznego badania histopatologicznego lub ze współczynnika wielochorobowości (pacjenci charakteryzujący się większym obciążeniem wymagają dłuższego przygotowania do zabiegu i związanej z tym hospitalizacji).

W analizowanej grupie chorób odnotowano wysoki udział rozpoznań o niepewnym lub nieznanym charakterze (41,71% w skali kraju, 116 tys. hospitalizacji). Na podstawie danych można wnioskować o niedokładnej sprawozdawczości rozpoznań w zakresie analizowanej grupy chorób lub niemożności wykonania pełnej diagnostyki pacjenta, bądź otrzymania ostatecznego wyniku badania histopatologicznego przed wypisaniem pacjenta. Na zaistniałą sytuację może mieć również wpływ brak ujednocnionej klasyfikacji histopatologicznej w pracowniach histopatologicznych. Jednocześnie, należy zauważyć, że w przypadku 84 tys. hospitalizacji z rozpoznaniem o niepewnym lub nieznanym charakterze pacjenci pojawili się w późniejszym czasie z rozpoznaniem z zakresu nowotworów złośliwych. Stanowiło to 55,15% hospitalizacji o niepewnym lub nieznanym charakterze.

3.1.15 Wrodzone wady rozwojowe

W większości wrodzonych wad rozwojowych ogólna częstość występowania (uwzględniająca terminacje ciąży i urodzenia martwe) w Polsce i w krajach UE jest zbliżona. W Polsce stwierdzono wyższą częstość występowania niektórych WWR takich jak:

- Rozszczep wargi z/bez rozszczepem podniebienia,
- Polidaktylia,
- Wady ubytkowe kończyn,
- Rozszczep kręgosłupa.

W przypadku szczególnie poważnych wad rozwojowych występują znaczne różnice w częstości występowania WWR u dzieci żywo urodzonych pomiędzy Polską a krajami UE, wynikające z terminacji ciąży po prenatalnym rozpoznaniu wady w wielu krajach Europy. Należy:

- monitorować częstość występowania WWR u dzieci w Polsce. Analizując problemy związane z WWR należy uwzględnić polską częstość występowania WWR u dzieci żywo urodzonych (nie można posłużyć się danymi z innych krajów UE),
- dążyć do uzyskania kompletnych danych dotyczących WWR w Polsce – u dzieci żywo lub martwo urodzonych oraz terminacji ciąży. Połączenie danych z PRWWR z danymi z NFZ pozwoli na uzyskanie wiarygodnych i kompletnych danych dotyczących występowania WWR u dzieci w polskiej populacji,
- poprawić standardy kodowania WWR u dzieci w obowiązującej dokumentacji medycznej,
- monitorować wpływ stosowanych metod wspomaganego rozrodu oraz diagnostyki prenatalnej na częstość WWR w populacji.

W Polsce występuje nierówny dostęp do ambulatoryjnej opieki specjalistycznej dla dzieci z wadami wrodzonymi. Szczególnie wyraźnie jest to zaznaczone dla opieki genetycznej w zakresie AOS i SOK, w których występują bardzo duże różnice między poszczególnymi województwami. W poradni genetycznej liczba porad na 100 tys. ludności waha się od 24 w województwie podkarpackim do 1 088 w województwie zachodniopomorskim. Należy mieć jednak na uwadze, że w niektórych województwach część z tych porad dotyczy badań związanych z onkologią.

Należy przewidywać rozwój ośrodków zajmujących się terapią płodu. Przewiduje się również rozwój procedur medycznych ratujących życie i zmniejszających stopień niepełnosprawności, które odnoszą się do płodu z wadami rozwojowymi. Związany z tym jest dalszy rozwój diagnostyki prenatalnej. Należy obserwować dostęp do badań USG i diagnostyki prenatalnej oraz nowoczesnych metod badań genetycznych (aCGH i NGS), które jest w krajach UE uznane jako badanie genetyczne pierwszego rzutu u dzieci z wadami.

Wobec większej częstości występowania w Polsce poważnych wad rozwojowych u dzieci żywo urodzonych w porównaniu z pozostałymi krajami UE, szczególnego znaczenia nabierają działania profilaktyczne. Obejmują one edukację skierowaną do populacji w wieku rozrodczym (wcześniejsza prokreacja, świadomość znaczenia zdrowia prokreacyjnego, unikanie czynników mutagennych i teratogennych, identyfikacja rodzin ryzyka genetycznego i objęcie ich poradnictwem genetycznym i in.).

Ze względu na znacznie większą częstość występowania w Polsce wad cewy nerwowej u dzieci żywo urodzonych w porównaniu z pozostałymi krajami UE, konieczne jest promowanie przyjmowania przez kobiety w wieku rozrodczym kwasu foliowego oraz monitorowanie stanu profilaktyki kwasem foliowym i uzyskanych efektów.

Istnieją duże różnice pomiędzy województwami w liczbie hospitalizacji na 100 tys. mieszkańców. Najwyższe wartości przyjmują województwa łódzkie, mazowieckie, w których znajdują się duże ośrodki

leczące pacjentów z WWR. Procent hospitalizacji spoza województwa przyjmuje dla tych województw wartości powyżej 18. Liczba hospitalizacji na 100 tys. dzieci wyniosła odpowiednio 1 176,6 oraz 1 053. Najniższą wartość tej statystyki wynosi 583,3 dla województwa podkarpackiego.

Występuje duża koncentracja hospitalizacji w największych ośrodkach wojewódzkich i krajowych. Jest to sytuacja pożądana. Należy obserwować ośrodki hospitalizujące pojedynczych pacjentów z WWR.

Występują świadczeniodawcy z pojedynczymi pacjentami z rozpoznaniem, które powinny być leczone w wieku noworodkowym. Jeśli to są hospitalizacje zabiegowe to budzi obawy doświadczenie szpitala, jeśli oddziały ginekologiczno-położnicze to świadczy o słabej opiece prenatalnej, ponieważ noworodki z podejrzeniem danej choroby powinny się rodzić w ośrodkach specjalistycznych (z dużym doświadczeniem).

Świadczeniodawcy, którzy zgłaszają leczenie pojedynczych procedur specjalistycznych. Należy dążyć do koncentracji przypadków specjalistycznych. Zgłaszanie wad rozwojowych przez szpitale położnicze o niższym poziomie referencyjności dowodzi niedostatków diagnostyki prenatalnej. Dzieci z wadami powinny się rodzić w ośrodkach specjalistycznych, gdzie otrzymają pomoc bez konieczności transportu.

Analiza danych sprawozdawczych pozwala zaobserwować problem ze zgłaszaniem procedur zabiegowych u noworodków. Należy dążyć do poprawienia sprawozdawczości w tym zakresie.

3.2 Lecznictwo szpitalne (moduł B)

3.2.1 Choroby metaboliczne

W 2014 roku w Polsce odnotowano 141,5 tys. hospitalizacji z powodu rozpoznań zakwalifikowanych jako choroby gruczołów wydzielania wewnętrznego. Liczba hospitalizacji na 100 tys. ludności wyniosła 367,61.

Analizowane rozpoznania zostały podzielone na 9 podgrup. Najliczniejsza w kraju podgrupa pod względem liczby hospitalizacji jest zbiór rozpoznań ICD-10, któremu nadano nazwę nowotwory niezłośliwe endokrynologiczne. Hospitalizacje z rozpoznaniem należącym do tej podgrupy stanowiły więcej niż co czwarta hospitalizację (26,9%), co wynika w dużej mierze z zakwalifikowania do tej grupy wola guzowatego oraz prolactinomy. Drugą najliczniejszą grupę według liczby hospitalizacji stanowiły choroby z niezakwalifikowanym rozpoznaniem endokrynologicznym (22,7% hospitalizacji). W tej podgrupie mieszczą się pacjenci w trakcie diagnostyki endokrynologicznej, wymagającej badań w dłuższym okresie czasu. Trzecią najczęstszą grupą rozpoznań były choroby gonad, jest to spowodowane częstym występowaniem chorób ginekologiczno-endokrynologicznych.

Analiza wykazała istotną różnicę w wartości wskaźnika liczby hospitalizacji na 100 tys. dorosłych (329,45), a 100 tys. dzieci (540,93). Jest to spowodowane faktem, że diagnostyka chorób gruczołów wydzielania wewnętrznego przeprowadzana jest często w wieku dziecięcym, a dorośli pacjenci często wymagają jedynie leczenia ambulatoryjnego.

Blisko 3/4 wszystkich hospitalizacji wśród dorosłych pacjentów odbywało się na trzech oddziałach: endokrynologicznym (28,1% hospitalizacji), chorób wewnętrznych (25% hospitalizacji) oraz chirurgicznym ogólnym (21% hospitalizacji).

Analiza hospitalizacji dziecięcych wykazała największe obłożenia (blisko 2/3 wszystkich hospitalizacji) na oddziałach: endokrynologicznym dla dzieci (37,7% hospitalizacji) oraz pediatrycznym (28,1% hospitalizacji).

Grupa chorób gruczołów wydzielania wewnętrznego charakteryzowała się niską śmiertelnością wewnątrzszpitalną (tryby wypisu pacjentów zakwalifikowane jako zgon). W przypadku dzieci wskaźnik ten wyniósł ok. 0,02%, a dla dorosłych ok. 1,5%.

Analiza liczby hospitalizacji względem oddziałów na, których realizowane są świadczenia opieki szpitalnej z zakresu chorób metabolicznych wykazała, że blisko połowa (ok 45% hospitalizacji) w 2014 r. odbyła się na oddziałach chorób wewnętrznych, co może świadczyć o dużym obciążeniu tych oddziałów

przez pacjentów ze rozpoznaniem zakwalifikowanymi jako choroby metaboliczne.

3.2.2 Choroby oka i okolic

Zaćma

Rozkład wykazanych hospitalizacji na 100 tys. dorosłych względem miejsca udzielania świadczeń nie był równomierny względem województw. Największą wartością tego wskaźnika charakteryzowały się województwa kujawsko-pomorskie (927,1), zachodniopomorskie (875,7), dolnośląskie (832,1), najmniejszą województwa warmińsko-mazurskie (473,1), małopolskie (550,5), świętokrzyskie (550,6).

Rozkład wykazanych hospitalizacji na 100 tys. dzieci względem miejsca udzielania świadczeń również nie był równomierny względem województw. Największą wartością tego wskaźnika charakteryzowały się województwa dolnośląskie (6,6) oraz śląskie (6,9), najmniejszą województwa podkarpackie (1,0), lubuskie (1,1), kujawsko-pomorskie (1,3). Równocześnie biorąc pod uwagę liczbę pacjentów i skomplikowany charakter operacji zaćmy u dzieci zalecane jest istnienie kilku wyspospecjalistycznych ośrodków w Polsce.

Zróżnicowane odsetki migracji w województwach wskazują na nierówności w zapewnieniu odpowiedniej opieki hospitalizacyjnej. Największy odsetek pacjentów z innych województw wykazany był w województwach lubuskim (15%) oraz lubelskim (15,8%).

Wykazano dysproporcje w liczbie hospitalizacji jednodniowych w województwach. Największy odsetek hospitalizacji jednodniowych występuje w województwach wielkopolskim (37%), kujawsko-pomorskim (34%) i małopolskim (30%), najmniejszy zaś w województwach podlaskim (0%), zachodniopomorskim (4%) i śląskim (5%). Zgodnie z informacjami przekazanymi przez ekspertów medycznych praktyka międzynarodowa wskazuje na to, że chirurgia zaćmy powinna być wykonywana w trybie jednego dnia, za wyjątkiem uzasadnionych szczególnym stanem klinicznym przypadków.

Występują różne wartości odsetka hospitalizacji ze sprawozdanym zakończeniem leczenia. Być może przyczyną tego zjawiska jest różny stopień centralizacji opieki w regionach (świadczeniodawcy kończący proces leczenia zaćmy nie przekazali pacjentów do dalszej opieki w AOS). Należy także mieć na uwadze, że świadczeniodawcy mogli w różny sposób sprawozdawać zakończenie leczenia.

Odsetki leczenia zaćmy powikłanej (sprawozdane produkty z grupy B18 wg klasyfikacji JGP) vs leczenia zaćmy niepowikłanej (sprawozdane produkty z grupy B19 wg klasyfikacji JGP) były zróżnicowane wśród województw. Największy odsetek sprawozdawania B18 wykazano w województwach śląskim (48,7%), warmińsko-mazurskim (48,5%) i świętokrzyskim (45,8%). Najmniejszy odsetek sprawozdawania B18 wykazano w województwach łódzkim (30,6%), zachodniopomorskim (28,6%) i podlaskim (17,3%).

W następnym kroku należy ocenić rozkład czasu pobytu pacjentów z zaćmą powikłaną. W dalszych krokach analiza powinna zostać rozszerzona o informacje dotyczące leczenia zaćmy w trybie tzw. ustawy transgranicznej (Ustawa z dnia 10 października 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw).

Jaskra

Rozkład wykazanych hospitalizacji na 100 tys. dorosłych względem miejsca udzielania świadczeń nie był równomierny względem województw. Największą wartością tego wskaźnika charakteryzowały się województwa dolnośląskie (67,8), mazowieckie (52,6) i lubelskie (43,6), najmniejszą województwa pomorskie (14,0), warmińsko-mazurskie (18,4) i małopolskie (19,4).

Rozkład wykazanych hospitalizacji na 100 tys. dzieci względem miejsca udzielania świadczeń również nie był równomierny względem województw. Największą wartością tego wskaźnika charakteryzowały się województwa podlaskie (119,3), łódzkie (70,8) i śląskie (45,0), natomiast najmniejszą województwa kujawsko-pomorskie (0,8), podkarpackie (1,5) i wielkopolskie (1,5). Równocześnie biorąc pod uwagę liczbę

pacjentów i skomplikowany charakter operacji jaskry u dzieci zalecane jest istnienie kilku wysokospecjalistycznych ośrodków w Polsce.

Występują duże różnice w odsetkach hospitalizacji zabiegowych w województwach. Największy udział hospitalizacji zabiegowych występuje w województwach lubelskim (77,1%), podkarpackim (73,6%) oraz małopolskim (72,4%) najmniejszy zaś w województwach świętokrzyskim (50,4%), podlaskim (33,0%) oraz opolskim (22,4%). W Polsce wskaźnik ten wyniósł 59,3%.

Udział dużych zabiegów wśród hospitalizacji zabiegowych w jaskrze był zróżnicowany wśród województw. Duże zabiegi w jaskrze zostały zdefiniowane za pomocą wykonanych procedur 12.69 (Wytworzenie przetoki twardówki – inne) oraz 12.59 (Ułatwienie krążenia śródgałkowego - inne).

W Polsce, najczęściej sprawozdawane Jednorodne Grupy Pacjentów w ramach podgrupy chorób jaskra to B98, czyli LECZENIE ZACHOWAWCZE OKULISTYCZNE (40,7%).

Zgodnie z informacjami przekazanymi przez ekspertów medycznych praktyka międzynarodowa wskazuje na to, że udział leczonych zachowawczo w jaskrze u nie powinien przekraczać 10% oraz, że w innych krajach liczbę wykonywanych zabiegów przeciwjaskrowych jest znacznie wyższa niż w Polsce.

AMD

Podobnie jak w przypadku zaćmy i jaskry, rozkład wykazanych hospitalizacji z powodu AMD na 100 tys. dorosłych względem miejsca udzielania świadczeń był zróżnicowany względem województw. Największą wartością tego wskaźnika charakteryzowały się województwa podlaskie (141,7), kujawsko-pomorskie (126,8) i mazowieckie (124,0), najmniejszą województwa lubelskie (53,9), opolskie (36,8) i wielkopolskie (14,9).

Zaobserwowano, że również rozkład wykazanych hospitalizacji na 100 tys. dzieci względem miejsca udzielania świadczeń nie był równomierny względem województw. Największą wartością tego wskaźnika charakteryzowały się województwa wielkopolskie (1,0), podlaskie (1,0) i opolskie (0,6), natomiast najmniejszą województwa zachodniopomorskie (0,3), lubelskie (0,3) i pomorskie (0,2).

Analiza i wnioskowanie z danych dotyczących hospitalizacji związanych z AMD w 2014 ma małe przełożenie na obecne potrzeby pacjentów w Polsce z powodu wprowadzonego w 2015 r. programu lekowego dotyczącego leczenia wysiękowej postaci AMD.

W Polsce występują różnice we sprawozdawczości B02 - leczenie wysiękowej postaci AMD z zastosowaniem infekcji doszkliskowych przeciwciała monoklonalnego anti-VEGF/ rekombinowanego białka fuzyjnego wg klasyfikacji JGP. W Polsce wskaźnik ten wyniósł 84,1%.

Zez i niedowidzenie

Rozkład wykazanych hospitalizacji na 100 tys. dorosłych względem miejsca udzielania świadczeń był zróżnicowany względem województw. Największą wartością tego wskaźnika charakteryzowały się województwo zachodniopomorskie (21,5), najmniejszą województwo świętokrzyskie (0,7).

Rozkład wykazanych hospitalizacji na 100 tys. dzieci względem miejsca udzielania świadczeń nie był równomierny względem województw. Największą wartością tego wskaźnika charakteryzowały się województwa zachodniopomorskie (481,1), podlaskie (283,7) i pomorskie (282,5), natomiast najmniejszą województwa wielkopolskie (26,5), lubuskie (20,9) i opolskie (16,7).

Występują duże różnice w odsetkach migracji między województwami w ramach podgrupy chorób zeza i niedowidzenie. Województwa małopolskie, śląskie, podlaskie i świętokrzyskie wyróżniają się wysokimi odsetkami migracji pacjentów z innych województw odpowiednio: 62%, 32%, 29%, 28%.

Zez i niedowidzenie jest problemem wieku rozwojowego, a średni wiek pacjenta hospitalizowanego z powodu zeza i niedowidzenia wyniósł w Polsce 16,5 lat. Wynika z tego, że pacjenci są hospitalizowani i

leczeni zbyt późno. Tezę tę wzmacnia fakt, że udział pacjentów hospitalizowanych w grupie wiekowej 5-8 lat wynosi dla Polski jedynie 32%. W kolejnym kroku należy przeanalizować funkcjonowanie AOS oraz POZ w zakresie wczesnego wykrywania zezów i niedowidzenia, uwzględniając badania przesiewowe.

Zgodnie z informacjami przekazanymi przez ekspertów medycznych praktyka międzynarodowa wskazuje na konieczność badań ostrości wzroku u dzieci 4 letnich, najlepiej w trakcie badania pediatrycznego.

Schorzenia siatkówki i ciała szklanego z wyłączeniem AMD

Rozkład wykazanych hospitalizacji na 100 tys. dorosłych względem miejsca udzielania świadczeń nie był równomierny względem województw. Największą wartością tego wskaźnika charakteryzowały się województwa śląskie (100,8), lubelskie (94,8), dolnośląskie (90,6), najmniejszą natomiast województwa lubuskie (50,3), warmińsko-mazurskie (30,4), świętokrzyskie (18,7).

Rozkład wykazanych hospitalizacji na 100 tys. dzieci względem miejsca udzielania świadczeń nie był równomierny względem województw. Największą wartością tego wskaźnika charakteryzowały się województwa podlaskie (173,9), śląskie (37,5), dolnośląskie (34,8) najmniejszą natomiast województwa wielkopolskie (5,2), podkarpackie (3,5), lubuskie (1,1).

W województwach występowały duże różnice w odsetkach hospitalizacji zabiegowych. Najmniejsza wartość tego wskaźnika występowała w województwach wielkopolskim (81,0%), warmińsko-mazurskim (75,7%) oraz łódzkim (74,1%), najmniejsza wartość tego wskaźnika występowała natomiast w województwach świętokrzyskim (36,9%), opolskim (30,8%) i lubuskim (30%). Równocześnie obserwuje się zróżnicowanie wewnątrz województw.

W województwach występują duże różnice w sprawozdawczości procedury witrektomia oraz witrektomia ze wstrzyknięciem substytutu. Największa sprawozdawczość procedury witrektomia występuje w województwach warmińsko-mazurskim (69,1%), śląskim (63,4%), wielkopolskim (55,1%) (w Polsce średnia wartość wskaźnika wynosi 44,4%) najmniejsza w województwach podlaskim (24,7%), kujawsko-pomorskim (24,5%) i opolskim (19%). Największa sprawozdawczość procedury witrektomia ze wstrzyknięciem substytutu występuje w województwach śląskim (48,9%), wielkopolskim (44,6%) i pomorskim (35,9%) (w Polsce średnia wartość wskaźnika wynosi 27,7%) najmniejsza w województwach podkarpackim (12,3%), opolskim (6,5%) i podlaskim (3,8%). Eksperti medyczni wskazali, że przyczyną tego zjawiska może być niespójny system kwalifikacji do pilnych zabiegów witeo-retinalnych.

Schorzenia aparatu ochronnego oka i oczodołu

Rozkład wykazanych hospitalizacji na 100 tys. dorosłych względem miejsca udzielania świadczeń nie był równomierny względem województw. Największą wartością tego wskaźnika charakteryzowały się województwa lubelskie (104,0), wielkopolskie (100,4), dolnośląskie (71,4), najmniejszą natomiast województwa kujawsko-pomorskie (37,7), łódzkie (37,4), warmińsko-mazurskie (18,1).

Rozkład wykazanych hospitalizacji na 100 tys. dzieci względem miejsca udzielania świadczeń nie był równomierny względem województw. Największą wartością tego wskaźnika charakteryzowały się województwa kujawsko-pomorskie (110,9), podlaskie (110,7), mazowieckie (106,4) najmniejszą natomiast województwa lubuskie (30,0), warmińsko-mazurskie (22,9), małopolskie (21,7).

Odsetek hospitalizacji zabiegowych waha się od 0% do 100% w województwach. Najwyższą wartością charakteryzowały się województwa wielkopolskie (95,6%), pomorskie (94,6%) oraz mazowieckie (94,5%), natomiast najmniejszą wartością charakteryzowały się województwa warmińsko-mazurskie (88,6%), lubelskie (88,4%) oraz śląskie (78,3%). W Polsce wartość tego wskaźnika wynosiła 91,1%.

Zgodnie z informacjami przekazanymi przez ekspertów medycznych praktyka międzynarodowa wskazuje na to, że duże zabiegi na aparacie ochronnym oka i oczodołu powinny być wykonywane w ramach hospitalizacji natomiast małe odpowiednio w AOS.

Enukleacje

Odsetek enukleacji i ewisceracji bez wszczepu wahał się w Polsce od 40% do 100% w danych dla województw. Należy dążyć do minimalizacji odsetka enukleacji bez wszczepienia w przypadku enukleacji niezwiązanych z rozpoznaniem nowotworowymi. Zgodnie z informacjami przedstawionymi przez ekspertów medycznych standardy zagraniczne wskazują na minimalizację udziału enukleacji bez wszczepienia (w przypadku enukleacji niezwiązanych z rozpoznaniem nowotworowymi).

Schorzenia rogówki

Rozkład wykazanych hospitalizacji na 100 tys. dorosłych względem miejsca udzielania świadczeń nie był równomierny względem województw. Największą wartością tego wskaźnika charakteryzowały się województwa śląskie (30,4), lubelskie (16,3), mazowieckie (14,4), najmniejszą natomiast województwa opolskie (4,4), małopolskie (3,6), warmińsko-mazurskie (3,1).

Rozkład wykazanych hospitalizacji na 100 tys. dzieci względem miejsca udzielania świadczeń nie był równomierny względem województw. Największą wartością tego wskaźnika charakteryzowały się województwa śląskie (20,1), podlaskie (6,2), łódzkie (3,8) najmniejszą natomiast województwa warmińsko-mazurskie (1,1), lubuskie (1,1) i opolskie (0,6).

Ze względu na przepisy związane z pozwoleniem przeprowadzania operacji z przeszczepem przez ośrodki w Polsce rozkład hospitalizacji na 100 tys. ludności jest zróżnicowany oraz występują duże migracje, największe do województwa śląskie i lubelskie.

W Polsce, udział hospitalizacji z przeszczepem drążącym w ramach hospitalizacji zabiegowych schorzeń rogówki wynosił 18%, jednocześnie różnił się między województwami, najwyższy odsetek występował w woj. pomorskim (33,3%) oraz śląskim (27,6%), natomiast najniższy odsetek występował w woj. kujawsko-pomorskim (5,1%) i małopolskim (2,1%). W sześciu województwach nie sprawozdano hospitalizacji z przeszczepem drążącym. Struktura tego wskaźnika różni się między województwami.

W Polsce, udział hospitalizacji z przeszczepem rąbkowym w ramach hospitalizacji zabiegowych schorzeń rogówki wynosił 1,4%, jednocześnie różnił się między województwami, najwyższy odsetek występował w woj. śląskim (3,2%) oraz lubelskim (1,0%), natomiast najniższy odsetek występował w woj. mazowieckim (0,8%) oraz pomorskim (0,6%). W jedenastu województwach nie sprawozdano hospitalizacji z przeszczepem rąbkowym. Struktura tego wskaźnika różni się między województwami.

Równocześnie udział przeszczepów warstwowych wśród przeszczepów wynosi 4,4% w Polsce i zaobserwowano różnice między województwami; najwyższy odsetek występował w woj. mazowieckim (11,4%), kujawsko-pomorskim (10,3%) i lubelskim (10,0%), natomiast najniższy odsetek występował w woj. łódzkim (4,5%), śląskim (2,7%) i małopolskim (2,1%). W dziesięciu województwach nie sprawozdano hospitalizacji z przeszczepem warstwowym. Struktura tego wskaźnika różni się między województwami.

Zgodnie z informacjami przekazanymi przez ekspertów medycznych praktyka międzynarodowa wskazuje na to, że ograniczeniem liczby wykonywanych przeszczepów w Polsce jest zbyt mała liczba pobrań rogówki.

3.2.3 Choroby skóry

Wnioski ogólne

Lecznictwo szpitalne chorób skóry charakteryzuje się dysproporcjami w liczbie hospitalizacji wykazanych w województwach. Najwięcej hospitalizacji sprawozdano w województwie mazowieckim (39,76 tys.), a najmniej - w lubuskim (4,28 tys.).

Rozkład wykazanych hospitalizacji na 100 tys. ludności względem miejsca udzielania świadczeń nie

jest równomierny. Największą wartością tego wskaźnika charakteryzowało się województwo mazowieckie (745). Z kolei najniższą wartość odnotowano w województwie lubuskim (419). W przypadku hospitalizacji na 100 tys. dzieci najwyższą wartość odnotowano w województwie warmińsko-mazurskie (968), a najniższą - w opolskim (509). Analogiczny współczynnik dla dorosłych osiągnął najwyższą wartość w województwie mazowieckie (742), a najniższą - w lubuskim (376).

Pełne wnioski dotyczące jakości opieki zdrowotnej w zakresie chorób skóry będzie można wyciągnąć po pełnej analizie z uwzględnieniem leczenia otwartego.

Wybrane zakażenia

Rozkład wykazanych hospitalizacji na 100 tys. ludności względem miejsca udzielania świadczeń nie jest równomierny. Największą wartością tego wskaźnika charakteryzowało się województwo mazowieckie (179). Z kolei najniższą wartość odnotowano w województwie wielkopolskim (102). W przypadku hospitalizacji na 100 tys. dzieci najwyższą wartość odnotowano w województwie świętokrzyskim (266), a najniższą - w opolskim (73). Analogiczny współczynnik dla dorosłych osiągnął najwyższą wartość w województwie mazowieckim (179), a najniższą - w lubuskim (92).

W Polsce najczęstszą grupą JGP wykorzystywaną do sprawozdania hospitalizacji w analizowanej grupie rozpoznań było J46 DUŻE CHOROBY INFEKCYJNE SKÓRY i stanowiło i stanowiło 24% wszystkich hospitalizacji rozliczonych z grupą JGP. Dla Polski odsetek ponownych hospitalizacji w tym samym szpitalu w ciągu 30 dni od daty wypisu wyniósł 5,5%.

Wybrane nowotwory niezłośliwe

Rozkład wykazanych hospitalizacji na 100 tys. ludności względem miejsca udzielania świadczeń nie jest równomierny. Największą wartością tego wskaźnika charakteryzowało się województwo świętokrzyskie (208). Z kolei najniższą wartość odnotowano w województwie podlaskim (65). W przypadku hospitalizacji na 100 tys. dzieci najwyższą wartość odnotowano w województwie dolnośląskim (164), a najniższą - w opolskim (24). Analogiczny współczynnik dla dorosłych osiągnął najwyższą wartość w województwie świętokrzyskim (226), a najniższą - w małopolskim (69).

W Polsce najczęstszą grupą JGP wykorzystywaną do sprawozdania hospitalizacji w analizowanej grupie rozpoznań było J33 ŚREDNIE ZABIEGI SKÓRNE i stanowiło 54% wszystkich hospitalizacji rozliczonych z grupą JGP. Dla Polski odsetek ponownych hospitalizacji w tym samym szpitalu w ciągu 30 dni od daty wypisu wyniósł 2,4%.

Zapalenie skóry i wyprysk

Rozkład wykazanych hospitalizacji na 100 tys. ludności względem miejsca udzielania świadczeń nie jest równomierny. Największą wartością tego wskaźnika charakteryzowało się województwo warmińsko-mazurskie (93). Z kolei najniższą wartość odnotowano w województwie lubuskim (14). W przypadku hospitalizacji na 100 tys. dzieci najwyższą wartość odnotowano w województwie warmińsko-mazurskim (283), a najniższą - w lubuskim (18). Analogiczny współczynnik dla dorosłych osiągnął najwyższą wartość w województwie śląskim (65), a najniższą - w lubuskim (14).

Zasadne jest wykazanie jaki odsetek sprawozdanych hospitalizacji rozliczonych z grupą JGP stanowiło J38 CIĘŻKIE CHOROBY DERMATOLOGICZNE. Ten odsetek wyniósł 27%. W Polsce najczęstszą grupą JGP wykorzystywaną do sprawozdania hospitalizacji w analizowanej grupie rozpoznań było J39 DUŻE CHOROBY DERMATOLOGICZNE i stanowiło 55%. Odsetek hospitalizacji z rozliczonych z grupą JGP J38 wyniósł 18% wszystkich hospitalizacji rozliczonych z grupą JGP. Dla Polski odsetek ponownych hospitalizacji w tym samym szpitalu w ciągu 30 dni od daty wypisu wyniósł 3,3%.

Oparzenia, odmrożenia, odleżyny, owrzodzenia

Rozkład wykazanych hospitalizacji na 100 tys. ludności względem miejsca udzielania świadczeń nie jest równomierny. Największą wartością tego wskaźnika charakteryzowało się województwo świętokrzyskie (104). Z kolei najniższą wartość odnotowano w województwie zachodniopomorskim (59). W przypadku hospitalizacji na 100 tys. dzieci najwyższą wartość odnotowano w województwie świętokrzyskim (102), a najniższą - w lubelskim (40). Analogiczny współczynnik dla dorosłych osiągnął najwyższą wartość w województwie świętokrzyskim (104), a najniższą - w wielkopolskim (58).

W Polsce najczęstszą grupą JGP wykorzystywaną do sprawozdania hospitalizacji w analizowanej grupie rozpoznań było J37 OWRZODZENIA SKÓRY i stanowiło 58% wszystkich hospitalizacji rozliczonych z grupą JGP. Dla Polski odsetek ponownych hospitalizacji w tym samym szpitalu w ciągu 30 dni od daty wypisu wyniósł 6,2%.

Choroby tkanki łącznej oraz wybrane układowe

Rozkład wykazanych hospitalizacji na 100 tys. ludności względem miejsca udzielania świadczeń nie jest równomierny. Największą wartością tego wskaźnika charakteryzowało się województwo lubelskie (124). Z kolei najniższą wartość odnotowano w województwie lubuskim (20). W przypadku hospitalizacji na 100 tys. dzieci najwyższą wartość odnotowano w województwie łódzkim (70), a najniższą - w opolskim (7). Analogiczny współczynnik dla dorosłych osiągnął najwyższą wartość w województwie lubelskim (142), a najniższą - w lubuskim (21).

W województwie kujawsko-pomorskim najczęstszą grupą JGP wykorzystywaną do sprawozdania hospitalizacji w analizowanej grupie rozpoznań było H96D UKŁADOWE CHOROBY TKANKI ŁĄCZNEJ > 3 DNI i stanowiło 48% wszystkich hospitalizacji rozliczonych z grupą JGP. W Polsce najczęstszą grupą JGP wykorzystywaną do sprawozdania hospitalizacji w analizowanej grupie rozpoznań było H96C UKŁADOWE CHOROBY TKANKI ŁĄCZNEJ i stanowiło 46% wszystkich hospitalizacji rozliczonych z grupą JGP. Dla Polski odsetek ponownych hospitalizacji w tym samym szpitalu w ciągu 30 dni od daty wypisu wyniósł 11,7%.

Choroby zapalne skóry

Rozkład wykazanych hospitalizacji na 100 tys. ludności względem miejsca udzielania świadczeń nie jest równomierny. Największą wartością tego wskaźnika charakteryzowało się województwo lubelskie (51). Z kolei najniższą wartość odnotowano w województwie lubuskim (25). W przypadku hospitalizacji na 100 tys. dzieci najwyższą wartość odnotowano w województwie podlaskim (94), a najniższą - w lubuskim (29). Analogiczny współczynnik dla dorosłych osiągnął najwyższą wartość w województwie lubelskim (42), a najniższą - w zachodniopomorskim (21). W Polsce najczęstszą grupą JGP wykorzystywaną do sprawozdania hospitalizacji w analizowanej grupie rozpoznań było J39 DUŻE CHOROBY DERMATOLOGICZNE i stanowiło 30% wszystkich hospitalizacji rozliczonych z grupą JGP. Dla Polski odsetek ponownych hospitalizacji w tym samym szpitalu w ciągu 30 dni od daty wypisu wyniósł 4,8%.

Łuszczyca

Rozkład wykazanych hospitalizacji na 100 tys. ludności względem miejsca udzielania świadczeń nie jest równomierny. Największą wartością tego wskaźnika charakteryzowało się województwo dolnośląskie (52). Z kolei najniższą wartość odnotowano w województwie małopolskim (30). W przypadku hospitalizacji na 100 tys. dzieci najwyższą wartość odnotowano w województwie łódzkim (15), a najniższą - w lubuskim (1). Analogiczny współczynnik dla dorosłych osiągnął najwyższą wartość w województwie dolnośląskim (60), a najniższą - w małopolskim (35). W Polsce najczęstszą grupą JGP wykorzystywaną do sprawozdania hospitalizacji w analizowanej grupie rozpoznań było J39 DUŻE CHOROBY DERMA-

TOLOGICZNE i stanowiło 75% wszystkich hospitalizacji rozliczonych z grupą JGP. Dla Polski odsetek ponownych hospitalizacji w tym samym szpitalu w ciągu 30 dni od daty wypisu wyniósł 3,5%.

Nieczerniakowe złośliwe nowotwory skóry, stany przedrakowe, raki in situ

Rozkład wykazanych hospitalizacji na 100 tys. ludności względem miejsca udzielania świadczeń nie jest równomierny. Największą wartością tego wskaźnika charakteryzowało się województwo dolnośląskie (47). Z kolei najniższą wartość odnotowano w województwie opolskim (18). W przypadku hospitalizacji na 100 tys. dzieci najwyższą wartość odnotowano w województwie lubelskim (4), a najniższą - w mazowieckim (0). Analogiczny współczynnik dla dorosłych osiągnął najwyższą wartość w województwie pomorskim (56), a najniższą - w opolskim (21). W Polsce najczęstszą grupą JGP wykorzystywaną do sprawozdania hospitalizacji w analizowanej grupie rozpoznań było J33 ŚREDNIE ZABIEGI SKÓRNE i stanowiło 40% wszystkich hospitalizacji. Dla Polski odsetek ponownych hospitalizacji w tym samym szpitalu w ciągu 30 dni od daty wypisu wyniósł 3,8%.

Pokrzywka i obrzęk naczyńioruchowy

Rozkład wykazanych hospitalizacji na 100 tys. ludności względem miejsca udzielania świadczeń nie jest równomierny. Największą wartością tego wskaźnika charakteryzowało się województwo świętokrzyskie (47). Z kolei najniższą wartość odnotowano w województwie lubuskim (20). W przypadku hospitalizacji na 100 tys. dzieci najwyższą wartość odnotowano w województwie podlaskim (134), a najniższą - w wielkopolskim (60). Analogiczny współczynnik dla dorosłych osiągnął najwyższą wartość w województwie świętokrzyskim (31), a najniższą - w opolskim (7). W Polsce najczęstszą grupą JGP wykorzystywaną do sprawozdania hospitalizacji w analizowanej grupie rozpoznań było P20 CHOROBY SKÓRY, UKŁADU MIĘŚNIOWO-KOSTNEGO LUB TKANKI ŁĄCZNEJ i stanowiło 52% wszystkich hospitalizacji rozliczonych z grupą JGP. Dla Polski odsetek ponownych hospitalizacji w tym samym szpitalu w ciągu 30 dni od daty wypisu wyniósł 3,4%.

Wrodzone wady skóry

Rozkład wykazanych hospitalizacji na 100 tys. ludności względem miejsca udzielania świadczeń nie jest równomierny. Największą wartością tego wskaźnika charakteryzowało się województwo pomorskie (18). Z kolei najniższą wartość odnotowano w województwie świętokrzyskim (3). W przypadku hospitalizacji na 100 tys. dzieci najwyższą wartość odnotowano w województwie warmińsko-mazurskim (59), a najniższą - w świętokrzyskim (12). Analogiczny współczynnik dla dorosłych osiągnął najwyższą wartość w województwie pomorskim (11), a najniższą - w lubuskim (1). W Polsce najczęstszą grupą JGP wykorzystywaną do sprawozdania hospitalizacji w analizowanej grupie rozpoznań było J33 ŚREDNIE ZABIEGI SKÓRNE i stanowiło 51% wszystkich hospitalizacji rozliczonych z grupą JGP. Dla Polski odsetek ponownych hospitalizacji w tym samym szpitalu w ciągu 30 dni od daty wypisu wyniósł 3,2%.

Zakażenia przenoszone głównie drogą płciową

Rozkład wykazanych hospitalizacji na 100 tys. ludności względem miejsca udzielania świadczeń nie jest równomierny. Największą wartością tego wskaźnika charakteryzowało się województwo łódzkie (5). Z kolei najniższą wartość odnotowano w województwie podkarpackim (1). W przypadku hospitalizacji na 100 tys. dzieci najwyższą wartość odnotowano w województwie łódzkim (2), a najniższą - w małopolskim (0). Analogiczny współczynnik dla dorosłych osiągnął najwyższą wartość w województwie łódzkim (6), a najniższą - w podkarpackim (1).

W Polsce najczęstszą grupą JGP wykorzystywaną do sprawozdania hospitalizacji w analizowanej

grupie rozpoznań było S60 CHOROBY ZAKAŻNE NIEWIRUSOWE i stanowiło 44%. Dla Polski odsetek ponownych hospitalizacji w tym samym szpitalu w ciągu 30 dni od daty wypisu wyniósł 4,4%.

Skórny chłoniak z komórek T

Rozkład wykazanych hospitalizacji na 100 tys. ludności względem miejsca udzielania świadczeń nie jest równomierny. Największą wartością tego wskaźnika charakteryzowało się województwo dolnośląskie (5). Z kolei najniższą wartość odnotowano w województwie podlaskim (1). W przypadku hospitalizacji na 100 tys. dzieci najwyższą wartość odnotowano w województwie pomorskim (3), a najniższą - w mazowieckim (0). Analogiczny współczynnik dla dorosłych osiągnął najwyższą wartość w województwie dolnośląskim (6), a najniższą - w podlaskim (1).

Autoimmunizacyjne choroby pęcherzowe

Rozkład wykazanych hospitalizacji na 100 tys. ludności względem miejsca udzielania świadczeń nie jest równomierny. Największą wartością tego wskaźnika charakteryzowało się województwo podlaskie (16). Z kolei najniższą wartość odnotowano w województwie lubuskim (3). W przypadku hospitalizacji na 100 tys. dzieci najwyższą wartość odnotowano w województwie kujawsko-pomorskim (6), a najniższą - w warmińsko-mazurskim (0). Analogiczny współczynnik dla dorosłych osiągnął najwyższą wartość w województwie podlaskim (19), a najniższą - w lubuskim (3).

3.2.4 Nienowotworowe choroby układu płciowego mężczyzn

Rozrost łagodny gruczołu krokowego

Rozrost łagodny gruczołu krokowego jest jednym z najistotniejszych problemów w chorobach układu płciowego mężczyzn (42,15% wszystkich hospitalizacji spośród analizowanych rozpoznań w województwie mazowieckim). Istnieją różnice w zakresie liczby hospitalizowanych pacjentów z tym rozpoznaniem w poszczególnych województwach od 65,48 w województwie zachodniopomorskim do 127,44 w województwie podkarpackim w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców.

Najwięcej pacjentów po 65 r.ż. hospitalizowanych jest w woj. podkarpackim (584,74/100 tys. populacji), a najmniej w woj. zachodniopomorskim (308,32/100 tys. populacji).

W zakresie tego problemu zdrowotnego dominujące są hospitalizacje zabiegowe. Stanowiły one 93,4% hospitalizacji w Polsce.

Niepłodność męska

Mała liczba hospitalizacji z powodu niepłodności męskiej w skali kraju (112) wynika ze specyfiki i sposobu leczenia tej choroby. Z dostępnych danych wynika, że istnieje 27 ośrodków leczących męską niepłodność w skali całego kraju, w warunkach leczenia szpitalnego, jednakże ocena leczenia tej choroby możliwa będzie po uwzględnieniu leczenia ambulatoryjnego.

Nadmiar napletka, stulejka i załupka

Liczba hospitalizacji na 100 tys. ludności z powodu nadmiaru napletka, stulejki lub załupka wahała się od 25,21 w województwie śląskim do 52,75 w województwie podkarpackim. Krótki przeciętny czas

pobytu (średnio w Polsce 1,4 dnia) oraz niska mediana czasu pobytu wynosząca w Polsce 1 wskazują na to, że większa część hospitalizacji mogłaby być realizowana w trybie jednodniowym.

Niezapalne choroby jąder

Liczba hospitalizacji na 100 tys. ludności z powodu niezapalnych chorób jąder wahała się od 26,11 w województwie dolnośląskim do 49,81 w województwie świętokrzyskim.

Choroby zapalne

Liczba hospitalizacji na 100 tys. ludności z powodu niezapalnych chorób jąder wahała się od 6,88 w województwie zachodniopomorskim do 25,73 w województwie świętokrzyskim. Tak wysokie różnice nie mogą wynikać wyłącznie z różnic demograficznych – być może ich przyczyną jest dostępność do leczenia zarówno w warunkach ambulatoryjnych jak i szpitalnych.

3.2.5 Choroby układu moczowo-płciowego (kobiet)

Rozkład hospitalizacji sprawozdanych w związku z chorobami układu moczowo-płciowego u kobiet na 100 tys. mieszkańców nie jest równomierny w kraju. Najwyższą wartość tego wskaźnika zaobserwowano w województwie wielkopolskim (995,34 przypadków), a najniższą w lubuskim (608,96 przypadków). Wnioski dla funkcjonowania lecznictwa szpitalnego będą mogły zostać uszczegółowione po dokonaniu analizy ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

Najwyższą średnią wieku w Polsce dla chorób układu moczowo-płciowego, charakteryzują się pacjentki z zaburzeniami statyki narządu płciowego (średnia wieku w latach: 62).

W Polsce można zauważyć zaskakująco wysoki odsetek hospitalizacji na oddziałach o III poziomie referencyjnym dla chorób: zaburzenia miesiączkowania i nieprawidłowy rozrost lub lokalizacja błony śluzowej układu płciowego. Wartości te są zróżnicowane między województwami. W przypadku zaburzenia miesiączkowania minimum odnotowano w województwie małopolskim (4,9%), a maksimum w lubuskim (34,6%). Dla grupy nieprawidłowy rozrost lub lokalizacja błony śluzowej układu płciowego minimum odnotowano w województwie pomorskim (5,0%), a maksimum w łódzkim (39,1%).

W Polsce obserwuje się wyjątkowo wysoki odsetek przyjęć w trybie planowym dla chorób: zaburzenia miesiączkowania (58,5%) i stany zapalne narządów płciowych u kobiet (46,8%).

Dane wskazują na występowanie migracji pomiędzy województwami w zakresie chorób układu moczowo-płciowego kobiet. Najwyższy odsetek hospitalizacji pacjentów spoza województwa zaobserwowano w lubuskim (9,6%), a najniższy w kujawsko-pomorskim (4,1%). Analiza danych na temat miejsca pochodzenia pacjentów hospitalizowanych w poszczególnych województwach wykazała, że pacjenci hospitalizowani z powodu rozpoznania z grupy zaburzenia płodności częściej migrują do ośrodków znajdujących się poza województwem zamieszkania. Obserwowane różnice w migracji pacjentów między województwami z powodu zaburzeń płodności mogą być wynikiem istnienia w kraju ośrodków o wysokiej specjalistyce oraz wykonujących unikatowe w skali kraju zabiegi, lub też mogą być spowodowane różnicą w dostępności do leczenia ambulatoryjnego i szpitalnego między województwami.

W przypadku kilku z analizowanych grup rozpoznania dane z map potrzeb zdrowotnych wskazują, że oba ze sprawozdawanych trybów wypisu ze szpitala (zakończenie procesu leczenia lub skierowanie do dalszej opieki) mogą być dowolnie interpretowane i stosowane zamiennie, przez co nie niosą żadnej wartości informacyjnej.

3.2.6 Choroby nerek i dróg moczowych

W roku 2014 w Polsce odnotowano 358,5 tys. hospitalizacji z powodu chorób zakwalifikowanych jako choroby nerek i dróg moczowych, co w przeliczeniu na 100 tys. ludności daje 931,5 hospitalizacji. Zwraca uwagę bardzo duże zróżnicowanie tego współczynnika w analizowanych podgrupach.

Należy zauważyć, że pełne wnioskowanie o opiece nad pacjentami z chorobami nerek i dróg moczowych będzie możliwe po przeanalizowaniu wszystkich form leczenia, w tym w szczególności ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

Niewydolność nerek

W przypadku niewydolności nerek liczba hospitalizacji dorosłych na 100 tys. ludności waha się od 191,77 w województwie śląskim do 281,33 w województwie mazowieckim, natomiast liczba hospitalizowanych dzieci na 100 tys. dzieci od 3,71 w województwie opolskim do 52,46 w województwie wielkopolskim. W przypadku dzieci 81% hospitalizacji sprawozdano na oddziałach nefrologii dla dzieci (odnotowano 15 takich oddziałów w 11 województwach).

Postulowane jest pogłębienie analiz w zakresie pacjentów z niewydolnością nerek, w szczególności w podziale na jej przypadki ostre i przewlekłe. Należy również dokonać szczegółowej analizy w zakresie dializoterapii.

Transplantacje nerek i powikłania po transplantacji

W Polsce w 2014 r. sprawozdano 1,14 tys. operacji przeszczepienia nerki, w tym z 1,09 tys. przeszczepień nerek dorosłych (w 20 ośrodkach w kraju), 26 przeszczepień nerek dzieci (w 1 ośrodku) oraz 25 przeszczepień nerki i trzustki (w 4 ośrodkach).

W przypadku 95% przeszczepiano nerki pobrane od dawcy zmarłego. W 70% wszystkich hospitalizacji jako tryb przyjęcia sprawozdano tryb nagły. Odsetek hospitalizacji pacjentów spoza województwa wyniósł 70,4%, a mediana czasu pobytu 14 dni.

W 2014 r. odnotowano 6,21 tys. hospitalizacji dorosłych i 0,19 tys. hospitalizacji dzieci zakwalifikowanych jako hospitalizacje związane z powikłaniami po przeszczepie nerek⁴. Odsetek hospitalizacji pacjentów spoza województwa wyniósł 32,5% w przypadku dorosłych i 63,35% w przypadku dzieci.

W dalszych krokach należy pogłębić analizę z zakresu transplantacji, w szczególności w zakresie czasu oczekiwania na przeszczep i prowadzenia pacjentów po przeszczepie.

Choroby kłębuszków nerkowych

W przypadku kłębuszkowego zapalenia nerek liczba hospitalizacji dorosłych waha się od 18,69 na 100 tys. ludności w województwie warmińsko-mazurskim do 59,86 w województwie dolnośląskim. Natomiast liczba hospitalizowanych dzieci na 100 tys. dzieci od 9,28 w województwie opolskim do 153,71 w województwie kujawsko-pomorskim. W przypadku dzieci 74% hospitalizacji sprawozdano na oddziałach nefrologii dla dzieci (odnotowano 15 takich oddziałów w 11 województwach).

W przypadku 8,3% hospitalizacji dorosłych i 2,7% hospitalizacji dzieci sprawozdano procedurę biopsji nerek. Jednak należy podkreślić, że ze względu na słabą jakość danych sprawozdawczych wynikającą z ograniczeń systemowych nie jest możliwe monitorowanie faktycznej liczby hospitalizacji, w ramach których została wykonana biopsja nerki.

⁴hospitalizacje, dla których sprawozdano Z94.0 lub T86.1 jako rozpoznanie główne lub Z94.0 jako rozpoznanie współistniejące

Kamica moczowa

W ramach analizowanej podgrupy liczba hospitalizacji na 100 tys. ludności różni się istotnie pomiędzy województwami (od 138 w województwie dolnośląskim do 391 w województwie łódzkim w przypadku dorosłych oraz od 22 w województwie opolskim do 149 w województwie lubuskim w przypadku dzieci).

W przypadku dorosłych 70,8% hospitalizacji zostało sprawozdane z JGP zabiegowym. W przypadku 41,5% hospitalizacji dorosłych sprawozdano pozaustrojową litotrypsję (ESWL), a w przypadku 15,1% uretroskopię (URSL). Warto podkreślić, że 97,5% hospitalizacji dzieci sprawozdano z JGP zachowawczym.

Średni czas pobytu (ALOS) w ramach analizowanej podgrupy, zarówno dla dzieci, jak i dorosłych, wyniósł około 3 dni, natomiast mediana czasu pobytu (MLOS) wyniosła około 2 dni.

3.2.7 Choroby wątroby, dróg żółciowych i trzustki (z wyłączeniem nowotworów złośliwych i niezłośliwych)

W roku 2014 w Polsce odnotowano 230,91 tys. hospitalizacji z powodu chorób wątroby, dróg żółciowych i trzustki (z wyłączeniem nowotworów złośliwych i niezłośliwych), w przeliczeniu na 100 tys. ludności daje to około 600,0 hospitalizacji.

Liczba hospitalizacji z procedurą endoskopową w ramach analizowanych rozpoznań wyniosła 49,01 tys. (127,4 na 100 tys. ludności). Natomiast liczba hospitalizacji w których sprawozdano wykonanie co najmniej jednej procedury chirurgicznej wyniosła 76,60 tys. (199,1 na 100 tys. ludności). Liczba hospitalizacji z procedurą endoskopową wśród ICD-10 wskazanych przez ekspertów medycznych wyniosła 151 tys. (391,22 na 100 tys. ludności), zaś liczba hospitalizacji w których sprawozdano wykonanie co najmniej jednej procedury chirurgicznej wyniosła 85 tys. (221,13 na 100 tys. ludności). Jednocześnie podkreślić należy, że ze względu na słabą jakość danych sprawozdawczych – wynikającą z ograniczeń systemowych – nie jest możliwe monitorowanie liczby hospitalizacji, w ramach których została wykonana biopsja wątroby.

Mimo, że procent hospitalizacji z zabiegami endoskopowymi w szpitalach w Polsce wynosi średnio około 15,4%, obserwuje się duże zróżnicowanie tej statystyki między szpitalami. W przypadku niektórych świadczeniodawców sprawozdających powyżej 100 hospitalizacji rocznie, maksymalny udział takich zabiegów wyniósł niemal 99,0%.

W przypadku rozszerzonej przez ekspertów grupy rozpoznań chorób w obrębie chorób wątroby, dróg żółciowych i trzustki (w tym również nowotworów) w Polsce zidentyfikowano 27,83 tys. hospitalizacji sprawozdanych z wykonaniem procedury endoskopowej. Dla tych rozpoznań udział hospitalizacji z procedurami endoskopowymi w Polsce wyniósł 18,48%. W tej grupie odsetek hospitalizacji, w których jednocześnie odnotowano sprawozdanie znieczulenia wyniósł 21,65%. Najniższą wartość tej zmiennej odnotowano w województwie lubuskim (1,0%), zaś najwyższą w województwie śląskim (44,0%).

Dodatkowo przeanalizowano hospitalizacje ze sprawozdanymi procedurami chirurgicznymi. Zaobserwowano znaczące różnice w tym zakresie między województwami. Najwyższa w województwie mazowieckim wyniosła 11,9 tys., najniższa zaś w województwie lubuskim wynosząc 2,2 tys.

3.2.8 Choroby górnego odcinka przewodu pokarmowego (z wyłączeniem nowotworów złośliwych i niezłośliwych)

W roku 2014 w Polsce odnotowano 344,75 tys. hospitalizacji z powodu chorób wątroby, dróg żółciowych i trzustki (z wyłączeniem nowotworów złośliwych i niezłośliwych), w przeliczeniu na 100 tys. ludności daje to około 900,0 hospitalizacji.

Liczba hospitalizacji z procedurą endoskopową w ramach analizowanej grupy rozpoznań wyniosła 128,63 tys. (334,3 na 100 tys. ludności).

Natomiast liczba hospitalizacji z procedurą endoskopową wśród ICD-10 wskazanych przez ekspertów medycznych wyniosła 35 tys. (90,54 na 100 tys. ludności), zaś liczba hospitalizacji w których sprawozdano wykonanie co najmniej jednej procedury chirurgicznej wyniosła 23 tys. (58,87 na 100 tys. ludności).

Mimo, że procent hospitalizacji z zabiegami endoskopowymi w szpitalach w Polsce wynosi średnio około 23,5%, obserwuje się duże zróżnicowanie tej statystyki między szpitalami. W przypadku niektórych świadczeniodawców sprawozdających powyżej 100 hospitalizacji rocznie, maksymalny udział takich zabiegów wyniósł niemal 78,0%.

W przypadku rozszerzonej przez ekspertów grupy rozpoznań chorób w obrębie chorób górnego odcinka przewodu pokarmowego (w tym również nowotworów) w Polsce zidentyfikowano 17,08 tys. hospitalizacji sprawozdanych z wykonaniem procedury endoskopowej. Dla tych rozpoznań udział hospitalizacji z procedurami endoskopowymi w Polsce wyniósł 49,03%. W tej grupie odsetek hospitalizacji, w których jednocześnie odnotowano sprawozdanie znieczulenia wyniósł 20,44%. Najniższą wartość tej zmiennej odnotowano w województwie lubuskim (3,0%), zaś najwyższą w województwie śląskim (36,0%).

Dodatkowo przeanalizowano hospitalizacje ze sprawozdanymi procedurami chirurgicznymi. Zaobserwowano znaczące różnice w tym zakresie między województwami. Najwyższa w województwie mazowieckim wyniosła 3,3 tys., najniższa zaś w województwie świętokrzyskim wynosząc 0,4 tys.

3.2.9 Choroby dolnego odcinka układu pokarmowego (bez nowotworów złośliwych i niezłośliwych)

W roku 2014 w Polsce odnotowano 551,2 tys. hospitalizacji z powodu schorzeń w obrębie dolnego odcinka przewodu pokarmowego (z wyłączeniem nowotworów złośliwych i niezłośliwych), w przeliczeniu na 100 tys. ludności daje to ok. 1 432,23 hospitalizacji. Liczba hospitalizacji z procedurą endoskopową wyniosła 144 tys. (374,60 na 100 tys. ludności). Natomiast liczba hospitalizacji w których sprawozdano wykonanie co najmniej jednej procedury chirurgicznej wyniosła 203 tys. (527,73 na 100 tys. ludności). Jednocześnie podkreślić należy, że ze względu na słabą jakość danych sprawozdawczych wynikającą z ograniczeń systemowych nie jest możliwe monitorowanie liczby hospitalizacji, w ramach których została wykonana procedura o nazwie kapsułka endoskopowa (VCE).

Zaobserwowano silne zróżnicowanie między województwami pod względem udziału hospitalizacji ze sprawozdanym zabiegiem chirurgicznym w ramach grupy „nienowotworowe choroby proktologiczne”. Najwyższa wartość wśród województw wyniosła 75,23%, najniższa 36,9% a wartość dla Polski 54,53%. Różnice te są jeszcze bardziej znaczące na poziomie poszczególnych świadczeniodawców.

Istnieje również duże zróżnicowanie pomiędzy województwami w liczbie hospitalizacji na 100 tys. ludności w chorobach wymagających pilnej operacji chirurgicznej (od 103,65 w woj. świętokrzyskim do 136,42 w woj. podlaskim). W tej grupie chorób najniższa standaryzowana wiekiem i płcią śmiertelność pooperacyjna do 90 dni po wypisie cechowała woj. podlaskie (3,3%). Najwyższą wartość (6,5%) wskaźnik ten przyjmował w województwie dolnośląskim i łódzkim.

W przypadku dodatkowych, wskazanych przez ekspertów rozpoznań (w tym nowotworów) udział hospitalizacji z procedurami endoskopowymi wyniósł 39,31%, a odsetek hospitalizacji, w których jednocześnie odnotowano sprawozdanie znieczulenia wyniósł 26,14%.

Należy zauważyć, że, podobnie jak w chorobach górnego odcinka układu pokarmowego oraz w chorobach watroby, dróg żółciowych i trzustki, pełne wnioskowanie o opiece nad pacjentami ze schorzeniami w obrębie przewodu pokarmowego będzie możliwe po przeanalizowaniu wszystkich form leczenia, w tym w szczególności ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Ponadto należy mieć na uwadze fakt, że powstały także mapy potrzeb zdrowotnych dla schorzeń w obrębie pozostałych części układu pokarmowego, nowotworów (złośliwych i niezłośliwych) a także wad wrodzonych.

3.2.10 Choroby nosa, zatok przynosowych, ucha, gardła i krtani

W roku 2014 w Polsce odnotowano 288,4 tys. hospitalizacji z powodu analizowanych rozpoznań. Istnieją różnice pod względem liczby hospitalizacji w poszczególnych województwach. Najwyższa wartość była w województwie mazowieckim (58,7 tys.), a najniższa w województwie lubuskim (6,2 tys.).

Istnieją różnice w zakresie liczby hospitalizacji dzieci i dorosłych w poszczególnych województwach – najwyższą liczbę hospitalizacji dorosłych odnotowano w województwie mazowieckim (30,5 tys.), najniższą w lubuskim (3,6 tys.). W przypadku dzieci liczba hospitalizacji w mazowieckim wynosiła 28,3 tys. a w lubuskim 2,6 tys.

Dane wskazują na znaczące migracje pomiędzy województwami. Najwyższe saldo migracji zaobserwowano w województwie mazowieckim a najniższe w województwie małopolskim, przy czym zwraca uwagę duże saldo migracji pacjentów w wieku 0-17 lat.

3.2.11 Choroby zakaźne - Wirusowe zapalenie wątroby

W Polsce w 2014 roku liczba hospitalizacji z powodu wirusowego zapalenia wątroby wyniosła 19,7 tys. Na potrzeby analizy dokonano podziału dla pogrupowanych rozpoznań według klasyfikacji ICD-10 (przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu B, przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu C, ostre wirusowe zapalenie wątroby, inne i nieokreślone postacie przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby, nieokreślone wirusowe zapalenie wątroby).

Największą grupą chorób wirusowego zapalenia wątroby pod względem liczby hospitalizacji w Polsce było przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu C (12,5 tys. hospitalizacji w skali kraju). W zakresie chorób zakaźnych wirusowego zapalenia wątroby istnieje znacząca różnica w liczbie hospitalizacji na 100 tys. ludności w poszczególnych województwach od 22,6 hospitalizacji na 100 tys. ludności w województwie wielkopolskim do 104,5 hospitalizacji na 100 tys. ludności w województwie świętokrzyskim.

W analizowanej grupie chorób występuje duże zróżnicowanie udziału pacjentów spoza województwa od 2,9% w województwie lubelskim do 33,1% w województwie zachodniopomorskim. Można zauważyć, iż w skali kraju występuje duży udział pacjentów z przewlekłym wirusowym zapaleniem wątroby typu B lub C przyjętych w trybie nagłym.

W Polsce w 2014 roku program lekowy o nazwie „Leczenie przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C” był realizowany przez 73 świadczeniodawców, natomiast w przypadku programu lekowego o nazwie „Leczenie przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu B” liczba świadczeniodawców w skali całego kraju wyniosła 64. Największa koncentracja świadczeniodawców realizujących oba programy lekowe występowała w południowej części kraju.

W związku z tym, że liczba hospitalizacji dzieci i młodzieży z przewlekłym wirusowym zapaleniem wątroby typu B w kraju jest niewielka można przypuszczać, że program obowiązkowych szczepień przeciwko wirusowego zapalenia wątroby typu B dla dzieci sprawdził się.

3.2.12 Choroby zakaźne - HIV

W części dotyczącej leczenia szpitalnego dotyczącej zespołu nabytego niedoboru odporności (AIDS) oraz zakażeń wirusem HIV, przeanalizowano wszystkie świadczenia szpitalne z rozpoznaniem wg Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych edycja dziesiąta (ICD-10) z zakresu B20-B24.

W Polsce w ramach umów z Narodowym Funduszem Zdrowia (NFZ) sprawozdano 3,6 tys. hospitalizacji z rozpoznaniem głównym z zakresu B20-B24 w 50 szpitalach.

Z racji niewielkiej rocznej liczby hospitalizacji świadczenia szpitalne udzielane pacjentom chorym na AIDS lub zarażonych wirusem HIV w Polsce mają charakter scentralizowany i ponad wojewódzki. Z tego względu najwięcej hospitalizacji zanotowano w województwie mazowieckim (1,3 tys.), podczas gdy w pięciu województwach (lubelskim, opolskim, podkarpackim, świętokrzyskim i warmińsko-mazurskim) zanotowano poniżej 50 hospitalizacji i jednocześnie poniżej 2,5 hospitalizacji na 100 tys. mieszkańców. Dwanaście szpitali w Polsce notowało powyżej 100 hospitalizacji.

Znaczny udział w strukturze pacjentów w największych szpitalach leczących pacjentów z AIDS i HIV stanowią pacjenci przyjeżdżający z innych województw niż z tego, w którym ulokowany jest szpital. Jest to wynikiem wspomnianej centralizacji. W strukturze pacjentów przeważają mężczyźni. W Polsce jedynie co czwarta osoba hospitalizowana z powodu rozpoznania B20-B24 w 2014 roku była kobietą.

3.2.13 Choroby zakaźne (z wyłączeniem HIV i WZW)

Choroby zakaźne inne niż WZW i HIV

W roku 2014 odnotowano w Polsce 380,86 tys. pacjentów chorób zakaźnych innych niż WZW i HIV. Najwyższy współczynnik chorobowości szpitalnej występował w województwie podlaskim, a najniższy w województwie śląskim.

Największa liczba hospitalizacji na 100 tys. ludności występowała w woj. podlaskim i wyniosła 1 556,6 hospitalizacji, a najniższa w woj. lubuskim i wyniosła 838,2 hospitalizacji. Największa liczba hospitalizacji na 100 tys. dorosłych występowała w woj. podlaskim i wyniosła 764,9 hospitalizacji, a najniższa w woj. lubuskim i wyniosła 354,8 hospitalizacji. Największa liczba hospitalizacji na 100 tys. dzieci występowała w woj. podlaskim i wyniosła 5 248,5 hospitalizacji, a najniższa w woj. śląskim i wyniosła 2 919,5 hospitalizacji.

Zauważalne są duże różnice w liczbie hospitalizacji dzieci, dorosłych oraz osób w wieku podeszłym (65+) zarówno w wartościach absolutnych jak również względnych między województwami w ramach analizowanych podgrup wiekowych. Niska liczba hospitalizacji osób powyżej 65 r.ż. jest zauważalna w województwach śląskim, zachodniopomorskim oraz lubuskim.

Wysoki odsetek hospitalizacji w zakresie choroby zakaźnej odnotowano w ramach podgrupy chorób oddechowych. Kolejnymi dwiema najliczniejszymi podgrupami chorób zakaźnych są choroby zakaźne przewodu pokarmowego oraz choroby zakaźne uogólnione (niejednoznacznie identyfikowalne z określonym układem).

Analiza sezonowości hospitalizacji chorób zakaźnych wskazuje na dużą zależność od pory roku. Najwyższe odnotowane wartości odpowiadające liczbie hospitalizacji można przypisać okresowym trendom zachorowalności na popularne choroby zakaźne układu oddechowego oraz czas po powrocie z wakacji np. spędzonych w egzotycznych destynacjach urlopowych. Najniższa liczba hospitalizacji cechuje okres drugiego i trzeciego kwartału.

Podstawowym zakresem, w ramach którego realizowano hospitalizacje analizowanych chorób zakaźnych była pediatria, a podstawowym oddziałem, w ramach którego realizowano hospitalizacje analizowanych chorób zakaźnych był oddział pediatryczny.

Statystyki dotyczące czasu oczekiwania i trybów przyjęć wskazują na duże zróżnicowanie między województwami. Zauważalne są istotne różnice w sposobie sprawozdawania hospitalizacji z analizowanego zakresu chorób zakaźnych.

Choroby zakaźne inne niż WZW i HIV - Izolacyjność

Zauważalne są duże różnice w udziale hospitalizacji pacjentów z chorobami izolacyjnymi oraz nie izolacyjnymi u różnych świadczeniodawców.

Różnice w obszarze udziału pacjentów z rozpoznaniem izolacyjnym wśród świadczeniodawców wskazują na konieczność ewentualnej potrzeby odrębnej analizy rozpoznań o charakterze izolacyjnym oraz nieizolacyjnym w kolejnej edycji Map Potrzeb Zdrowotnych.

Liczba pacjentów hospitalizowanych w 2014 r. z chorobą zakaźną z analizowanego zakresu o charakterystyce choroby izolacyjnej wyniosła w Polsce 348,9 tys. pacjentów, liczba pacjentów hospitalizowanych z chorobą zakaźną z analizowanego zakresu o charakterystyce choroby nieizolacyjnej wyniosła 31,9 tys. pacjentów.

Choroby zakaźne inne niż WZW i HIV - Choroby zakaźne przewodu pokarmowego

W ramach analizowanej podgrupy, liczba hospitalizacji na 100 tys. ludności najwyższa była w województwie podlaskim i wyniosła 374,87 a najniższa w województwie lubuskim i wyniosła 157,24. Największą liczbą sprawozdanych hospitalizacji charakteryzował się oddział pediatryczny, a największą liczbą sprawozdanych hospitalizacji charakteryzował się zakres pediatria.

Odsetek pacjentów przyjętych w trybie nagłym wynosił 89,6% a w trybie planowym wynosił 10,3. Warto odnotować, że najczęstszymi produktami wykorzystywanymi do sprawozdania hospitalizacji w analizowanej grupie były P22 INFEKCYJNE I NIEINFEKCYJNE ZAPALENIE ŻOŁĄDKA I JELIT. Należy zwrócić uwagę na to, że hospitalizacje sprawozdane jako stanowiące zakończenie leczenia stanowiły 54,8% natomiast 43,6% hospitalizacji zakończyło się jako skierowanie do dalszej opieki. Warto podkreślić, że przeciętna długość pobytu (ALOS) w ramach hospitalizacji rozpoznań analizowanej podgrupy wyniosła dla Polski 4,3 dnia, natomiast mediana czasu pobytu wynosiła dla Polski 3,0 dnia.

Choroby zakaźne inne niż WZW i HIV - Choroby zakaźne oddechowe

W ramach analizowanej podgrupy, liczba hospitalizacji na 100 tys. ludności najwyższa była w województwie podlaskim i wyniosła 814,60 a najniższa w województwie śląskim i wyniosła 450,28. Największą liczbą sprawozdanych hospitalizacji charakteryzował się oddział pediatryczny, a największą liczbą sprawozdanych hospitalizacji charakteryzował się zakres pediatria. Odsetek pacjentów przyjętych w trybie nagłym wynosił 85% a w trybie planowym wynosił 14,8.

Warto odnotować, że najczęstszymi produktami wykorzystywanym do sprawozdania hospitalizacji w analizowanej grupie były P04 CHOROBY DOLNYCH DRÓG ODDECHOWYCH. Należy zwrócić uwagę na to, że hospitalizacje sprawozdane jako stanowiące zakończenie leczenia stanowiły 39,0% natomiast 56,5% hospitalizacji zakończyło się jako skierowanie do dalszej opieki. Warto podkreślić, że przeciętna długość pobytu (ALOS) w ramach hospitalizacji rozpoznań analizowanej podgrupy wyniosła dla Polski 7,1 dnia, natomiast mediana czasu pobytu wynosiła dla Polski 6,0 dnia. Średnia zgonów dla całej Polski z powodu rozpoznań w analizowanej podgrupie wyniosła 3%.

3.2.14 Choroby jamy ustnej i stomatologia

W przypadku analizowanej grupy chorób leczenie odbywa się głównie w warunkach ambulatoryjnych. Świadczenia wykonywane w warunkach szpitalnych to przeważnie zabiegi chirurgiczne lub zabiegi dla osób wymagających znieczulenia (np. dzieci, osoby niepełnosprawne, wymagające specjalnej ostrożności). W Polsce sprawozdano 10,7 tys. hospitalizacji, z czego 87% hospitalizacji było hospitalizacjami zabiegowymi. Liczba hospitalizacji na 100 tys. ludności wahała się od 11,05 w województwie małopolskim do 69,75 w województwie warmińsko-mazurskim.

Analiza struktury oddziałów, na których hospitalizowani byli pacjenci wykazała, że 54% wszystkich hospitalizacji sprawozdano na oddziale chirurgii szczękowo-twarzowej, natomiast 27% na oddziale orty-

nolaryngologicznym.

W przypadku 86% hospitalizacji jako tryb przyjęcia sprawozdano tryb planowy. W kolejnym kroku analiz należałoby poszerzyć analizę, sprawdzając jaki odsetek pacjentów w okresie do 7 dni przed przyjęciem do szpitala był w odpowiedniej poradni AOS, co będzie dodatkową miarą, na ile przyjęcia pacjentów rzeczywiście były nagłe, a na ile planowe. Wskazana jest również analiza pokazująca, jaki odsetek pacjentów pojawiał się w poradniach AOS w okresie 7, 14 i 28 dni od hospitalizacji.

3.2.15 Urazy, zatrucia, objawy i inne określone skutki działań zewnętrznych

Dane wskazują, że pomimo różnic w liczbie hospitalizacji z powodu rozpoznań z grupy objawów wg klasyfikacji ICD-10 między szpitalami, ich udział w ogólnej liczbie hospitalizacji był nieznaczny (ok. 3,3%). Analizy pokazują zróżnicowanie między świadczeniami udzielonymi tym pacjentom pod względem sprawozdanych procedur. Częstość występowania tych hospitalizacji jest również różna między oddziałami (najczęściej występowały one na oddziale kardiologicznym dla dzieci).

Widoczne są również różnice w grupie Urazów oraz Zatruc. Liczba hospitalizacji na 100 tys. ludności jest diametralnie różna, w zależności od analizowanej podgrupy. Podobnie w przypadku średnich czasów pobytu.

Na uwagę zasługuje fakt nierównomiernego obciążenia szpitalnych oddziałów ratunkowych (zestawiając ich liczbę z liczbą mieszkańców danych województw).

3.3 Rehabilitacja zdrowotna

Dostęp do rehabilitacji ogólnoustrojowej dla osób dorosłych w warunkach stacjonarnych jest znacznie zróżnicowany w skali kraju. Najwięcej hospitalizacji na 100 tys. dorosłych odnotowano w województwie świętokrzyskim (787,3), a najmniej w województwie warmińsko-mazurskim (270,5). Znacznie zróżnicowany w skali kraju jest również dostęp do rehabilitacji ogólnoustrojowej dla dzieci. Najwięcej hospitalizacji na 100 tys. dzieci odnotowano w województwie warmińsko-mazurskim (1 095,4) najmniej w województwie opolskim (1,2).

W przypadku rehabilitacji kardiologicznej dla osób dorosłych w warunkach stacjonarnych najwięcej hospitalizacji na 100 tys. dorosłych odnotowano w województwie opolskim (273,2), a najmniej w województwie mazowieckim (27,7), co świadczy o znacznym zróżnicowaniu dostępu w skali kraju. Analiza rehabilitacji stacjonarnej dla dzieci wykazała natomiast, że jedynie w województwach śląskim i dolnośląskim znajdowały się ośrodki udzielające świadczenia z zakresu rehabilitacji kardiologicznej dla dzieci.

Zróżnicowany w skali kraju jest również dostęp do rehabilitacji neurologicznej w warunkach stacjonarnych. Najwięcej hospitalizacji na 100 tys. dorosłych odnotowano w województwie opolskim (157,5), natomiast najmniej w analizowanym województwie łódzkim (66,0). Natomiast w przypadku dzieci najwięcej hospitalizacji na 100 tys. dzieci odnotowano w województwie warmińsko-mazurskim (223,4) najmniej w województwie świętokrzyskim (0,5). Należy podkreślić, że w województwach: lubuskim, łódzkim nie było ani jednego świadczeniodawcy, który realizował zakres rehabilitacji neurologicznej dla dzieci.

Dostęp do rehabilitacji pulmonologicznej dla osób dorosłych w warunkach stacjonarnych jest znacznie zróżnicowany w skali kraju. Najwięcej hospitalizacji na 100 tys. dorosłych odnotowano w województwie opolskim (145,6), a najmniej w województwie lubelskim (1,9). Należy podkreślić, że w województwach: łódzkim, podlaskim, świętokrzyskim i zachodniopomorskim nie było ani jednego świadczeniodawcy, który realizował zakres rehabilitacji pulmonologicznej dla dorosłych. W przypadku dzieci najwięcej hospitalizacji na 100 tys. dzieci odnotowano w województwie lubuskim (378,1) najmniej w województwie małopolskim (0,2). Należy podkreślić, że w województwach: kujawsko-pomorskim, lubelskim, łódzkim, mazowieckim, opolskim, podkarpackim, podlaskim, pomorskim, świętokrzyskim i zachodniopomorskim nie było ani jednego świadczeniodawcy, który realizował zakres rehabilitacji pulmonologicznej dla dzieci. Zwraca uwagę wysoki odsetek pacjentów rehabilitowanych stacjonarnie w zakresie rehabilitacji ogólnoustrojowej.

wej, stacjonarnej kardiologicznej i stacjonarnej neurologicznej w wieku 65+ i 80+. Może to świadczyć o potrzebach zdrowotnych w zakresie rehabilitacji wśród tej grupy chorych.

3.4 Leczenie uzdrowiskowe

W 2014 roku świadczenia uzdrowiskowe realizowało 146 świadczeniodawców w 13 województwach. Świadczenia realizowane były w 45 miejscowościach uzdrowiskowych, najwięcej 11 miejscowości uzdrowiskowych znajdowało się w województwie małopolskim. Najwięcej świadczeń sprawozdano w województwie zachodniopomorskim, (91,20 tys., 23,04% wszystkich świadczeń), natomiast najmniej w województwie łódzkim (0,21 tys.).

W Polsce w 2014 roku dla zakresu leczenie uzdrowiskowe zostało sprawozdane 395,90 tys. świadczeń. Najwięcej świadczeń lecznictwa uzdrowiskowego udzielono dla pacjentów dla profilu choroby reumatologiczne (reumatologia), 255,87 tys. pacjentów, natomiast najmniej dla profilu choroby oka i przydatków oka (choroby okulistyczne) (tabela 3.1).

Tabela 3.1: Struktura świadczeń lecznictwa uzdrowiskowego z podziałem na profil

Profil	Liczba pacjentów (tys.)	w tym dzieci (tys.)	Udział % pacjentów
choroby reumatologiczne (reumatologia)	255,87	0,98	64,63
choroby kardiologiczne i nadciśnienie (kardiologia)	52,17	0,07	13,18
choroby układu nerwowego (neurologia)	28,87	0,13	7,29
choroby dolnych dróg oddechowych (pulmonologia)	18,64	6,40	4,71
choroby górnych dróg oddechowych (laryngologia)	14,29	6,63	3,61
choroby ortopedyczno-urazowe (ortopedia)	7,36	1,66	1,86
cukrzyca (diabetologia)	6,87	0,04	1,74
choroby układu trawienia (gastroenterologia, hepatologia)	2,69	0,06	0,68
otyłość	2,51	1,80	0,63
choroby endokrynologiczne	1,39	0,13	0,35
choroby kobiece (ginekologia)	1,31	-	0,33
choroby skóry (dermatologia)	1,23	0,10	0,31
choroby nerek i dróg moczowych (nefrologia i urologia)	1,16	0,02	0,29
choroby naczyń obwodowych	1,06	0,00	0,27
osteoporoza	0,45	0,00	0,11
choroby krwi i układu krwiotwórczego (hematologia)	0,05	0,00	0,01
choroby oka i przydatków oka (choroby okulistyczne)	0,00	-	0,00
RAZEM	395,90	18,03	

Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ

Najczęściej ze świadczeń lecznictwa uzdrowiskowego korzystali pacjenci z województwa podlaskiego (1,6 tys. pacjentów na 100 tys. ludności), natomiast najmniej z zachodniopomorskiego (0,7 tys. pacjentów na 100 tys. ludności).

Najwięcej ze świadczeń lecznictwa uzdrowiskowego zostało zrealizowanych dla kategorii świadczenie sanatoryjne (318,47 tys. pacjentów), natomiast najmniej dla kategorii świadczenie ambulatoryjne (15,99 tys. pacjentów).

3.5 Opieka paliatywna i hospicyjna

Opieka paliatywno/hospicyjna w warunkach stacjonarnych

Rozkład wykazanych pacjentów, którym udzielono świadczenia w ramach opieki paliatywno/hospicyjnej na 100 tys. ludności względem miejsca udzielania świadczeń nie był równomierny względem województw. Największą wartością tego wskaźnika charakteryzowały się województwa małopolskie (107,8), świętokrzyskie (107,4), podkarpackie (104,1), najmniejszą województwa łódzkie (68,8), mazowieckie (61,9) oraz zachodniopomorskie (46,4).

Zróżnicowane odsetki migracji w województwach wskazują na nierówności w zapewnieniu odpowiedniej opieki.

Warto zwrócić również uwagę na zróżnicowany profil świadczeniodawców pod względem odsetka pacjentów sprawozdanych pacjentów pochodzących spoza województwa oraz udziału pacjentów w wieku poniżej 18 lat.

Opieka paliatywno/hospicyjna w warunkach domowych

Rozkład wykazanych pacjentów, którym udzielono świadczenia w ramach opieki paliatywno/hospicyjnej na 100 tys. ludności względem miejsca udzielania świadczeń nie był równomierny względem województw. Największą wartością tego wskaźnika charakteryzowały się województwa kujawsko-pomorskie (232,0), lubuskie (202,8), warmińsko-mazurskie (184,7), najmniejszą województwa lubelskie (90,2), podkarpackie (89,3) oraz małopolskie (86,6).

Warto zwrócić również uwagę na zróżnicowany profil świadczeniodawców pod względem odsetka pacjentów sprawozdanych pacjentów pochodzących spoza województwa oraz udziału pacjentów w wieku poniżej 18 lat.

3.6 Opieka długoterminowa

Opieka długoterminowa w warunkach stacjonarnych

Rozkład wykazanych pacjentów, którym udzielono świadczenia w ramach opieki długoterminowej na 100 tys. ludności względem miejsca udzielania świadczeń nie był równomierny względem województw. Największą wartością tego wskaźnika charakteryzowały się województwa podkarpackie (198,4), opolskie (178,3), małopolskie (155,0), najmniejszą województwa zachodniopomorskie (108,8), lubelskie (101,8) oraz wielkopolskie (75,3).

Na uwagę zasługuje fakt, że również rozkład wykazanych pacjentów, którym udzielono świadczenia w ramach opieki długoterminowej na 100 tys. dzieci względem miejsca udzielania świadczeń nie był równomierny względem województw. Największą wartością tego wskaźnika charakteryzowały się województwa dolnośląskie (33,6), śląskie (14,8) oraz opolskie (14,2), natomiast najmniejszą województwa podkarpackie (2,5), wielkopolskie (2,2), małopolskie (0,9).

Zróżnicowane odsetki migracji w województwach wskazują na nierówności w zapewnieniu odpowiedniej opieki.

Zauważalne są również różnice w cechach demograficznych pacjentów, którym są udzielane analizowane świadczenia, a także miejsce ich pochodzenia.

Opieka długoterminowa w warunkach domowych

Rozkład wykazanych pacjentów, którym udzielono świadczenia w ramach opieki długoterminowej na 100 tys. ludności względem miejsca udzielania świadczeń nie był równomierny względem województw. Największą wartością tego wskaźnika charakteryzowały się województwa opolskie (457,0), śląskie (413,2) oraz podkarpackie (325,9), najmniejszą województwa kujawsko-pomorskie (132,3), podlaskie (123,9) oraz pomorskie (57,2).

Na uwagę zasługuje fakt, że również rozkład wykazanych pacjentów, którym udzielono świadczenia w ramach opieki długoterminowej na 100 tys. dzieci względem miejsca udzielania świadczeń nie był równomierny względem województw. Największą wartością tego wskaźnika charakteryzowały się województwa warmińsko-mazurskie (17,7), wielkopolskie (16,0), podkarpackie (14,0), natomiast najmniejszą województwa zachodniopomorskie (5,0), lubuskie (3,8), lubelskie (3,6).

Warto zwrócić również uwagę na zróżnicowany profil świadczeniodawców co łatwo zauważyć obserwując odsetek pacjentów sprawozdanych pacjentów pochodzących spoza województwa.

3.7 Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna

W ramach poszczególnych grup chorób omawianych w mapach potrzeb zdrowotnych dokonano analizy funkcjonowania ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. W pierwszym kroku analizy dla każdej grupy chorób sprawdzano w jakich typach poradni definiowanych na podstawie VIII części kodu resortowego pojawiali się pacjenci z analizowaną grupą rozpoznań wg ICD-10. Tabela 3.2 przedstawia poradnie, w których zrealizowano 80% porad dla poszczególnych grup chorób.

Tabela 3.2: Poradnie, w których zrealizowano 80% porad dla danej grupy rozpoznań

Grupa chorób	Poradnie
Choroby układu kostno-mięśniowego	chirurgii urazowo-ortopedycznej, reumatologiczna, neurologiczna, chirurgii ogólnej
Choroby układu nerwowego (neurologiczne wieku podeszłego)	neurologiczna
Choroby układu nerwowego (inne niż podeszłego)	neurologiczna, chirurgii urazowo-ortopedycznej, leczenia bólu
Choroby aorty i naczyń obwodowych	chirurgii ogólnej, chirurgii naczyniowej, chorób naczyń, dermatologiczna
Nadciśnienie	kardiologiczna
Choroby układu oddechowego (przewlekłe)	gruźlicy i chorób płuc, alergologiczna, chorób płuc
Choroby układu oddechowego (ostre)	gruźlicy i chorób płuc, chorób płuc, gruźlicy i chorób płuc dla dzieci, alergologiczna
Choroby gruczołów wydzielania wewnętrznego	endokrynologiczna, endokrynologiczna dla dzieci
Zaburzenia psychiczne - dorośli	zdrowia psychicznego, terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia, leczenia uzależnień
Zaburzenia psychiczne - dzieci	logopedyczna, zdrowia psychicznego dla dzieci, dla osób z autyzmem dziecięcym
Ciąża, poród i połów oraz opieka nad noworodkiem	położniczo-ginekologiczna
Cukrzyca	diabetologiczna
Nowotwory układu krwiotwórczego i chłonnego	hematologiczna, onkologiczna, chemioterapii
Choroby krwi i układu odpornościowego	hematologiczna, hematologiczna dla dzieci, immunologiczna

Grupa chorób	Poradnie
Nowotwory niezłośliwe	chirurgii ogólnej, endokrynologiczna, dermatologiczna, chirurgii onkologicznej, położniczo-ginekologiczna, onkologiczna
Wady wrodzone	chirurgii ogólnej, preluksacyjna, chirurgii ogólnej dla dzieci, chirurgii urazowo-ortopedycznej, chirurgii urazowo-ortopedycznej dla dzieci, dermatologiczna
Zaburzenia metaboliczne	reumatologiczna, osteoporozy, chorób metabolicznych, chirurgii urazowo-ortopedycznej, chirurgii ogólnej, endokrynologiczna osteoporozy
Złamania po 50 roku życia	chirurgii urazowo-ortopedycznej, chirurgii ogólnej
Choroby oka i okolic	okulistyczna
Choroby skóry	dermatologiczna, chirurgii ogólnej
Nienowotworowe choroby układu płciowego mężczyzn	urologiczna
Choroby układu moczowo-płciowego kobiet	położniczo-ginekologiczna
Choroby nerek i dróg moczowych	kardiologiczna, urologiczna, nefrologiczna
Choroby wątroby, dróg żółciowych i trzustki (z wyłączeniem nowotworów złośliwych i niezłośliwych)	chirurgii ogólnej, gastroenterologiczna, hepatologiczna
Choroby górnego odcinka przewodu pokarmowego (z wyłączeniem nowotworów złośliwych i niezłośliwych)	gastroenterologiczna, Pracownia endoskopii, chirurgii ogólnej, gastroenterologiczna dla dzieci
Choroby dolnego odcinka przewodu pokarmowego (z wyłączeniem nowotworów złośliwych i niezłośliwych)	chirurgii ogólnej, gastroenterologiczna, proktologiczna, Pracownia endoskopii, chirurgii ogólnej dla dzieci
Choroby nosa, zatok przynosowych, ucha, gardła i krtani	otorynolaryngologiczna, alergologiczna
Choroby zakaźne (WZW)	chorób zakaźnych, hepatologiczna
Choroby zakaźne (HIV)	profilaktyczno-lecznicza (hiv/aids)
Choroby zakaźne (z wyłączeniem HIV i WZW)	dermatologiczna, otorynolaryngologiczna, chirurgii ogólnej, chorób zakaźnych, gruźlicy i chorób płuc
Choroby jamy ustnej i stomatologii	stomatologiczna
Objawy	logopedyczna, otorynolaryngologiczna, neurologiczna, chirurgii ogólnej, kardiologiczna dla dzieci, gruźlicy i chorób płuc, neurologiczna dla dzieci, Pracownia tomografii komputerowej, kardiologiczna, chorób płuc, urologiczna, Pracownia endoskopii, leczenia bólu
Urazy	chirurgii urazowo-ortopedycznej, chirurgii ogólnej
Zatrucia i inne określone skutki działań zewnętrznych	chirurgii urazowo-ortopedycznej, chirurgii ogólnej, neurologiczna

Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS

Tabela 3.3 przedstawia porównanie liczby porad sprawozdanych poprzez ZD-3 oraz liczby porad sprawozdanych do NFZ. Należy podkreślić, że wartości w tabeli oznaczają minimalny szacowany odsetek świadczeń realizowanych poza NFZ. Sprawozdanie ZD-3 dotyczy podmiotów prowadzących ambulatoryjną opiekę zdrowotną, w przypadku zakładów opieki zdrowotnej publicznych i niepublicznych, a w

przypadku praktyk lekarskich finansowanych ze środków publicznych. W sytuacji gdy dla danego regionu liczba porad sprawozdawanych przez ZD-3 była mniejsza od liczby porad sprawozdawanych do NFZ, przyjęto, że różnica ta wyniosła 0.

Tabela 3.3: Porównanie liczby porad NFZ ze sprawozdaniem ZD3

Nazwa poradni ZD-3	Nazwy poradni NFZ	% porad poza NFZ dla PL
chorob wewnętrznych	chorób wewnętrznych, chorób metabolicznych, chorób metabolicznych dla dzieci	96,2
alergologiczna	alergologiczna, alergologiczna dla dzieci	14,1
diabetologiczna	diabetologiczna, diabetologiczna dla dzieci	5,8
endokrynologiczna	endokrynologiczna, endokrynologiczna dla dzieci, endokrynologiczno-ginekologiczna	22,5
kardiologiczna	kardiologiczna, kardiologiczna dla dzieci, wad serca, nadciśnienia tętniczego, chorób naczyń	15,7
nefrologiczna	nefrologiczna, nefrologiczna dla dzieci	13,1
dermatologiczna	dermatologiczna, dermatologiczna dla dzieci, wenerologiczna	14,5
neurologiczna	neurologiczna, neurologiczna dla dzieci, leczenia bólu, leczenia bólu dla dzieci, padaczki, stwardnienia rozsianego	14,5
onkologiczna	onkologiczna, onkologiczna dla dzieci, chemioterapii, radioterapii, onkologii i hematologii dziecięcej, medycyny nuklearnej	14,1
gruźlicy i chorób płuc	gruźlicy i chorób płuc, gruźlicy i chorób płuc dla dzieci, chorób płuc, chorób płuc dla dzieci, leczenia mukowiscydozy, leczenia mukowiscydozy dla dzieci	6,1
reumatologiczna	reumatologiczna, reumatologiczna dla dzieci	9,2
chorob zakaźnych	chorób zakaźnych, chorób zakaźnych dla dzieci, profilaktyczno-lecznicza (hiv/aids), wzw, chorób tropikalnych, chorób odzwierzęcych i pasożytniczych, chorób odzwierzęcych i pasożytniczych dla dzieci	15,4
ginekologiczno-poloźnicza	położniczo-ginekologiczna, ginekologiczna, ginekologiczna dla dziewcząt, patologii ciąży, okresu przekwitania, profilaktyki chorób piersi, ginekologii onkologicznej, planowania rodziny i rozrodczości	21,2
Chirurgiczne - inne niż urazowo-ortopedyczne i neurochirurgiczne	chirurgii ogólnej, chirurgii ogólnej dla dzieci, proktologiczna, chirurgii klatki piersiowej, chirurgii naczyniowej, chirurgii onkologicznej, chirurgii onkologicznej dla dzieci, chirurgii plastycznej, chirurgii plastycznej dla dzieci, leczenia oparzeń, kardiochirurgiczna, kardiochirurgiczna dla dzieci, kontroli rozruszników i kardiowerterów, kontroli rozruszników i kardiowerterów dla dzieci, chirurgii szczękowo-twarzowej, chirurgii szczękowo-twarzowej dla dzieci	7,5
chirurgia urazowo-ortopedyczna	chirurgii urazowo-ortopedycznej, chirurgii urazowo-ortopedycznej dla dzieci	17,6
neurochirurgia	neurochirurgiczna, neurochirurgiczna dla dzieci	21,7

Nazwa poradni ZD-3	Nazwy poradni NFZ	% porad poza NFZ dla PL
okulistyczna	okulistyczna, okulistyczna dla dzieci, leczenia jaskry, leczenia zeza, leczenia zeza dla dzieci	23,3
otolaryngologiczna	otorynolaryngologiczna, otorynolaryngologiczna dla dzieci, audiologiczna, audiologiczna dla dzieci, foniatryczna, foniatryczna dla dzieci, logopedyczna, logopedyczna dla dzieci	11,6
urologiczna	urologiczna, urologiczna dla dzieci	14,1
stomatologiczna	stomatologiczna, stomatologiczna	100,0
stomatologiczna	stomatologiczna, stomatologiczna	37,1
chorob błon śluzowych przyzębia	chorób błon śluzowych przyzębia, chorób błon śluzowych przyzębia	100,0
chorob błon śluzowych przyzębia	chorób błon śluzowych przyzębia, chorób błon śluzowych przyzębia	84,1
ortodontyczna	ortodontyczna, ortodontyczna	100,0
ortodontyczna	ortodontyczna, ortodontyczna	37,3
protetyki stomatologicznej	protetyki stomatologicznej, protetyki stomatologicznej	100,0
protetyki stomatologicznej	protetyki stomatologicznej, protetyki stomatologicznej	78,7
chirurgii stomatologicznej	chirurgii stomatologicznej, chirurgii stomatologicznej	99,9
chirurgii stomatologicznej	chirurgii stomatologicznej, chirurgii stomatologicznej	51,7

Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS

Na podstawie informacji przedstawionych w tabeli 3.2 wyróżniono poradnie bezpośrednio oraz pośrednio dedykowane poszczególnym grupom chorób. W analizie wyróżniono poradnie dedykowane bezpośrednio analizowanym grupom rozpoznań. Szczegółowa analiza dla poszczególnych typów poradni została przedstawiona w Mapach Potrzeb Zdrowotnych. Tabela 3.4 przedstawia podsumowanie informacji dla poradni bezpośrednio dedykowanym omawianym grupom chorób w województwie .

Tabela 3.4: Statystyki dotyczące poradni specjalistycznych w Polsce

poradnia	liczba poradni	liczba porad (tys.)	liczba porad na poradnię w woj.(tys.)	% porad W11 wśród porad zachowawczych	% porad pacjentów, którzy pojawili się conajmniej 3 razy
stomatologiczna	8040	17 980,35	2,2	-	69,1
położniczo-ginekologiczna	2621	9 870,84	3,8	42,4	70,5
okulistyczna	1799	8 183,23	4,5	27,3	49,1
otorynolaryngologiczna	1617	5 131,92	3,2	50,6	47,5
neurologiczna	1577	5 393,97	3,4	69,6	56,0
dermatologiczna	1345	6 003,54	4,5	60,0	53,1

poradnia	liczba poradni	liczba porad (tys.)	liczba porad na poradnię w woj. (tys.)	% porad W11 wśród porad zachowawczych	% porad pacjentów, którzy pojawili się conajmniej 3 razy
chirurgii ogólnej	1279	7 486,43	5,9	65,1	66,7
kardiologiczna	1137	4 793,49	4,2	10,6	60,1
zdrowia psychicznego	1038	5 072,71	4,9	-	88,8
chirurgii urazowo-ortopedycznej	982	7 096,25	7,2	56,5	62,6
urologiczna	819	2 626,50	3,2	45,4	57,0
diabetologiczna	749	2 265,19	3,0	53,7	73,5
reumatologiczna	716	1 853,34	2,6	57,0	70,3
logopedyczna	693	1 306,78	1,9	-	97,1
stomatologiczna dla dzieci	674	815,77	1,2	-	70,2
alergologiczna	655	2 433,43	3,7	60,2	76,8
ortodontyczna	619	1 373,10	2,2	-	82,2
endokrynologiczna	608	2 276,96	3,7	33,4	45,0
protetyki stomatologicznej	464	236,13	0,5	-	41,0
Pracownia tomografii komputerowej	433	1 027,88	2,4	100,0	6,8
chirurgii stomatologicznej	420	748,56	1,8	-	45,5
gruźlicy i chorób płuc	413	1 680,72	4,1	45,0	60,9
gastroenterologiczna	367	839,78	2,3	63,6	48,2
onkologiczna	352	1 713,08	4,9	50,4	62,8
chorób płuc	333	815,81	2,4	46,2	60,3
terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia	321	1 365,68	4,3	-	94,9
leczenia uzależnień	257	1 033,91	4,0	-	95,7
nefrologiczna	253	421,45	1,7	26,1	59,2
chirurgii ogólnej dla dzieci	211	1 070,03	5,1	60,2	55,0
neurologiczna dla dzieci	204	480,16	2,4	57,6	48,4
alergologiczna dla dzieci	197	742,41	3,8	62,3	75,3
ginekologiczna	195	544,84	2,8	49,8	65,1
leczenia bólu	185	559,37	3,0	83,9	92,5
chirurgii onkologicznej	168	734,27	4,4	60,1	61,7
psychologiczna	164	165,68	1,0	-	87,5
zdrowia psychicznego dla dzieci	163	448,22	2,7	-	85,7
okulistyczna dla dzieci	160	436,47	2,7	36,3	36,2
proktologiczna	128	166,22	1,3	62,1	52,6
otorynolaryngologiczna dla dzieci	120	314,20	2,6	42,9	49,8
kardiologiczna dla dzieci	119	329,79	2,8	4,0	26,7
chirurgii naczyniowej	115	364,34	3,2	53,8	37,2
chorób naczyń	111	257,99	2,3	38,8	33,3
chorób zakaźnych	111	374,39	3,4	44,6	46,1
hematologiczna	104	471,03	4,5	32,0	70,2
chirurgii urazowo-ortopedycznej dla dzieci	101	338,23	3,3	45,6	39,7
neurochirurgiczna	98	281,82	2,9	72,0	29,0
audiologiczna	95	228,91	2,4	21,7	37,1
terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych	94	283,72	3,0	-	95,1
chorób metabolicznych	84	114,04	1,4	43,6	58,0
gruźlicy i chorób płuc dla dzieci	70	208,61	3,0	59,0	77,4

poradnia	liczba poradni	liczba porad (tys.)	liczba porad na poradnię w woj. (tys.)	% porad W11 wśród porad zachowawczych	% porad pacjentów, którzy pojawili się conajmniej 3 razy
profilaktyki chorób piersi	70	183,10	2,6	38,6	35,6
nefrologiczna dla dzieci	65	137,14	2,1	48,0	55,3
leczenia zeza	64	213,36	3,3	44,1	76,0
osteoporozy	63	181,19	2,9	32,2	32,1
hepatologiczna	54	140,65	2,6	37,0	46,0
ginekologiczna dla dziewcząt	54	53,07	1,0	34,8	51,7
endokrynologiczna dla dzieci	52	165,05	3,2	41,7	47,7
foniatryczna	49	83,02	1,7	21,8	39,0
chirurgii szczękowo-twarzowej	49	166,38	3,4	71,6	60,3
gastroenterologiczna dla dzieci	43	96,53	2,2	60,9	41,5
genetyczna	37	79,48	2,1	67,8	17,9
chorób błon śluzowych przyzębia	37	86,16	2,3	-	56,2
ortodontyczna dla dzieci	36	77,44	2,2	-	81,1
chorób płuc dla dzieci	34	75,19	2,2	60,3	73,5
leczenia nerwic	34	82,89	2,4	-	84,3
diabetologiczna dla dzieci	32	55,09	1,7	73,9	84,9
logopedyczna dla dzieci	30	67,00	2,2	-	94,3
dla osób z autyzmem dziecięcym	30	9,50	0,3	-	97,4
reumatologiczna dla dzieci	29	33,47	1,2	52,5	54,1
patologii ciąży	28	51,25	1,8	27,8	68,6
chirurgii klatki piersiowej	28	83,84	3,0	56,6	47,4
transplantologiczna	27	71,47	2,6	31,7	88,3
chirurgii plastycznej	23	69,48	3,0	58,0	56,9
chorób zakaźnych dla dzieci	22	38,44	1,7	49,2	48,4
urologiczna dla dzieci	22	49,29	2,2	42,1	41,3
hematologiczna dla dzieci	18	33,70	1,9	41,1	47,5
endokrynologiczno-ginekologiczna	17	50,80	3,0	54,6	52,8
dermatologiczna dla dzieci	16	54,30	3,4	60,0	44,4
chorób tarczycy	15	34,11	2,3	32,9	35,2
nadciśnienia tętniczego	14	34,80	2,5	30,5	55,2
profilaktyczno-lecznicza (hiv/aids)	14	65,25	4,7	52,9	93,2
onkologii i hematologii dziecięcej	12	39,90	3,3	43,8	60,3
ginekologii onkologicznej	12	58,88	4,9	49,7	52,9
seksuologiczna i patologii współżycia	12	16,06	1,3	-	89,1
stomatologii zachowawczej	11	39,63	3,6	-	63,7
leczenia niepłodności	9	12,67	1,4	29,2	73,7
endokrynologiczna osteoporozy	9	26,35	2,9	27,6	27,2
audiologiczna dla dzieci	9	19,21	2,1	11,5	32,1
terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia dla dzieci	8	4,42	0,6	-	89,1
psychologiczna dla dzieci	8	11,81	1,5	-	86,2
chorób metabolicznych dla dzieci	7	8,15	1,2	53,2	46,5
onkologiczna dla dzieci	7	13,59	1,9	44,9	62,2
neurochirurgiczna dla dzieci	7	15,54	2,2	69,3	24,2
foniatryczna dla dzieci	7	8,96	1,3	10,9	52,6
psychogeriatryczna	7	25,18	3,6	-	74,7

poradnia	liczba poradni	liczba porad (tys.)	liczba porad na poradnię w woj. (tys.)	% porad W11 wśród porad zachowawczych	% porad pacjentów, którzy pojawili się conajmniej 3 razy
leczenia mukowiscydozy dla dzieci	6	3,40	0,6	30,1	75,6
chirurgii onkologicznej dla dzieci	6	15,44	2,6	57,6	42,8
leczenia jaskry	6	21,20	3,5	19,7	63,2
genetyczna dla dzieci	5	3,38	0,7	72,9	11,2
leczenia nerwic dla dzieci	5	32,06	6,4	-	99,0
antynikotynowa	5	2,34	0,5	-	88,1
leczenia mukowiscydozy	4	1,85	0,5	43,9	71,7
chorób odzwierzęcych i pasożytniczych	4	16,51	4,1	45,0	41,4
leczenia zeza dla dzieci	4	11,81	3,0	35,6	77,5
andrologiczna	3	8,29	2,8	62,5	74,7
hepatologiczna dla dzieci	3	6,76	2,3	28,2	86,1
wenerologiczna	3	30,47	10,2	76,3	54,8
transplantologiczna dla dzieci	3	0,47	0,2	47,0	80,9
terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych dla dzieci	3	1,19	0,4	-	93,9
leczenia bólu dla dzieci	2	5,07	2,5	80,4	99,4
zdrowia psychicznego dla dzieci, młodzieży i ich rodzin	2	6,24	3,1	-	83,7
psychosomatyczna	2	4,68	2,3	-	86,3
antynikotynowa dla dzieci	2	1,24	0,6	-	88,7
stomatologiczna dla osób z grupy ryzyka hiv	2	1,91	1,0	-	78,0
wzw	1	1,03	1,0	3,2	21,5
chorób tropikalnych	1	0,04	0,0	97,6	23,8
chorób odzwierzęcych i pasożytniczych dla dzieci	1	1,65	1,7	62,7	42,7
chorób błon śluzowych przyzębia dla dzieci	1	0,24	0,2	-	3,8

Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ

3.8 Podstawowa opieka zdrowotna

1. Obecny sposób prowadzenia sprawozdawczości uniemożliwia przeprowadzenie pogłębionej analizy funkcjonowania POZ, w szczególności określenie liczby pacjentów ze schorzeniami przewlekłymi (raportowana jest tylko 1 przyczyna wizyty) oraz ich ścieżki leczenia (brak informacji o wykonanych badaniach).
2. W POZ realizowane są świadczenia nie tylko w związku z lecznictwem. Realizowane świadczenia w ramach POZ przeanalizowane w dokumencie to:
 - Lekarz

5.01.00.0000077	świadczenia dla pacjentów bez rozpoznania
5.01.00.0000078	cukrzycy i/lub chorób układu krążenia
5.01.00.0000075	świadczenia dla pacjentów z rozpoznaniem cukrzycy
5.01.00.0000076	i/lub chorób układu krążenia

5.01.00.0000104	bilans zdrowia
5.01.00.0000046	świadczenia dla pacjentów spoza POZ
5.01.00.0000047	
5.01.00.0000079	
5.01.00.0000102	porada patronażowa
5.01.00.0000103	

- Pielęgniarka

5.01.00.0000054	porada profilaktyki gruźlicy
5.01.00.0000107	porada patronażowa
5.01.00.0000052	świadczenia dla pacjentów spoza POZ
5.01.00.0000053	
5.01.00.0000080	

- Położna

5.01.00.0000089	wizyty patronażowe
5.01.00.0000111	wizyty w edukacji przedporodowej
5.01.00.0000110	
5.01.00.0000091	wizyty w opiece pooperacyjnej
5.01.00.0000055	świadczenia dla pacjentów spoza POZ
5.01.00.0000056	
5.01.00.0000081	

- Nocna i świąteczna opieka zdrowotna

5.01.00.0000108	świadczenia ambulatoryjne
5.01.00.0000109	świadczenia wyjazdowe
5.21.00.0000020	świadczenia dla pacjentów z UE

Stąd też pacjenci nie zgłaszają się do POZ tylko z problemami zdrowotnymi, ale także z działaniami profilaktycznymi (szczepienia, bilanse, itd.) oraz w celach orzecznich lub innych administracyjnych.

3. Najwięcej świadczeń w ramach POZ udzielanych było przez lekarzy (stanowią one 94,8% wszystkich świadczeń). Na drugim miejscu znajdują się świadczenia nocnej i świątecznej opieki medycznej (3,5%), świadczenia położnych stanowiły 1,5% wszystkich świadczeń a pielęgniarek 0,21%. Z powodu braku indywidualnej sprawozdawczości pielęgniarek POZ w pełnym zakresie wykonywanych świadczeń (w formie zestawienia zbiorczego w 2014 roku sprawozdano 71 126 tys. świadczeń, natomiast w formie indywidualnej 326 tys.) nie jest możliwe wyciągnięcie odpowiednich wniosków z przeanalizowanych danych.
4. Największa liczba placówek sprawozdających świadczenia lekarskie na 100 tys. ludności występuje w województwach: podlaskim, lubelskim, warmińsko-mazurskim i lubuskim (powyżej 20/100 tys. ludności), a najmniejsza w województwach: pomorskim, mazowieckim oraz małopolskim (poniżej 15/100 tys. ludności).

5. Z przeanalizowanych danych wynika, że w ciągu badanego roku najczęściej pacjenci z list aktywnych odwiedzali placówki sprawozdające świadczenia POZ w województwie łódzkim (4,40) i podlaskim (4,30), a najrzadziej w województwie mazowieckim (3,59) oraz małopolskim (3,66).
6. Na podstawie danych można stwierdzić, że największa liczba porad w województwach udzielana była osobom w wieku 65+ (45 702 tys.) oraz w wieku 45-64 (4 412 tys.).
7. Istnieją istotne różnice w wykorzystaniu świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej przez mieszkańców poszczególnych województw. Najwięcej świadczeń sprawozdano w województwie pomorskim (18,3 tys./100 tys. ludności), a najmniej w województwie dolnośląskim (9,3 tys./100 tys. ludności). Świadczyć to może o innej dostępności do nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej lub efektywności innych placówek realizujących świadczenia zdrowotne (w tym dostępność do AOS, nie tylko POZ).
8. W kolejnym kroku zasadne byłoby stworzenie dla POZ narzędzia, które pokazywałoby ilu pacjentów oraz z jakich powodów trafiło do wyższego poziomu opieki (AOS, szpital) w celu wzmocnienia koordynacji leczenia tych pacjentów.
9. Dokonano analizy list aktywnych pacjentów pod kątem świadczeń udzielonych w ramach Szpitalnych Oddziałów Ratunkowych, Izb Przyjęć oraz Opieki Nocnej i Świątecznej. Wskaźnik ten nazwano wskaźnikiem wykorzystania nagłej opieki medycznej (WWNOM)

W celu wyliczenia wskaźnika z danych zostały wyłączone te świadczenia, w wyniku których po zgłoszeniu do SOR, IP lub NPL była konieczność uzyskania przez pacjenta świadczenia wyższego rzędu (hospitalizacji) w ciągu 2 dni od daty wizyty. Tak ograniczoną liczbę świadczeń przeliczono na 100 pacjentów zapisanych do POZ (stan na czerwiec 2014) na poziomie województw, powiatów i podmiotów POZ.

Najwyższe wartości wskaźnika notowano w województwach pomorskim (35,5), zachodniopomorskim (33,4), śląskim (31,9), opolskim (31,2). Najniższe zaś w województwach lubuskim (23,5), dolnośląskim (24,2), warmińsko-mazurskim (24,7), wielkopolskim (26,0). W skali całego kraju wskaźnik wykorzystania nagłej opieki medycznej wyniósł 29,5 na 100 pacjentów zapisanych na listy aktywne.

Na zróżnicowanie w wartościach wskaźnika wykorzystania nagłej opieki duży wpływ będzie miała dostępność do SOR, izb przyjęć i punktów nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej. Znaczna liczba takich punktów w regionie będzie dodatkowo wpływać na omawiany wskaźnik (co widać na podstawie np. dużych miast).

Dodatkowo analizy pokazują że, ceteris paribus, większa liczba zapisanych podmiotów do POZ jest dodatkowo skorelowana z większą wartością wskaźnika WWNOM (dla POZ o dużej liczbie zapisanych pacjentów pacjent średnio częściej korzysta z nagłej opieki medycznej).

3.9 Kadry medyczne

Analizy zasobów kadrowych są tożsame z tymi, które zostały opublikowane w dniu 30 kwietnia 2016 r. w tzw. mapach szpitalnych. Ze względu na objętość dokumentu postanowiono nie powtarzać treści już opublikowanych. Odsyłamy czytelnika do odpowiednich elementów map szpitalnych.

3.10 Zasoby sprzętowe

Analizy zasobów sprzętowych są tożsame z tymi, które zostały opublikowane w dniu 30 kwietnia 2016 r. w tzw. mapach szpitalnych. Ze względu na objętość dokumentu postanowiono nie powtarzać treści już opublikowanych. Odsyłamy czytelnika do odpowiednich elementów mapy szpitalnej.



EFEKTYWNE DZIAŁANIE
PRZEZ MAPOWANIE



Część IV

Prognoza

4.1 Prognoza stanu i struktury ludności

Prognozy demograficzne za analizowany okres są tożsame z tymi, które zostały opublikowane w dniu 30 kwietnia 2016 r. w tzw. mapach szpitalnych. Ze względu na objętość dokumentu postanowiono nie powtarzać treści już opublikowanych. Odsyłamy czytelnika do odpowiednich elementów mapy szpitalnej.

4.2 Prognoza zapadalności

W wojewódzkich mapach potrzeb zdrowotnych dedykowanych poszczególnym grupom chorób zaprezentowano wyniki prognoz zapadalności rejestrowanej na lata 2020-2029. Zgodnie z wyjaśnieniem przedstawionym w rozdziale **Szacowanie wskaźników epidemiologicznych** należy pamiętać, że proces prognozowania obarczony jest niepewnością. Z tego względu szczegółowe wyniki prognoz prezentowane w poszczególnych mapach przedstawiają cztery scenariusze. („minimalny”, „maksymalny”, „zindywidualizowany” oraz „uśredniony”).

- Wariant demograficzny „minimalny”: w związku z powiązaniem wyceny niektórych świadczeń z jednostką chorobową, a tym samym z występowaniem zjawiska tzw. up-codingu, obserwuje się nadrozpoznowalność tej jednostki chorobowej. Z racji, że nie ma możliwości zweryfikowania, w dostępnych danych, jaki jest stopień up-codingu przyjmuje się, że w województwie, w którym zapadalność rejestrowana jest najmniejsza występuje on w najmniejszym stopniu. Wobec czego zasadnym jest przyjęcie najniższej wojewódzkiej wartości współczynnika zapadalności rejestrowanej jako wartości referencyjnej dla pozostałych województw.
- Wariant demograficzny „maksymalny”: ze względu na różnice w dostępności do systemu ochrony zdrowia choroby w niektórych regionach kraju są rzadziej i później wykrywane. Z racji, że nie ma możliwości zweryfikowania w jednoznaczny sposób w dostępnych danych stopnia wykrywalności chorób to przyjmuje się, że w województwie, w którym zapadalność rejestrowana jest największa, to zjawisko jest najbardziej zaawansowane. Wobec czego zasadnym jest przyjęcie najwyższej wojewódzkiej wartości współczynnika zapadalności rejestrowanej i przyjęcie jej jako wartości referencyjnej dla pozostałych województw.
- Wariant demograficzny „zindywidualizowany”: istnieją czynniki różnicujące współczynnik zapadalności rejestrowanej na poszczególne choroby pomiędzy województwami. Przyjmuje się, że obserwowane obecnie różnice we współczynnikach zapadalności rejestrowanej nie będą zanikały w czasie (czynniki powodujące różnice są trwałe i nie należy się spodziewać, że przestaną występować w przyszłości). Wobec czego zasadnym jest przyjęcie dla każdego województwa wartości współczynnika obserwowanego dla danego województwa.
- Wariant demograficzny „uśredniony”: przyjmuje się, że różnice pomiędzy województwami w długim okresie się wyrównają, a przyczyny powodujące zaobserwowane różnice w danych historycznych były tylko przejściowe (będzie następowała konwergencja w ramach kraju, ponieważ różnice nie wynikają z systematycznych różnic w rzeczywistym ryzyku między województwami). Wobec czego przyjmuje się, że współczynniki zapadalności rejestrowanej dla wszystkich województw są równe.
- Wykorzystanie powyższego rozumowania daje możliwość oszacowania zmienności wartości prognostycznych dla obserwowanego trendu demograficznego. Przyjęcie różnych wariantów prognozy wynika z braku dostatecznej wiedzy o obecnych wartościach wskaźników epidemiologicznych oraz niepewności co do przyszłych wartości współczynnika zapadalności rejestrowanej. Niemniej jednak korzystając z powyższej metodyki istnieje możliwość oszacowania przedziałów wartości prognostycznych. Ze względu na objętość dokumentu postanowiono nie powtarzać treści znajdujących się w mapach szczegółowych, dlatego odsyłamy czytelnika do ich odpowiednich elementów.

4.3 Prognoza liczby łózek

Prognozowana liczba łózek została przedstawiona w opublikowanych 30 kwietnia 2016 r. tzw. szpitalnych mapach potrzeb zdrowotnych. Ze względu na objętość dokumentu postanowiono nie powtarzać treści już opublikowanych. Odsyłamy czytelnika do odpowiednich elementów map szpitalnych. Następna prognoza liczby łózek będzie przygotowana dla kolejnej edycji map szpitalnych publikowanych w maju 2018 r.

4.4 Prognozy dedykowane wybranym grupom chorób

W mapach potrzeb zdrowotnych w zakresie dla wybranych grup chorób zaprezentowano dodatkowo wyniki modeli prognostycznych specyficznych tylko dla danej grupy.

- W grupach chorób, w których analizowana była opieka paliatywno-hospicyjna zaprezentowano wyniki modelu prognozującego zapotrzebowanie na miejsca w paliatywno-hospicyjne.

Łączne zapotrzebowanie w opiece hospicyjno/paliatywnej oszacowano na 105,8 tys., z czego 3,8 tys. to miejsca w warunkach stacjonarnych.

- W mapie potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób dziecięcych w rozdziale 'Prognoza świadczeń i świadczeniodawców' zaprezentowano wyniki prognostycznego modelu alokacji oddziałów pediatrycznych.

Otrzymane wyniki wskazują, że w latach 2014-2020 zaobserwujemy spadek liczby hospitalizacji ogólnopediatrycznych o około 31 tys., zaś liczba szpitali, które będą odnotowywały co najmniej 700 takich hospitalizacji spadnie z 283 do 267.

- W mapie potrzeb zdrowotnych w zakresie ciąży, porodu i położu oraz opieki nad noworodkiem w rozdziale 'Prognoza zapotrzebowania na placówki położnicze' zaprezentowano analogiczny model prognostyczny odnoszący się do alokacji oddziałów położniczych.

Zgodnie z wynikami modelu w 2020 roku 301 spośród obecnie funkcjonujących w Polsce świadczeniodawców wykazuje potencjał na przeprowadzenie minimum 400 porodów, bądź jest niezbędna z punktu zapewnienia szybkiego dostępu do świadczeń położniczych (wyjątek od zastosowanej reguły 400 porodów stanowiły ośrodki położnicze, które jako jedyne zapewniały świadczenia w promieniu 40 km). W pozostałych przypadkach należy rozważyć zasadność funkcjonowania oddziału o charakterze położniczym.

- Natomiast w mapie potrzeb zdrowotnych w zakresie nowotworów układu krwiotwórczego i chłonnego zaprezentowano wyniki prognozy ośrodków hematologii dziecięcej.