



EFEKTYWNE DZIAŁANIE PRZEZ MAPOWANIE



Podsumowanie mapy potrzeb zdrowotnych dla województwa kujawsko-pomorskiego w zakresie 30 grup chorób

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	Aspekty demograficzne i epidemiologiczne	7
1.1	Szacowanie wskaźników epidemiologicznych - Moduł A	8
II	Lecznictwo szpitalne - moduł A	12
2.1	Choroby układu kostno-mięśniowego	13
2.2	Choroby układu nerwowego (neurologiczne wieku podeszłego)	16
2.3	Choroby układu nerwowego (inne niż wieku podeszłego)	19
2.4	Choroby aorty i naczyń obwodowych z uwzględnieniem nadciśnienia tętniczego	24
2.5	Choroby układu oddechowego (przewlekłe)	31
2.6	Choroby układu oddechowego (ostre)	36
2.7	Choroby gruczołów wydzielania wewnętrznego	39
2.8	Choroby dziecięce	44
2.9	Zaburzenia psychiczne	45
2.10	Ciąża, poród i połóg oraz opieki nad noworodkiem	48
2.11	Cukrzyca	52
2.12	Nowotwory układu krwiotwórczego i chłonnego	53
2.13	Choroby krwi i układu odpornościowego	55
2.14	Nowotwory niezłośliwe	57
2.15	Wrodzone wady rozwojowe	58
III	Lecznictwo szpitalne - moduł B	60
3.1	Choroby metaboliczne	61
3.2	Choroby oka i okolic	64
3.3	Choroby skóry	68
3.4	Choroby układu płciowego mężczyzn (nienowotworowe)	68
3.5	Choroby układu moczowo-płciowego (kobiet)	70
3.6	Choroby nerek i dróg moczowych	71
3.7	Choroby wątroby, dróg żółciowych i trzustki	74

3.8	Choroby górnego odcinka przewodu pokarmowego	75
3.9	Choroby dolnego odcinka układu pokarmowego (bez nowotworów złośliwych i niezłośliwych)	76
3.10	Choroby nosa, zatok przynosowych, ucha, gardła i krtani	77
3.11	Choroby zakaźne - Wirusowe zapalenie wątroby	78
3.12	Choroby zakaźne - HIV	80
3.13	Choroby zakaźne (z wyłączeniem HIV i WZW)	80
3.14	Choroby jamy ustnej i stomatologia	81
3.15	Urazy, zatrucia, objawy i inne określone skutki działań zewnętrznych	81
3.16	Wielochorobowość pacjentów w wieku podeszłym	85
IV	Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna	87
V	Podstawowa opieka zdrowotna	93
VI	Wykorzystanie nagłej opieki medycznej	96
VII	Pozostałe formy leczenia	98
7.1	Rehabilitacja zdrowotna	99
7.2	Lecznictwo uzdrowiskowe	101
7.3	Opieka paliatywna i hospicyjna	101
7.4	Opieka długoterminowa	101
VIII	Prognozy	103
8.1	Prognoza zapadalności rejestrowanej	104
8.1.1	Choroby układu kostno-mięśniowego	104
8.1.2	Choroby układu nerwowego (neurologiczne wieku podeszłego)	106
8.1.3	Choroby układu nerwowego (pozostałe choroby)	108
8.1.4	Choroby aorty i naczyń obwodowych z uwzględnieniem nadciśnienia tętniczego . .	110
8.1.5	Choroby układu oddechowego (przewlekłe)	112
8.1.6	Choroby gruczołów wydzielania wewnętrznego	114
8.1.7	Choroby psychiczne	116
8.1.8	Cukrzyca	119
8.1.9	Nowotwory układu krwiotwórczego i chłonnego	121

8.1.10	Choroby krwi, układu krwiotwórczego i odpornościowego	123
8.1.11	Wrodzone wady rozwojowe	125
8.2	Prognozy dedykowane wybranym grupom chorób	126
8.2.1	Prognoza zapotrzebowania w zakresie pediatrii ogólnej	126
8.2.2	Prognoza zapotrzebowania na placówki położnicze	126
8.2.3	Prognoza liczby miejsc w opiece paliatywno-hospicyjnej	126



EFEKTYWNE DZIAŁANIE
PRZEZ MAPOWANIE



Ministerstwo Zdrowia

Część I

Aspekty demograficzne i epidemiologiczne

1.1 Szacowanie wskaźników epidemiologicznych - Moduł A

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.

Tabela 1.1: Wskaźniki zapadalności i chorobowości rejestrowanej na 100 tys. ludności w 2014 roku w województwie kujawsko-pomorskim.

Grupa chorobowa	Zapadalność rejestrowana	Chorobowość rejestrowana
choroby układu kostno-mięśniowego		
Artropatie związane z zakażeniami ¹	13,8	95,5
Artropatie wielostawowe zapalne	256,0	1 937,1
Choroby układowe tkanki łącznej	188,9	1 576,1
Choroby mięśni	20,0	148,7
Choroby powięzi, ścięgien i tkanek miękkich (zapalne)	159,4	1 105,5
Choroby stawów	1 409,4	11 373,4
Choroby powięzi, ścięgien i tkanek miękkich (niezapalne)	1 110,6	7 436,8
Zaburzenia mineralizacji i struktury kości	171,4	1 472,6
Inne choroby kości i tkanki chrzęstnej	85,5	578,9
Inne choroby układu kostno-mięśniowego i tkanki łącznej	121,6	897,8
Choroby kręgosłupa	1 611,9	12 995,1
choroby układu nerwowego (neurologicznych wieku podeszłego)		

¹Należy zauważyć, że wykazywanie przez oddziały leczące powikłania chorób z grupy 'M', choroby z grupy 'M' jako głównej przyczyny hospitalizacji (zamiast leczonego powikłania) zaburza zapadalność rejestrowaną (np. J84 - choroba śródmiąższowa płuc a M34 - twardzina układowa)

Grupa chorobowa	Zapadalność rejestrowana	Chorobowość rejestrowana
Choroba Alzheimera i inne otępienia	127,3	728,3
Choroba Parkinsona i inne zaburzenia ruchowe ²	94,0	624,4
choroby układu nerwowego (inne niż wieku podeszłego)		
Choroby nerwowo-mięśniowe ³	92,8	555,4
Choroby demielinizacyjne ⁴	14,2	172,6
Padaczka ⁵	122,9	1 257,5
Choroby zwyrodnieniowe kręgosłupa ⁶	1 213,0	9 063,0
Mononeuropatie, zespoły cieśni i radikulopatie ⁷	1 101,5	8 020,9
choroby aorty i naczyń obwodowych z uwzględnieniem nadciśnienia tętniczego		
Nadciśnienie tętnicze	877,3	6 675,9
Nadciśnienie tętnicze odporne	220,2	1 798,6
Miażdżycy tętnic	275,6	1 914,9
Miażdżycy tętnicy nerkowej	1,5	11,7
Tętniak i tętniak rozwarstwiający tętnicy głównej (z wyłączeniem tętniaka odcinka brzuszego)	14,1	77,2
Tętniak odcinka brzuszego i tętnicy biodrowej	26,8	143,0
Tętniak innych tętnic	20,7	134,7
Zakrzepica i/lub zatorowość płucna	197,2	1 310,8
Zapalenie naczyń	69,1	454,2
Zator i zakrzep tętniczy	15,9	78,3
Żylaki kończyn	495,6	3 807,4
Owrzodzenia	105,7	708,2
Obrzęk chłonny	27,2	148,8
Niedrożność i zwężenie tętnic przedmózgowych	99,8	767,6
choroby układu oddechowego (przewlekłe)		
Astma	486,7	4 695,3
Przewlekła obturacyjna choroba płuc	190,6	1 653,2
Choroby śródmiąższowe płuc	54,4	377,6
Zaburzenia oddychania w czasie snu	49,4	354,3
Przewlekłe choroby zapalne płuc	161,2	1 442,3
Niewydolność oddychania	74,4	211,3
Inne choroby układu oddechowego	209,5	847,2
choroby gruczołów wydzielania wewnętrznego		
choroby gonad	92,3	629,3
choroby nadnerczy	14,1	97,7

²Biorąc pod uwagę znaczne różnice w liczbie nowych przypadków pojawiających się w publicznym systemie opieki zdrowotnej, można wnioskować o zaniżonej rozpoznawalności chorób otępiennych w niektórych województwach.

³W opinii ekspertów medycznych współpracujących z Ministerstwem Zdrowia ustalono, że bardzo wysoka liczba nowych przypadków chorób nerwowo-mięśniowych może wynikać z uwzględnienia w analizie pacjentów z polineuropatiami, w tym szczególnie różnicowania polineuropatii cukrzycowej z polineuropatiami o innej etiologii.

⁴W wyniku konsultacji ze środowiskiem medycznym otrzymanych wartości, należy stwierdzić, że rozbieżności między danymi analizowanymi w ramach map potrzeb zdrowotnych a wynikami publikowanych badań epidemiologicznych mogą wynikać z przyjętej metodyki szacowania wskaźników.

⁵Większa liczba pacjentów z rozpoznaną padaczką niż wynika to z wiedzy ekspertów medycznych na temat wyników badań epidemiologicznych może świadczyć o nieprawidłowej diagnozie lub nieprawidłowym kodowaniu.

⁶Ocena powyższych wyników przez konsultantów krajowych oraz wojewódzkich wskazuje na relatywnie niską liczbę zidentyfikowanych nowych przypadków, co może wynikać z nieuwzględnienia radikulopatii (były analizowane wspólnie z mononeuropatiami).

⁷Ocena wyników szacowania przez konsultantów krajowych oraz wojewódzkich wskazuje na to, że wysoka liczba nowych przypadków może wynikać z włączenia do tej grupy pacjentów z radikulopatiami.

Grupa chorobowa	Zapadalność rejestrowana	Chorobowość rejestrowana
choroby przysadki	30,6	214,6
choroby przytarczyc	24,5	133,7
choroby tarczycy	507,5	4 661,8
choroby trzustki	36,0	160,9
choroby z niezakwalifikowanym rozpoznaniem endokrynologicznym	136,2	762,2
otyłość	74,7	553,3
nowotwory niezłośliwe endokrynologiczne	415,8	4 241,6
zaburzenia psychiczne		
Zaburzenia organiczne	262,2	2 119,7
Uzależnienia	295,8	2 341,8
Schizofrenia	48,9	774,5
Psychozy inne niż schizofrenia	25,9	204,2
Zaburzenia nastroju	359,5	3 243,4
Zaburzenia lękowe	649,7	5 346,6
Zaburzenia odżywiania	9,9	66,7
Zespoły behawioralne związane z zaburzeniami fizjologicznymi i czynnikami fizycznymi	33,5	148,3
Zaburzenia osobowości i zachowania dorosłych	71,4	519,2
Zaburzenia identyfikacji płciowej i preferencji seksualnych	0,7	5,8
Niepełnosprawność intelektualna	53,4	695,4
Zaburzenia rozwoju psychologicznego	145,6	1 201,8
Zaburzenia zachowania i emocji rozpoczynające się zwykle w dzieciństwie i wieku młodzieńczym	170,5	1 333,9
cukrzyca		
cukrzyca ⁸	371,5	3 865,0
nowotwory układu krwiotwórczego i chłonnego		
Ostre nowotwory układu krwiotwórczego	6,1	27,3
Przewlekłe nowotwory układu krwiotwórczego ⁹	25,7	157,8
Nowotwory z prekursorowych komórek B i T ¹⁰	0,8	4,8
Nowotwory z dojrzałych komórek B ¹¹	23,6	154,3
Nowotwory z dojrzałych komórek T i NK ¹²	2,2	15,8

⁸Według źródeł literatury przyjmujących inną metodologię określania zapadalności rejestrowanej dla cukrzycy, tj. na podstawie danych o pacjentach korzystających z leków i pasków dedykowanych tej chorobie, wartość oszacowanej zapadalności rejestrowanej była znacznie wyższa i wynosiła w Polsce 2,17 mln osób.

⁹Zapadalność rejestrowana na przewlekłe nowotwory układu krwiotwórczego odnotowana w systemie opieki zdrowotnej w 2014 roku w Polsce jest ok. 1,5 - 2 razy większa niż wynikałoby to z epidemiologicznych danych literaturowych. Przeszacowanie zapadalności może być spowodowane niedostateczną jakością raportowanych danych czy niedostosowaniem kodów ICD-10 do aktualnie obowiązującej klasyfikacji nowotworów układu krwiotwórczego według WHO. Uwagę zwraca fakt częstsze niż by to wynikało z epidemiologii stosowanie ogólnego kodu D47.9 (nowotwory o niepewnym lub nieznanym charakterze układu krwiotwórczego, limfatycznego i tkanek pokrewnych, nieokreślone) dla chorych z rozpoznania miokreślonych nowotworów układu chłonnego.

¹⁰Wartości zapadalności rejestrowanej zaobserwowane w polskim systemie opieki zdrowotnej w 2014 roku były niższe niż analogiczne wartości pochodzące z literatury amerykańskiej i europejskiej. Może być to związane z niską rozpoznawalnością tych nowotworów, zwłaszcza w populacji osób starszych (w wieku powyżej 74 lat).

¹¹Liczby te należy uznać za górne granice przedziałów. Według danych SEER NCI liczba nowych zachorowań na nowotwory z dojrzałych komórek B, T i NK dla populacji amerykańskiej wynosi 19,5 przypadków na 100 tys. mieszkańców na 1 rok w oparciu o dane z lat 2009 - 2013. Przeszacowanie zapadalności na nowotwory z dojrzałych komórek B może być spowodowane takimi przyczynami, jak: niedostateczna jakość raportowanych danych, niedostosowanie kodów ICD-10 do aktualnie obowiązującej klasyfikacji nowotworów układu chłonnego według WHO.

¹²Liczby te należy uznać za górne granice przedziałów. Prawie dwukrotna różnica we wskaźnikach zapadalności rejestrowanej w poszczególnych województwach wymaga dalszej, szczegółowej analizy zapadalności na poszczególne typy nowotworów z komórek T i NK.

Grupa chorobowa	Zapadalność rejestrowana	Chorobowość rejestrowana
Chłoniak Hodgkina ¹³	3,4	35,7
Nowotwory z komórek histiocytarnych i dendrytycznych	0,2	2,7
choroby krwi i układu odpornościowego		
Niedokrwistości niedoborowe ¹⁴	53,7	359,6
Niedokrwistości hemolityczne (wrodzone) ¹⁵	1,8	13,7
Niedokrwistości hemolityczne (nabyte)	2,2	11,7
Niedokrwistości aplastyczne	1,5	10,6
Inne niedokrwistości	31,2	139,7
Zaburzenia krzepnięcia i skazy krwotoczne (wrodzone)	1,8	14,3
Zaburzenia krzepnięcia i skazy krwotoczne (nabyte)	33,4	227,2
Inne choroby krwi	42,9	287,0
Choroby układu odpornościowego (pierwotne)	32,8	164,7
Choroby układu odpornościowego (wtórne)	7,2	25,8
Choroby układu odpornościowego (nieokreślone)	31,1	145,9
Porfiria	0,4	3,3

Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ.

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

¹³Zapadalność i chorobowość rejestrowana w Polsce są zbliżone do danych SEER NCI.

¹⁴Wskaźniki rejestrowanej zapadalności i chorobowości szpitalnej dla chorych na niedokrwistości niedoborowe, a zwłaszcza na niedokrwistość z niedoboru żelaza są najprawdopodobniej niedoszacowane.

¹⁵W opinii ekspertów współpracujących z Ministerstwem Zdrowia niska rejestrowana zapadalność i chorobowość w Polsce wynika najprawdopodobniej z niedostatecznej rozpoznawalności tych chorób. Zwraca uwagę koncentracja pacjentów nowozdiagnozowanych w województwie mazowieckim i slaskim, co może wskazywać na odpowiednie zaplecze diagnostyczne w tych województwach.



EFEKTYWNE DZIAŁANIE
PRZEZ MAPOWANIE



Ministerstwo Zdrowia

Część II

Lecznictwo szpitalne - moduł A

2.1 Choroby układu kostno-mięśniowego

Choroby układu kostno-mięśniowego zostały podzielone na rozpoznania zapalne i niezapalne. Do grupy rozpoznań niezapalnych zaliczono grupy: choroby stawów, choroby kręgosłupa, choroby powięzi, ścięgien i tkanek miękkich (niezapalne), zaburzenia mineralizacji i struktury kości, choroby układowe tkanki łącznej oraz inne choroby układu kostno-mięśniowego i tkanki łącznej a do zapalnych: choroby układowe tkanki łącznej, artropatie wielostawowe zapalne, choroby powięzi, ścięgien i tkanek miękkich (zapalne), artropatie związane z zakażeniami oraz choroby mięśni. W niniejszym dokumencie przedstawiono analizy dla grup chorób stawów, chorób kręgosłupa, chorób układowych tkanki łącznej oraz artropatii wielostawowych zapalnych ze względu na największy udział tych grup rozpoznań. Szczegółowa analiza dla pozostałych grup została przedstawiona w mapie potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób układu kostno-mięśniowego.

Hospitalizacje grup zapalnych i niezapalnych można obserwować na różnych oddziałach i zakresach. Wyróżniono najważniejsze grupy zakresów: reumatologia, ortopedia, neurologia i neurochirurgia. Wartym zauważenia jest fakt, że udział rozpoznań zapalnych w ramach zakresów reumatologicznych (reumatologia - hospitalizacja i reumatologia dziecięca - hospitalizacja) wahał się między 42,2% a 98,4% (dla województwa kujawsko-pomorskiego średni udział to 84,6%).

Choroby stawów

W przypadku dzieci: w województwie kujawsko-pomorskim sprawozdano 0,22 tys. hospitalizacji w ramach tej podgrupy. Widoczne różnice w liczbie hospitalizacji na 100 tys. ludności: najmniej w woj. dolnośląskim (40,54), najwięcej w lubelskim (230,57). W woj. kujawsko-pomorskim wartość tego wskaźnika wyniosła 57,15. Na wartości tego wskaźnika może mieć wpływ migracja pacjentów. Jednak przy podobnym poziomie migracji, nadal są widoczne różnice między województwami np. województwa kujawsko-pomorskie i lubelskie: udział hospitalizacji pacjentów spoza województwa wyniósł odpowiednio 5,0% i 5,1%, podczas gdy liczba hospitalizacji na 100 tys. ludności wyniosła 57,15 i 230,57. 80% hospitalizacji zostało wykazanych przez 6 na 23 świadczeniodawców (26% wszystkich w województwie, którzy sprawozdali przynajmniej jednego pacjenta z tej grupy). Największy ze świadczeniodawców sprawozdał 26,9% wszystkich hospitalizacji. Udział JGP zabiegowych w województwie to 85,5%, w tym specjalistycznych zabiegowych¹⁶ 2,2% (w Polsce to odpowiednio 68,8% i 24,7%). Istnieją różnice pomiędzy świadczeniodawcami. U tych gdzie odnotowano co najmniej 50 hospitalizacji (2 w województwie) udział JGP zabiegowych wahał się między 74,6% a 87,0%.

W przypadku dorosłych (do 64 r. ż.): w województwie kujawsko-pomorskim sprawozdano 4,39 tys. hospitalizacji w ramach tej podgrupy. Widoczne różnice w liczbie hospitalizacji na 100 tys. ludności: najmniej w woj. lubelskim (274,77), najwięcej w warmińsko-mazurskim (500,44). W woj. kujawsko-pomorskim wartość tego wskaźnika wyniosła 313,34. Na wartości tego wskaźnika może mieć wpływ migracja pacjentów. Jednak przy podobnym poziomie migracji, nadal są widoczne różnice między województwami np. województwa opolskie i warmińsko-mazurskie: udział hospitalizacji pacjentów spoza województwa wyniósł odpowiednio 15,6% i 16,3%, podczas gdy liczba hospitalizacji na 100 tys. ludności wyniosła 365,17 i 500,44. 80% hospitalizacji zostało wykazanych przez 14 na 34 świadczeniodawców (41% wszystkich w województwie, którzy sprawozdali przynajmniej jednego pacjenta z tej grupy). Największy ze świadczeniodawców sprawozdał 10,8% wszystkich hospitalizacji. Udział JGP zabiegowych w województwie to 90,6%, w tym specjalistycznych zabiegowych¹⁷ 21,8% (w Polsce to odpowiednio 88,0% i 25,6%). Istnieją różnice pomiędzy świadczeniodawcami. U tych gdzie odnotowano co najmniej 50 hospitalizacji (20 w województwie) udział JGP zabiegowych wahał się między 0,0% a 100,0%. Średni czas hospitalizacji w województwie wyniósł 4,0 dnia i był równy wartości standaryzowanej (w Polsce średni czas hospitalizacji tych pacjentów to 4,2 dnia). U świadczeniodawców, u których odnotowano powyżej 50 hospitalizacji średni czas pobytu wyniósł 4,1 dnia (wahał się między 1,0 a 11,6 dnia).

¹⁶Tj. takie, których sprawozdanie nie było możliwe w zakresie chirurgia ogólna.

¹⁷Tj. takie, których sprawozdanie nie było możliwe w zakresie chirurgia ogólna.

W przypadku osób w wieku podeszłym: w województwie kujawsko-pomorskim sprawozdano 2,15 tys. hospitalizacji w ramach tej podgrupy. Udział JGP zabiegowych w województwie to 80,0%, w tym specjalistycznych zabiegowych¹⁸ 69,0% (w Polsce to odpowiednio 77,7% i 69,4%). Istnieją różnice pomiędzy świadczeniodawcami. U tych gdzie odnotowano co najmniej 50 hospitalizacji (12 w województwie) udział JGP zabiegowych wahał się między 0,0% a 98,2%. Średni czas hospitalizacji w województwie wynosił 7,3 dnia i był równy wartości standaryzowanej (w Polsce średni czas hospitalizacji tych pacjentów to 7,6 dnia). U świadczeniodawców, u których odnotowano powyżej 50 hospitalizacji średni czas pobytu wyniósł 7,9 dnia (wahał się między 5,1 a 11,9 dnia). Średni wiek pacjenta z tej grupy hospitalizowanego w tym województwie to 72,6 lat, natomiast udział hospitalizacji dla pacjentów ze współczynnikiem wielochorobowości różnym od 0 wyniósł 26,1%.

Choroby kręgosłupa

W przypadku dzieci: w województwie kujawsko-pomorskim sprawozdano 0,12 tys. hospitalizacji w ramach tej podgrupy. Widoczne różnice w liczbie hospitalizacji na 100 tys. ludności: najmniej w woj. lubuskim (12,87), najwięcej w małopolskim (82,08). W woj. kujawsko-pomorskim wartość tego wskaźnika wyniosła 30,80. Na wartości tego wskaźnika może mieć wpływ migracja pacjentów. Jednak przy podobnym poziomie migracji, nadal są widoczne różnice między województwami np. województwa pomorskie i świętokrzyskie: udział hospitalizacji pacjentów spoza województwa wyniósł odpowiednio 3,1% i 3,8%, podczas gdy liczba hospitalizacji na 100 tys. ludności wyniosła 14,50 i 48,32. 80% hospitalizacji zostało wykazanych przez 4 na 13 świadczeniodawców (31% wszystkich w województwie, którzy sprawozdali przynajmniej jednego pacjenta z tej grupy). Największy ze świadczeniodawców sprawozdał 32,2% wszystkich hospitalizacji. Udział JGP zabiegowych w województwie to 12,4%, w tym specjalistycznych zabiegowych¹⁹ 21,4% (w Polsce to odpowiednio 42,5% i 91,9%).

W przypadku dorosłych (do 64 r. ż.): w województwie kujawsko-pomorskim sprawozdano 4,17 tys. hospitalizacji w ramach tej podgrupy. Widoczne różnice w liczbie hospitalizacji na 100 tys. ludności: najmniej w woj. pomorskim (161,41), najwięcej w lubelskim (402,60). W woj. kujawsko-pomorskim wartość tego wskaźnika wyniosła 297,55. Na wartości tego wskaźnika może mieć wpływ migracja pacjentów. Jednak przy podobnym poziomie migracji, nadal są widoczne różnice między województwami np. województwa dolnośląskie i podkarpackie: udział hospitalizacji pacjentów spoza województwa wyniósł odpowiednio 6,6% i 6,2%, podczas gdy liczba hospitalizacji na 100 tys. ludności wyniosła 173,99 i 396,87. 80% hospitalizacji zostało wykazanych przez 8 na 29 świadczeniodawców (28% wszystkich w województwie, którzy sprawozdali przynajmniej jednego pacjenta z tej grupy). Największy ze świadczeniodawców sprawozdał 20,2% wszystkich hospitalizacji. Udział JGP zabiegowych w województwie to 65,1%, w tym specjalistycznych zabiegowych²⁰ 77,7% (w Polsce to odpowiednio 47,6% i 81,2%). Istnieją różnice pomiędzy świadczeniodawcami. U tych gdzie odnotowano co najmniej 50 hospitalizacji (12 w województwie) udział JGP zabiegowych wahał się między 0,0% a 100,0%. Średni czas hospitalizacji w województwie wynosił 4,4 dnia i był równy wartości standaryzowanej (w Polsce średni czas hospitalizacji tych pacjentów to 6,0 dnia). U świadczeniodawców, u których odnotowano powyżej 50 hospitalizacji średni czas pobytu wyniósł 4,3 dnia (wahał się między 1,4 a 7,1 dnia).

W przypadku osób w wieku podeszłym: w województwie kujawsko-pomorskim sprawozdano 1,04 tys. hospitalizacji w ramach tej podgrupy. Udział JGP zabiegowych w województwie to 55,9%, w tym specjalistycznych zabiegowych²¹ 79,6% (w Polsce to odpowiednio 33,5% i 71,4%). Istnieją różnice pomiędzy świadczeniodawcami. U tych gdzie odnotowano co najmniej 50 hospitalizacji (6 w województwie) udział JGP zabiegowych wahał się między 51,6% a 86,7%. Średni czas hospitalizacji w województwie wynosił 5,6 dnia i był równy wartości standaryzowanej (w Polsce średni czas hospitalizacji tych pacjentów to 7,1 dnia). U świadczeniodawców, u których odnotowano powyżej 50 hospitalizacji średni czas pobytu wyniósł 5,6 dnia (wahał się między 3,9 a 7,2 dnia). Średni wiek pacjenta z tej grupy hospitalizowanego w tym województwie to 72,6 lat, natomiast udział hospitalizacji dla pacjentów ze współczynnikiem wielochorobowości różnym od 0 wyniósł 30,8%.

¹⁸Tj. takie, których sprawozdanie nie było możliwe w zakresie chirurgia ogólna.

¹⁹Tj. takie, których sprawozdanie nie było możliwe w zakresie chirurgia ogólna.

²⁰Tj. takie, których sprawozdanie nie było możliwe w zakresie chirurgia ogólna.

²¹Tj. takie, których sprawozdanie nie było możliwe w zakresie chirurgia ogólna.

Choroby układowe tkanki łącznej

W przypadku dzieci: w województwie kujawsko-pomorskim sprawozdano 0,12 tys. hospitalizacji w ramach tej podgrupy. Widoczne różnice w liczbie hospitalizacji na 100 tys. ludności: najmniej w woj. świętokrzyskim (24,16), najwięcej w łódzkim (175,56). W woj. kujawsko-pomorskim wartość tego wskaźnika wyniosła 32,62. Na wartości tego wskaźnika może mieć wpływ migracja pacjentów. Jednak przy podobnym poziomie migracji, nadal są widoczne różnice między województwami np. województwa łódzkie i pomorskie: udział hospitalizacji pacjentów spoza województwa wyniósł odpowiednio 10,4% i 10,3%, podczas gdy liczba hospitalizacji na 100 tys. ludności wyniosła 175,56 i 67,38. 80% hospitalizacji zostało wykazanych przez 2 na 12 świadczeniodawców (17% wszystkich w województwie, którzy sprawozdali przynajmniej jednego pacjenta z tej grupy). Największy ze świadczeniodawców sprawozdał 76,8% wszystkich hospitalizacji. Pacjenci byli hospitalizowani najczęściej w zakresach reumatologia dziecięca - hospitalizacja (73,6%) i pediatria - hospitalizacja (12,8%). Natomiast dominujące oddziały pod względem hospitalizacji to oddział kardiologiczny dla dzieci (76,8%) i pediatriczny (12,0%). Hospitalizacje na oddziale reumatologicznym dla dzieci nie zostały odnotowane w tym województwie w przypadku tych pacjentów.

W przypadku dorosłych (do 64 r. ż.): w województwie kujawsko-pomorskim sprawozdano 1,92 tys. hospitalizacji w ramach tej podgrupy. Widoczne różnice w liczbie hospitalizacji na 100 tys. ludności: najmniej w woj. lubuskim (45,64), najwięcej w lubelskim (203,35). W woj. kujawsko-pomorskim wartość tego wskaźnika wyniosła 137,31. Na wartości tego wskaźnika może mieć wpływ migracja pacjentów. Jednak przy podobnym poziomie migracji, nadal są widoczne różnice między województwami np. województwa małopolskie i wielkopolskie: udział hospitalizacji pacjentów spoza województwa wyniósł w nich ok. 12,7%, podczas gdy liczba hospitalizacji na 100 tys. ludności wyniosła 88,04 i 176,29. 80% hospitalizacji zostało wykazanych przez 4 na 20 świadczeniodawców (20% wszystkich w województwie, którzy sprawozdali przynajmniej jednego pacjenta z tej grupy). Największy ze świadczeniodawców sprawozdał 53,6% wszystkich hospitalizacji. Pacjenci byli hospitalizowani najczęściej w zakresie reumatologia - hospitalizacja (91,1%). Natomiast dominujące oddziały pod względem hospitalizacji to oddział reumatologiczny (79,7%) i nefrologiczny (13,1%). Średni czas hospitalizacji w województwie wynosił 5,0 dnia i był równy wartości standaryzowanej (w Polsce średni czas hospitalizacji tych pacjentów to 7,3 dnia). U świadczeniodawców, u których odnotowano powyżej 50 hospitalizacji średni czas pobytu wyniósł 4,9 dnia (wahając się między 3,6 a 11,0 dnia).

W przypadku osób w wieku podeszłym: w województwie kujawsko-pomorskim sprawozdano 0,63 tys. hospitalizacji w ramach tej podgrupy. Pacjenci byli hospitalizowani najczęściej w zakresach reumatologia - hospitalizacja (86,3%) i choroby wewnętrzne - hospitalizacja (10,3%). Natomiast dominujące oddziały pod względem hospitalizacji to oddział reumatologiczny (74,1%) i nefrologiczny (14,5%). Średni czas hospitalizacji w województwie wynosił 6,8 dnia i był równy wartości standaryzowanej (w Polsce średni czas hospitalizacji tych pacjentów to 9,4 dnia). U świadczeniodawców, u których odnotowano powyżej 50 hospitalizacji średni czas pobytu wyniósł 6,6 dnia (wahając się między 4,3 a 11,2 dnia). Średni wiek pacjenta z tej grupy hospitalizowanego w tym województwie to 72,0 lat, natomiast udział hospitalizacji dla pacjentów ze współczynnikiem wielochorobowości różnym od 0 wyniósł 37,2%.

Artropatie wielostawowe zapalne

W przypadku dzieci: w województwie kujawsko-pomorskim sprawozdano 0,24 tys. hospitalizacji w ramach tej podgrupy. Widoczne różnice w liczbie hospitalizacji na 100 tys. ludności: najmniej w woj. opolskim (19,79), najwięcej w mazowieckim (81,98). W woj. kujawsko-pomorskim wartość tego wskaźnika wyniosła 62,11. Na wartości tego wskaźnika może mieć wpływ migracja pacjentów. Jednak przy podobnym poziomie migracji, nadal są widoczne różnice między województwami np. województwa mazowieckie i podlaskie: udział hospitalizacji pacjentów spoza województwa wyniósł odpowiednio 10,7% i 10,8%, podczas gdy liczba hospitalizacji na 100 tys. ludności wyniosła 81,98 i 44,19. 80% hospitalizacji zostało wykazanych przez 3 na 16 świadczeniodawców (19% wszystkich w województwie, którzy sprawozdali przynajmniej jednego pacjenta z tej grupy). Największy ze świadczeniodawców sprawozdał 58,8% wszystkich hospitalizacji. Pacjenci byli hospitalizowani najczęściej w zakresach reumatologia dziecięca - hospitalizacja (57,1%) i pediatria - hospitalizacja (16,4%). Natomiast dominujące oddziały pod wzglę-

dem hospitalizacji to oddział kardiologiczny dla dzieci (58,8%) i pediatryczny (16,8%). Hospitalizacje na oddziale reumatologicznym dla dzieci nie zostały odnotowane w tym województwie w przypadku tych pacjentów.

W przypadku dorosłych (do 64 r. ż.): w województwie kujawsko-pomorskim sprawozdano 0,70 tys. hospitalizacji w ramach tej podgrupy. Widoczne różnice w liczbie hospitalizacji na 100 tys. ludności: najmniej w woj. warmińsko-mazurskim (27,27), najwięcej w lubelskim (111,83). W woj. kujawsko-pomorskim wartość tego wskaźnika wyniosła 49,65. Na wartości tego wskaźnika może mieć wpływ migracja pacjentów. Jednak przy podobnym poziomie migracji, nadal są widoczne różnice między województwami np. województwa lubelskie i łódzkie: udział hospitalizacji pacjentów spoza województwa wyniósł odpowiednio 5,9% i 6,3%, podczas gdy liczba hospitalizacji na 100 tys. ludności wyniosła 111,83 i 39,05. 80% hospitalizacji zostało wykazanych przez 4 na 24 świadczeniodawców (17% wszystkich w województwie, którzy sprawozdali przynajmniej jednego pacjenta z tej grupy). Największy ze świadczeniodawców sprawozdał 30,6% wszystkich hospitalizacji. Pacjenci byli hospitalizowani najczęściej w zakresach reumatologia - hospitalizacja (81,0%) i choroby wewnętrzne - hospitalizacja (10,5%). Natomiast dominujące oddziały pod względem hospitalizacji to oddział reumatologiczny (71,5%) i nefrologiczny (12,5%). Średni czas hospitalizacji w województwie wyniósł 5,3 dnia, a jego wartość standaryzowana 5,4 dnia (w Polsce średni czas hospitalizacji tych pacjentów to 8,4 dnia). U świadczeniodawców, u których odnotowano powyżej 50 hospitalizacji średni czas pobytu wyniósł 4,7 dnia (wahając się między 3,8 a 6,1 dnia).

Endoprotezoplastyki stawu biodrowego, kolanowego i rewizyjne tych stawów

Przeanalizowano świadczenia endoprotezoplastyki stawu biodrowego, kolanowego oraz endoprotezoplastyki rewizyjne tych stawów. W 2014 roku, w województwie kujawsko-pomorskim, przynajmniej jedną hospitalizację z wymienionymi procedurami sprawozdało 14 świadczeniodawców. Dla wybranych typów endoprotezoplastyk, poniżej 90% minimalnej liczby świadczeń wykonywanych rocznie określonych rozporządzeniem²², sprawozdało odpowiednio 1 (8,3%), 4 (33,3%) i 4 (36,4%) świadczeniodawców wykonujących dane endoprotezoplastyki w województwie.

Istotnym elementem leczenia jest rehabilitacja w ciągu 42 dni po zabiegu endoprotezoplastyki. Województwa różnią się pod względem udziału pacjentów, którzy w tym czasie po zabiegu byli rehabilitowani:

- endoprotezoplastyki biodra: między 5,4% i 40,1%, średnio w Polsce 20,5%, w woj. kujawsko-pomorskim 40,1%,
- endoprotezoplastyki kolana: między 10,8% i 56,5%, średnio w Polsce 37,5%, w woj. kujawsko-pomorskim 56,5%,
- endoprotezoplastyki rewizyjne: między 5,4% i 19,6%, średnio w Polsce 12,8%, w woj. kujawsko-pomorskim 14,6%.

W województwie występowały różnice między świadczeniodawcami pod względem odsetka pacjentów, którzy w ciągu 42 dni po zabiegu endoprotezoplastyki stawu biodrowego, kolanowego czy rewizyjnej, byli poddani rehabilitacji (między 0 a 94,7% wśród świadczeniodawców, którzy wykazali więcej niż 90% minimalnej liczby świadczeń danego typu). Wysokie wartości tego odsetka mogą wskazywać na posiadanie własnego oddziału rehabilitacyjnego, albo dobrą współpracę z ośrodkiem rehabilitacyjnym.

2.2 Choroby układu nerwowego (neurologiczne wieku podeszłego)

Choroby układu nerwowego (neurologiczne wieku podeszłego) zostały podzielone na podstawie klasyfikacji ICD-10 na choroby naczyniowe mózgu oraz choroby zwyrodnieniowe mózgu. W ramach chorób na-

²²Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2016 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego

czyniowych mózgu analizie poddano udar niedokrwienny mózgu, krwotoki śródczaszkowy śródmózgowy oraz podpajęczynówkowy, przemijający atak niedokrwienny (ang. TIA, Transient Ischemic Attack) i inne choroby naczyń mózgowych. W przypadku chorób zwyrodnieniowych mózgu były to choroby zaburzeń ruchowych, w tym głównie choroba Parkinsona. W niniejszym dokumencie przedstawiono podsumowanie najważniejszych informacji dla wyżej wymienionych podgrup. Bardziej szczegółowa analiza dla pozostałych podgrup została przedstawiona w Mapie Potrzeb Zdrowotnych w zakresie chorób układu nerwowego (neurologiczne wieku podeszłego).

Udar niedokrwienny mózgu

W województwie kujawsko-pomorskim liczba hospitalizacji z rozpoznaniem Udar niedokrwienny mózgu wyniosła 4,2 tys..

W Polsce 14,3% hospitalizacji z powodu udaru niedokrwiennego mózgu odbyło się poza oddziałem neurologicznym. W województwie kujawsko-pomorskim odsetek ten był niższy od wartości ogólnopolskiej i wyniósł 2,8%. W województwie były 2 szpitale hospitalizujące znaczną liczbę pacjentów z udarem niedokrwiennym rocznie (powyżej 100 pacjentów), gdzie nie realizuje się zakresu neurologia – hospitalizacja A48, A51.

Odnotowano różnice w zakresie częstości leczenia trombolitycznego między ośrodkami hospitalizującymi chorych z udarem niedokrwiennym. Najmniejszy udział wyniósł 1,2% największy 13,9%. Należy zauważyć, że 1 szpital charakteryzowało się odsetkiem pacjentów leczonych trombolitycznie przekraczającym 10%. Odsetek pacjentów z udarem niedokrwiennym hospitalizowanych w ośrodkach, które nie stosują leczenia trombolitycznego wyniósł 3,4% i był niższy w stosunku do średniej wartości tego wskaźnika w Polsce (19,0%).

Śmiertelność standaryzowana wiekiem, płcią i współczynnikiem Charlson do 90 dni po przyjęciu z powodu choroby Udar niedokrwienny mózgu w województwie kujawsko-pomorskim wyniosła 20,5%, natomiast średnia w Polsce wyniosła 22,3%.

W województwie kujawsko-pomorskim odsetek pacjentów rehabilitowanych do 90 dni po przyjęciu wyniósł 38,1%, natomiast w Polsce wartość ta wyniosła 31,5%. Należy zwrócić uwagę, że wartość tego wskaźnika różni się pomiędzy poszczególnymi szpitalami.

Krwotok śródczaszkowy śródmózgowy

W województwie kujawsko-pomorskim liczba hospitalizacji z rozpoznaniem Krwotok śródczaszkowy śródmózgowy wyniosła 0,6 tys..

Śmiertelność standaryzowana wiekiem, płcią i współczynnikiem Charlson do 90 dni po przyjęciu z powodu choroby Krwotok śródczaszkowy śródmózgowy w województwie kujawsko-pomorskim wyniosła 46,3%, natomiast średnia w Polsce wyniosła 47,7%.

Odsetek hospitalizacji pacjentów z krwotokiem śródmózgowym śródczaszkowym, które odbyły się na oddziale neurochirurgicznym wyniósł 10,7% i była to wartość wyższa niż średnia w kraju (9,1%).

W województwie kujawsko-pomorskim odsetek pacjentów rehabilitowanych do 90 dni po przyjęciu wyniósł 30,0%, natomiast w Polsce wartość ta wyniosła 23,9%. Należy zwrócić uwagę, że wartość tego wskaźnika różni się pomiędzy poszczególnymi szpitalami.

TIA

W województwie kujawsko-pomorskim liczba hospitalizacji z rozpoznaniem TIA wyniosła 2,6 tys..

W województwie kujawsko-pomorskim odnotowano wyższy odsetek pacjentów (32,3%) z TIA hospi-

talizowanych poza oddziałami neurologicznymi niż średnia wartość tego parametru w Polsce (16,6%). Udział hospitalizacji dla których sprawozdano JGP A47 wyniósł 50,8% i był niższy niż średnia w kraju (64,2%). Jednocześnie odsetek ten różnił się między poszczególnymi szpitalami w analizowanym województwie.

Odsetek pacjentów, u których do 365 dni po hospitalizacji z rozpoznaniem TIA wystąpił Udar niedokrwienny mózgu, w województwie kujawsko-pomorskim wyniósł 2,7%, przy średniej w Polsce równej 3,0%.

Choroba Alzheimera i inne otępienia

W województwie kujawsko-pomorskim liczba hospitalizacji z rozpoznaniem Choroba Alzheimera i inne otępienia wyniosła 0,1 tys..

Biorąc pod uwagę znaczne różnice w liczbie nowych przypadków pojawiających się w publicznym systemie opieki zdrowotnej, można wnioskować o zaniżonej rozpoznawalności chorób otępiennych w niektórych województwach.

W przypadku hospitalizacji pacjentów z rozpoznaniem głównym z grupy Choroba Alzheimera i inne otępienia tylko u 52% pacjentów w Polsce wykonano konsultację psychologiczną, natomiast w województwie kujawsko-pomorskim było to 60,5%.

Powyższe dane mogą wynikać z braku systemowych rozwiązań dla tej grupy chorych, przede wszystkim brakiem dedykowanych procedur ambulatoryjnych oraz brakiem wyspecjalizowanych ośrodków medycznych.

Choroba Parkinsona i inne zaburzenia ruchowe

W województwie kujawsko-pomorskim liczba hospitalizacji z rozpoznaniem Choroba Parkinsona i inne zaburzenia ruchowe wyniosła 0,3 tys..

Liczba hospitalizacji na 100 tys. mieszkańców w grupie 'Choroba Parkinsona i inne zaburzenia ruchowe' jest znacznie zróżnicowana w poszczególnych województwach. W województwie kujawsko-pomorskim wyniosła 15,3 i była to 3 wartość w Polsce pod względem najwyższej wartości współczynnika.

Odnotowano zróżnicowany dostęp do procedur w różnych województwach, zwłaszcza biorąc pod uwagę sprawozdawczość JGP A03 (wszczepienie stymulatora struktura głębokich mózgu/stymulatora nerwu błędnego). W województwie kujawsko-pomorskim sprawozdano 17 hospitalizacji z tym JGP. W całym kraju natomiast odnotowano ich 273.

Krwotok śródczaszkowy podpajęczynówkowy

W województwie kujawsko-pomorskim liczba hospitalizacji z rozpoznaniem Krwotok śródczaszkowy podpajęczynówkowy wyniosła 0,2 tys..

Śmiertelność standaryzowana wiekiem, płcią i współczynnikiem Charlson do 90 dni po przyjęciu z powodu choroby Krwotok śródczaszkowy podpajęczynówkowy w województwie kujawsko-pomorskim wyniosła 30,6%, natomiast średnia w Polsce wyniosła 29,3%.

Na terenie województwa kujawsko-pomorskiego hospitalizacje z wykazaniem procedury zabiegowej były sprawozdawane przez 7 szpitali. Odsetek hospitalizacji, dla których sprawozdano procedurę embolizacji w województwie kujawsko-pomorskim wyniósł 23,3% (w Polsce 23,1%), natomiast odsetek hospitalizacji w czasie których sprawozdano procedurę neurochirurgia wyniósł 26,5% (w Polsce 18,2%).

W województwie kujawsko-pomorskim odsetek pacjentów rehabilitowanych do 90 dni po przyjęciu

wyniósł 21,1%, natomiast w Polsce wartość ta wyniosła 20,9%. Należy zwrócić uwagę, że wartość tego wskaźnika różni się pomiędzy poszczególnymi szpitalami.

2.3 Choroby układu nerwowego (inne niż wieku podeszłego)

Choroby układu nerwowego (inne niż wieku podeszłego) zostały podzielone na podstawie klasyfikacji ICD-10 na bóle głowy, choroby demielinizacyjne, choroby nerwowo-mięśniowe, choroby zwyrodnieniowe kręgosłupa, mononeuropatie, zespoły cieśni i radikulopatie, mózgowie porażenie dziecięce, padaczka, urazy głowy, urazy kręgosłupa, zapalenia mózgu, rdzenia i opon mózgowych. W niniejszym dokumencie przedstawiono podsumowanie najważniejszych informacji dla powyżej wymienionych podgrup. Szczegółowa analiza w podziale na dzieci i dorosłych została przedstawiona w mapie potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób 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 województwie kujawsko-pomorskim wynosił on 10,3% (1,9 tys. hospitalizacji). Z powodu bólów głowy odnotowano 89,30 hospitalizacji na 100 tys. ludności.

W jednym z 9 szpitali w województwie, które sprawozdały powyżej 50 hospitalizacji, pobyty z powodu bólów głowy stanowiły ponad 25% wszystkich hospitalizacji z powodu analizowanej grupy chorób.

W Polsce rezonans magnetyczny wykonywany jest w przypadku 29,3% hospitalizacji dorosłych z bólami głowy i w 31,8% hospitalizacji u dzieci. W województwie wartości te wynosiły odpowiednio 42,6% i 43,3%.

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). W województwie kujawsko-pomorskim liczba hospitalizacji wyniosła 1,3 tys.

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. Zwraca uwagę wojewódzka koncentracja świadczeń, co oznacza, że w województwie znajduje się co najwyżej kilka ośrodków dominujących w leczeniu chorób demielinizacyjnych. W województwie kujawsko-pomorskim 2 z 14 szpitali zrealizowały w sumie ponad 50% hospitalizacji dorosłych dla tego województwa. Pozostałe szpitale wykazały mniej niż 58 hospitalizacji w ciągu roku.

W Polsce rezonans magnetyczny wykonywany jest w przypadku 44,9% hospitalizacji dorosłych z chorobami demielinizacyjnymi. W województwie wartość ta kształtowała się na poziomie 53,0%.

Średnia wieku hospitalizowanych dorosłych pacjentów wynosiła 43,89, a wśród hospitalizowanych chorych przeważały kobiety (68,0%).

Zróżnicowany jest 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 19,2% w województwie opolskim do 34,3% w województwie podkarpackim). W województwie kujawsko-pomorskim udział pacjentów hospitalizowanych, którzy w ciągu 90 dni byli rehabilitowani wyniósł 22,8%. Należy również zwrócić uwagę, że wartość wskaźnika różni się pomiędzy poszczególnymi szpitalami w województwie, co wskazuje na potrzebę poprawy dostępu do rehabilitacji.

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). W województwie kujawsko-pomorskim wyniósł on 3,8% (0,7 tys. hospitalizacji).

Występują 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. W województwie kujawsko-pomorskim udział hospitalizacji spoza województwa wyniósł 10,1%. W województwie z powodu chorób nerwowo-mięśniowych odnotowano 33,31 hospitalizacji na 100 tys. ludności.

Zwraca uwagę wojewódzka koncentracja świadczeń. W województwie kujawsko-pomorskim 3 szpitale zrealizowały w sumie ponad 50% hospitalizacji dla tego województwa. Pozostałe szpitale wykazały mniej niż 74 hospitalizacji w ciągu roku. Koncentracja jest uzasadniona ze względu na charakter chorób nerwowo-mięśniowych.

Polineuropatia jest diagnozowana w większości szpitali, natomiast inne choroby nerwowo-mięśniowe głównie w wyspecjalizowanych ośrodkach. W 2 szpitalach (ze wszystkich, które sprawozdały ponad 50 hospitalizacji w ciągu roku) hospitalizacje z powodu chorób nerwowo-mięśniowych innych niż polineuropatie stanowiły więcej niż 50%.

Bardzo szczegółowa diagnostyka, jak na przykład biopsja mięśnia, wykonywana jest tylko w wyspecjalizowanych szpitalach. W województwie kujawsko-pomorskim procedura biopsji była wykonywana w 4 szpitalach.

Zwraca uwagę 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). W województwie kujawsko-pomorskim śmiertelność kształtowała się na poziomie 9,2%. Wysoka śmiertelność nie musi świadczyć o jakości leczenia wewnątrzszpitalnego. Może być warunkowana stopniem zaawansowania choroby lub dostępem do opieki długoterminowej w miejscu zamieszkania. W kolejnym kroku analizę śmiertelności należy pogłębić o analizę względem miejsca zamieszkania pacjenta.

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 województwie wartość ta wyniosła 6,0%.

Różnice w odestku hospitalizacji z plazmaferezą mogą wynikać z różnej dostępności do plazmaferezy. W 2 województwach (pomorskie oraz lubuskie) nie było żadnej hospitalizacji z leczeniem plazmaferezą. 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).

Również zwraca uwagę zróżnicowana dostępność do rehabilitacji 90 dni po hospitalizacji w poszczególnych województwach (od 22,5% w województwie zachodniopomorskim do 41,2% w województwie podkarpackim). W województwie kujawsko-pomorskim udział pacjentów hospitalizowanych, którzy w

ciągu 90 dni byli rehabilitowani wyniósł 25,9%.

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). W województwie kujawsko-pomorskim wynosił on 27,0% (4,9 tys. hospitalizacji).

Uwagę zwracają wysokie wartości wskaźnika hospitalizacji na 100 tys. ludności we wschodnich województwach. W województwie kujawsko-pomorskim z powodu chorób zwyrodnieniowych kręgosłupa odnotowano 233,79 hospitalizacji na 100 tys. ludności.

W ramach tej podgrupy hospitalizacje są równomiernie rozłożone (brak silnej koncentracji). Pacjenci z chorobami zwyrodnieniowymi kręgosłupa byli głównie hospitalizowani na oddziałach neurochirurgicznym (68,4%), chirurgii urazowo-ortopedycznej (1,0%) oraz neurologicznym (19,7%).

Leczenie jest zróżnicowane pomiędzy województwami i między świadczeniodawcami - zarówno co do liczby hospitalizacji jak i sposobu leczenia (zachowawcze lub zabiegowe). Odsetek hospitalizacji zabiegowych stanowił 50,1% w Polsce. W województwie kujawsko-pomorskim było to 67,3%. Wartość tego wskaźnika dla świadczeniodawców z województwa, którzy wykazali ponad 100 hospitalizacji przyjmowała wartości od 0,0% do 98,2%. W kolejnym kroku należałoby poszerzyć analizę o przepływ chorych z oddziałów zachowawczych na oddziały zabiegowe w perspektywie roku.

Zauważyć można, że w Polsce 49,9% stanowiły hospitalizacje zachowawcze, a tylko w przypadku 32,7% wszystkich hospitalizacji sprawozdano wykonanie rezonansu magnetycznego lub tomografii komputerowej kręgosłupa. W województwie odsetki te wynosiły odpowiednio 32,7% i 27,6%. 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.

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). Zróżnicowany jest wskaźnik udziału tej podgrupy chorób między województwami (od 11,3% w województwie kujawsko-pomorskim do 24,3% w województwie pomorskim). W województwie kujawsko-pomorskim liczba hospitalizacji wyniosła 2,0 tys. Z powodu mononeuropatii, zespołów cieśni i radikulopatii odnotowano 97,54 hospitalizacji na 100 tys. ludności.

Odsetek hospitalizacji zabiegowych stanowił 72,1% w Polsce. W województwie kujawsko-pomorskim było to 68,6%. Wartość tego wskaźnika dla świadczeniodawców z województwa, którzy wykazali ponad 100 hospitalizacji przyjmowała wartości od 24,6% do 82,8%.

Należałoby się zastanowić nad proporcją hospitalizacji zabiegowych. W kolejnym kroku należałoby przeanalizować jednostki chorobowe najczęściej leczone operacyjnie. Wydaje się, że część z procedur zachowawczych, które w województwie kujawsko-pomorskim stanowiły 31,4% mogłaby odbywać się w AOS.

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 województwie kujawsko-pomorskim liczba hospitalizacji wyniosła 1,7 tys.

Z powodu mózgowego porażenia dziecięcego, wczesnych zaburzeń rozwoju i encefalopatii odnotowano 163,89 hospitalizacji dzieci na 100 tys. dzieci oraz 60,89 hospitalizacji dorosłych na 100 tys. dorosłych.

W przypadku dzieci zwraca uwagę wojewódzka koncentracja świadczeń. W województwie kujawsko-pomorskim 3 szpitale zrealizowały w sumie ponad 80% hospitalizacji dzieci. Pozostałe szpitale wykazały mniej niż 24 hospitalizacje w ciągu roku.

Mediana czasu pobytu w szpitalu dzieci w Polsce wynosi 2 dni, co może wskazywać, że duża część pacjentów jest hospitalizowana jedynie w celach diagnostycznych. Mogłoby to być podstawą do stworzenia kompleksowej diagnostyki w ramach jednodniowej hospitalizacji z uwzględnieniem kosztów koniecznych badań (m.in. neuroobrazowych, metabolicznych i genetycznych).

Ograniczony jest dostęp do rehabilitacji finansowanej ze środków publicznych. W województwie kujawsko-pomorskim jedynie 24,8% spośród hospitalizowanych dzieci miało zapewnioną rehabilitację w ciągu 90 dni od zakończenia hospitalizacji (od 14,4% w województwie wielkopolskim do 49,5% w województwie świętokrzyskim).

Aktualny system raportowania nie uwzględnia kosztochłonnych procedur, takich jak badania metaboliczne czy genetyczne. 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). W województwie kujawsko-pomorskim wynosił on 10,8% (2,0 tys. hospitalizacji).

W Polsce 1012 (6,1%) dzieci było ponownie przyjmowanych 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 województwie wartość ta wyniosła 6,3%.

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 województwie kujawsko-pomorskim odsetek hospitalizacji pacjentów spoza województwa wynosił 6,5%. W województwie z powodu padaczki odnotowano 259,41 hospitalizacji dzieci na 100 tys. dzieci oraz 56,50 hospitalizacji dorosłych na 100 tys. dorosłych.

Stwierdza się zbliżone odsetki hospitalizacji ze sprawozdaną grupą JGP a67 padaczka - diagnostyka i leczenie > 3 dni (49,8%) i a66 padaczka - diagnostyka i leczenie (44,1%) w województwie kujawsko-pomorskim. Zwraca uwagę odsetek raportowanych badań USG przezczaszkowa - doppler (13,1%). Podstawą diagnostyki padaczki lekoopornej powinno być długoterminowe badanie wideo EEG (12h lub re-

jestracja napadu), jednak analizując dostępne dane nie można stwierdzić ile z wykonanych badań wideo EEG (które były wykonywane w 4 z 23 ośrodków hospitalizujących pacjentów z padaczką w województwie) spełniało powyższe wymagania, a co za tym idzie, nie można określić stopnia wykorzystania wideo EEG do diagnostyki padaczki lekoopornej. Co więcej, województwie kujawsko-pomorskim w przypadku 21,0% 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.

Udział rozpoznania stan padaczkowy (G41 wg klasyfikacji ICD-10) jest różny w poszczególnych szpitalach w województwie (0,6% - 23,1% w przypadku dorosłych i 2,2% - 9,9% w przypadku hospitalizacji dzieci wśród szpitali sprawozdających co najmniej 50 hospitalizacji z powodu padaczki).

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. Jedynie 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). W województwie kujawsko-pomorskim wynosił on 12,2% (2,2 tys. hospitalizacji). Z powodu urazów głowy odnotowano 105,67 hospitalizacji na 100 tys. ludności.

Zwraca uwagę duża różnica między średnim czasem pobytu (7,29 dni) a medianą czasu pobytu (4 dni) w województwie, 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). W województwie kujawsko-pomorskim liczba hospitalizacji wyniosła 0,7 tys. Z powodu urazów kręgosłupa odnotowano 33,21 hospitalizacji na 100 tys. ludności.

Zwraca uwagę zróżnicowana dostępność do rehabilitacji w poszczególnych województwach (od 13,4% w województwie świętokrzyskim do 30,7% w województwie lubuskim). W województwie kujawsko-pomorskim udział pacjentów dorosłych hospitalizowanych, którzy w ciągu 90 dni byli rehabilitowani wyniósł 25,3%.

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). W województwie kujawsko-pomorskim wynosił on 2,3% (0,4 tys. hospitalizacji). Z powodu zapaleń mózgu, rdzenia i opon mózgowych odnotowano 19,86 hospitalizacji na 100 tys. ludności.

W grupie 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. W województwie wartość ta wyniosła 4,8%.

Leczenie tych chorób jest mocno skoncentrowane w szpitalach z oddziałami zakaźnymi. W województwie kujawsko-pomorskim hospitalizacje w oddziałach zakaźnych stanowiły 1,0%.

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). W województwie kujawsko-pomorskim śmiertelność kształtowała się na poziomie 10,7%.

2.4 Choroby aorty i naczyń obwodowych z uwzględnieniem nadciśnienia tętniczego

Choroby aorty i naczyń obwodowych z uwzględnieniem nadciśnienia zostały podzielone na podstawie klasyfikacji ICD-10 na nadciśnienie tętnicze i nadciśnienie tętnicze odporne oraz choroby aorty i naczyń obwodowych. W nadciśnieniu wyodrębniono nadciśnienie tętnicze i nadciśnienie tętnicze odporne. W chorobach aorty i naczyń obwodowych miażdżycę tętnic, niedrożność i zwężenie tętnic szyjnych, tętniak odcinka brzuszego i tętnicy biodrowej niepęknięty oraz pęknięty, tętniak i tętniak rozwarstwiający aorty (z wyłączeniem tętniaka odcinka brzuszego) niepęknięty oraz pęknięty, tętniak innych tętnic, zator i zakrzep tętniczy, zakrzepica lub zatorowość płucna, owrzodzenia, żylaki kończyn, obrzęk chłonny, miażdżycę tętnicy nerkowej oraz inne choroby naczyń, a także amputacje kończyn z przyczyn naczyniowych, niezależnie od rozpoznania.

W niniejszym dokumencie przedstawiono podsumowanie najważniejszych informacji dla nadciśnienia tętniczego i nadciśnienia tętniczego opornego, miażdżycy tętnic, amputacji kończyn, niedrożności i zwężenia tętnic szyjnych, tętniaka odcinka brzuszego i tętnicy biodrowej niepękniętego oraz pękniętego, tętniaka i tętniaka rozwarstwiającego aorty (z wyłączeniem tętniaka odcinka brzuszego), zatoru i zakrzepu tętniczego, zakrzepicy lub zatorowości płucnej, żylaków kończyn i owrzodzeń kończyn. Szczegółowa analiza

dla pozostałych podgrup została przedstawiona w mapie potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób aorty, naczyń obwodowych z uwzględnieniem nadciśnienia tętniczego.

Nadciśnienie tętnicze i nadciśnienie tętnicze oporne

W województwie kujawsko-pomorskim liczba hospitalizacji z rozpoznaniem nadciśnienie tętnicze (w tym nadciśnienie tętnicze oporne) wyniosła 4,26 tys. Nadciśnienie tętnicze najczęściej leczone jest w warunkach ambulatoryjnych i hospitalizacje z jego powodu stanowią stosunkowo niewielki odsetek wśród wszystkich hospitalizacji (0,94% w województwie). Należy mieć jednak na uwadze fakt, że obserwuje się duży odsetek hospitalizacji, gdzie nadciśnienie tętnicze jest rozpoznaniem współistniejącym (w województwie było 4,26 tys. hospitalizacji z rozpoznaniem głównym nadciśnienie tętnicze i 45,11 tys. hospitalizacji z rozpoznaniem współistniejącym), co sprawia że rzeczywista liczba chorych leczonych w warunkach szpitalnych jest wyższa.

Przyjęcia do szpitali z rozpoznaniem głównym nadciśnienie tętnicze (z wyłączeniem nadciśnienia opornego) odbywały się głównie w trybie nagłym. W województwie przyjęcia w trybie nagłym stanowiły 60,72%, zaś w Polsce 63,24%. Można zaobserwować zróżnicowany czas hospitalizacji z powodu nadciśnienia tętniczego (z wyłączeniem nadciśnienia opornego) pomiędzy świadczeniodawcami (najdłuższy w województwie średni czas pobytu (w dniach) wynosił 9,2, najkrótszy 2,1. Zwracają uwagę świadczeniodawcy z dłuższym czasem hospitalizacji i większym odsetkiem ponownych przyjęć. W Polsce średni czas hospitalizacji wynosił (w dniach) 4,30, zaś w województwie 3,53. Odsetek ponownych przyjęć (w ciągu 90 dni w dowolnym szpital z rozpoznaniem z grupy) wynosił w Polsce 2,82%, zaś w województwie 2,97%.

W województwie liczba hospitalizacji z powodu nadciśnienia tętniczego opornego wyniosła 0,56 tys. Liczba ta wydaje się być zaniżona w stosunku do rzeczywistej liczby chorych. Wynika to prawdopodobnie z jakości danych dostępnych w systemie sprawozdawczości. W województwie hospitalizacje pacjentów z rozpoznaniem nadciśnienie tętnicze oporne charakteryzują się niższym odsetkiem przyjęć w trybie nagłym niż hospitalizacje z powodu pozostałych przypadków nadciśnienia tętniczego (w województwie 41,83% w przypadku nadciśnienia tętniczego opornego i 60,72% w przypadku nadciśnienia tętniczego), przy czasie oczekiwania na przyjęcie (mediana czasu oczekiwania od wystawienia skierowania do przyjęcia w dniach) równemu 19 dni i jednocześnie wyższym współczynnikiem rehospitalizacji w ciągu 90 dni (3,77% w przypadku nadciśnienia tętniczego opornego, 2,97% w pozostałych przypadkach). 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 znaczne potrzeby w zakresie opieki nad pacjentami z nadciśnieniem tętniczym.

Choroby aorty i naczyń obwodowych

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).

Niewielki odsetek sprawozdanych hospitalizacji z powodu chorób aorty i naczyń obwodowych realizowany jest na oddziałach angiologicznych/ w ramach zakresu angiologia. W województwie 6,64% hospitalizacji z powodu chorób aorty i naczyń obwodowych realizowano w oddziałach angiologicznych. Równocześnie 6,78% wśród wszystkich hospitalizacji z powodu chorób aorty i naczyń obwodowych sprawozdano w ramach zakresu angiologia. W dalszych analizach należy zwrócić uwagę na dostępność do lekarzy angiologów w ramach publicznej opieki zdrowotnej.

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 do leczenia zabiegowego. Powyższe wiąże się również z koniecznością oceny wyposażenia tego typu poradni w aparaturę diagnostyczną jak również dostępności specjalistycznych badań diagnostycznych dla pacjentów w danym regionie (województwie).

W ramach dalszych analiz konieczna jest także 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.

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.

Nie istnieją w Polsce oddziały chirurgii naczyń dedykowane populacji pacjentów pediatrycznych - w dalszych analizach konieczne jest określenie możliwości zaopatrzenia naczyniowego tej grupy pacjentów zarówno w ośrodkach pediatrycznych jak i innych ośrodkach posiadających potencjalne możliwości leczenia tej grupy chorych. Podobny problem dotyczy poradnictwa w ramach AOS dla tej grupy pacjentów w skali całego kraju.

Miażdżyca tętnic

W województwie kujawsko-pomorskim liczba hospitalizacji z rozpoznaniem miażdżyca tętnic wyniosła 3,10 tys. W oparciu o obecnie dostępny system sprawozdawczości brak jest możliwości rozróżnienia w sprawozdawczości 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. W hospitalizacjach z powodu miażdżycy tętnic dominują przyjęcia w trybie nagłym (71,50% w województwie, 59,67% w Polsce). 29,63% hospitalizacji w województwie z rozpoznaniem miażdżycy tętnic było realizowanych w oddziałach chirurgii ogólnej (definiowanej wg VIII części kodu resortowego).

W województwie hospitalizacje z wyróżnionymi procedurami zabiegowymi²³ stanowią 45,30% hospitalizacji z powodu miażdżycy tętnic. W Polsce udział ten wynosił 30,82%.

Spośród 28 ośrodków hospitalizujących w 2014 roku pacjentów z rozpoznaniem miażdżyca tętnic w województwie kujawsko-pomorskim 7 sprawozdało hospitalizacje z tym rozpoznaniem w ramach oddziału naczyniowego lub zakresu chirurgii naczyniowej (w tym: 6 ośrodków sprawozdających hospitalizacje w ramach zakresu 'Chirurgia naczyniowa - hospitalizacja' w tym: 1 ośrodek sprawozdający hospitalizacje w ramach zakresu 'Chirurgia Naczyniowa hospitalizacja II poziom referencyjny'). Czas oczekiwania na hospitalizację planową w oddziałach chirurgii naczyniowej/w ramach zakresu chirurgii naczyniowa pacjentów z miażdżycą tętnic w województwie wyniósł 13 dni (mediana czasu oczekiwania liczona od daty wystawienia skierowania do przyjęcia do szpitala). W aspekcie tych danych zwrócić należy uwagę na odsetek przyjęć nagłych - ośrodki te sprawozdały 75,20% hospitalizacji w trybie nagłym.

Można zaobserwować zróżnicowanie między świadczeniodawcami pod względem liczby sprawozdawanych zabiegów, zarówno zabiegów chirurgicznych naczyniowych (w tym zabiegów obwodowych²⁴ lub w

²³Kody 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,

²⁴ICD9-CM: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

odcinku brzuszny²⁵), jak i zabiegów wewnątrznaczyniowych²⁶. Szczególne różnice dotyczą chorych, u których wykonywane są chirurgiczne zabiegi naczyniowe w odcinku brzuszny. Powyższe obserwacje tłumaczyć można zarówno stałym rozwojem metod wewnątrznaczyniowych w ośrodkach naczyniowych jak i selekcją chorych wymagających leczenia w ośrodku dysponującym możliwościami leczenia zarówno choroby podstawowej, jak i jej szeroko pojętych powikłań.

Należy zwrócić uwagę na niepokojący z punktu widzenia możliwości zapewnienia dostępu do pełnego zakresu leczenia fakt, że w województwie 2 ośrodki sprawozdały wykonanie mniej niż 10 (i więcej niż zero) 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.

Coraz większa liczba zabiegów w ośrodkach naczyniowych wykonywanych jest wewnątrznaczyniowo – w województwie odsetek chorych, u których wykonano zabieg wewnątrznaczyniowy z powodu miażdżycy tętnic wyniósł 32,86%, przy 21,54% dla całej Polski (dotyczy całej populacji chorych hospitalizowanych z tym schorzeniem). W poszczególnych ośrodkach występuje zróżnicowany odsetek pacjentów leczonych chirurgicznie i wewnątrznaczyniowo. Zwraca uwagę występująca w niektórych ośrodkach przewaga jedynie jednego typu leczenia.

Obserwuje się zróżnicowanie w śmiertelności po operacjach naczyniowych w odcinku brzuszny pomiędzy województwami. Województwo charakteryzowało się niższą standaryzowaną śmiertelnością wewnątrzszpitalną (4,30%) niż wartość ogólnopolska (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.

Niewielki odsetek hospitalizacji był poprzedzony w ciągu 90 dni wizytą w poradni (22,36% w województwie, 27,62% 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.

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.

Amputacje

W województwie kujawsko-pomorskim liczba hospitalizacji ze sprawozdaniem amputacji dużej wyniosła 0,48 tys. Obserwuje się wysoki odsetek pierwotnych dużych amputacji²⁷ kończyny dolnej z przyczyn naczyniowych. W województwie odsetek amputacji pierwotnych (tj. niepoprzedzonych interwencją naczyniową w okresie 4 lat przed amputacją – wg przyjętej definicji warunkowanej dostępnością danych systemu sprawozdawczości) wyniósł 50,7% amputacji dużych (w porównaniu do wartości dla Polski 51,6%).

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 (znaczna 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. Nie-

²⁵ICD9-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

²⁶ICD9-CM: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

²⁷ICD9-CM:84.05, 84.06, 84.07, 84.08, 84.09, 84.13, 84.14, 84.151, 84.169, 84.171, 84.172, 84.173, 84.174, 84.18, 84.003, 84.101, 84.31

mniej jednak należy regularnie monitorować wartość tego wskaźnika.

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.

Niedrożność i zwężenie tętnic szyjnych

W województwie kujawsko-pomorskim liczba hospitalizacji z rozpoznaniem niedrożności i zwężenia tętnic szyjnych wyniosła 0,62 tys. Można zaobserwować zróżnicowaną liczbę zabiegów (zarówno chirurgicznych²⁸ jak i wewnątrznaczyniowych²⁹) w ośrodkach. Największa liczba sprawozdanych zabiegów zarówno chirurgicznych jak i wewnątrznaczyniowych z analizowanym rozpoznaniem u świadczeniodawcy funkcjonującego w województwie wyniosła 127 zabiegów, a najmniejsza (poza 0) 6. Zwraca uwagę występująca w niektórych ośrodkach przewaga jedynie jednego typu leczenia.

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 2014 roku w Polsce w 14 ośrodkach wykonano poniżej 10 (i jednocześnie więcej niż zero) zabiegów chirurgicznych³⁰ oraz odpowiednio w 24 ośrodkach wykonano więcej niż 0 i mniej niż 10 zabiegów wewnątrznaczyniowych na tętnicach szyjnych.³¹ w województwie liczba ośrodków, które sprawozdały wykonanie poniżej 10 i więcej niż zero zabiegów chirurgicznych wynosi 1. Jednocześnie 2 sprawozdały wykonanie poniżej 10 i więcej niż zero zabiegów wewnątrznaczyniowych). Powyższe obserwacje stawiają pod znakiem zapytania realną możliwość zachowania właściwej jakości leczenia jak również zapewnienia możliwości szkolenia personelu w tym zakresie.

W Polsce w hospitalizacjach z powodu niedrożności i zwężenia tętnic szyjnych przeważają przyjęcia w trybie planowym (63,29% w Polsce, 52,51% w województwie). 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 % wystąpił udar mózgu lub TIA przed hospitalizacją. Powyższe braki uniemożliwiają wiarygodną ocenę wyników leczenia z podziałem na zabiegi wykonywane u chorych objawowych i bezobjawowych

W Polsce 7,16% hospitalizacji w tej grupie chorych zakończyło się ponowną hospitalizacją na oddziale neurologicznym do 365 dni. W województwie wartość ta wynosiła 12,30%.

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 odcinka brzuszego i tętnicy biodrowej (niepęknięty)

W województwie kujawsko-pomorskim liczba hospitalizacji z rozpoznaniem tętniaka odcinka brzuszego i tętnicy biodrowej (niepęknięty) wyniosła 0,42 tys. Można zaobserwować zróżnicowanie między świadczeniodawcami pod względem liczby sprawozdawanych zabiegów chirurgicznych³² i wewnątrznaczyniowych³³ wykonywanych z powodu tętniaka aorty brzusznej i tętnicy biodrowej. W Polsce zaznacza się przewaga leczenia wewnątrznaczyniowego tętniaka aorty brzusznej i tętnicy biodrowej nad leczeniem chirurgicznym — 36,27% zabiegów wykonano wewnątrznaczyniowo, a 20,91% w oparciu o otwarte zabiegi chirurgiczne (dane dla województwa odpowiednio: 51,20%, i 16,11%) - dotyczy całej populacji chorych hospitalizowanych z tym schorzeniem.

²⁸ICD9-CM38.112, 38.122, 38.132, 38.142, 38.192, 38.312, 38.313

²⁹ICD9-CM00.631, 00.633, 00.634

³⁰ICD9-CM: 38.112, 38.122, 38.132, 38.142, 38.192, 38.312, 38.313.

³¹ICD9-CM: 00.631, 00.633, 00.634

³²ICD9-CM:38.324, 38.414, 38.424, 38.426, 38.64, 38.816, 39.251, 39.252, 39.255, 39.256, 39.257

³³ICD9-CM:39.711, 39.712, 39.713

Zwraca uwagę duże zróżnicowanie w zakresie odsetka chorych leczonych wewnątrznaczyniowo w poszczególnych ośrodkach w województwie. Równocześnie część ośrodków wykazała niewielką liczbę zabiegów wykonywanych przy pomocy tradycyjnego leczenia chirurgicznego tętniaka aorty brzusznej – liczba ośrodków, gdzie sprawozdano wykonanie mniej niż 10 i więcej niż zero tego typu zabiegów wyniosła 2.

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 równocześnie dużym odsetku pacjentów leczonych wewnątrznaczyniowo także w tych ośrodkach).

Pogłębionej analizie 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 leczonych pacjentów.

W dalszych etapach analizie, 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 dotyczącego palących mężczyzn po 60 roku życia).

Tętniak odcinka brzuszego i tętnicy biodrowej (pęknięty)

W województwie sprawozdano 42 hospitalizacji z rozpoznaniem pęknięty tętniak aorty brzusznej lub tętnicy biodrowej, z czego w przypadku 35 sprawozdano wykonanie zabiegu, w tym: 33 zabiegi chirurgiczne i 2 zabiegi wewnątrznaczyniowe. 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 wewnątrznaczyniowym).

Istnieje znaczne zróżnicowanie pomiędzy ośrodkami w aspekcie liczby hospitalizowanych chorych z pękniętym tętniakiem aorty brzusznej lub tętnicy biodrowej – w poszczególnych ośrodkach leczeniu poddano w ciągu roku od 1 do 14 chorych z pękniętym tętniakiem aorty brzusznej lub tętnicy biodrowej (mediana dla województwa wyniosła 2, a średnia 4 pacjentów).

Zwraca uwagę fakt, że w niektórych ośrodkach wykonywane są jedynie pojedyncze operacje pękniętego tętniaka aorty brzusznej i/lub tętnicy biodrowej – w 4 ośrodkach wykonano więcej niż zero i mniej niż 5 operacji, a w 4 ośrodkach zaledwie 1 lub 2 tego rodzaju operacji w skali roku. W Polsce w 2014 r. funkcjonowały 62 ośrodki sprawozdające wykonanie co najmniej 1 i mniej niż 5 operacji pękniętego tętniaka aorty brzusznej lub tętnicy biodrowej, w tym 52 ośrodki sprawozdające wykonanie jednego lub dwóch zabiegów w skali roku.

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. Standaryzowana śmiertelność wewnątrzszpitalna u chorych z pękniętym tętniakiem aorty brzusznej lub tętnicy biodrowej poddawanych leczeniu chirurgicznemu w Polsce wyniosła 57,89%, w przypadku zabiegów wewnątrznaczyniowych było to 32,54%. W województwie odpowiednie wartości wyniosły 47,40% i 17,46%.

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 aorty (z wyłączeniem tętniaka odcinka brzuszego)

W województwie kujawsko-pomorskim liczba hospitalizacji z rozpoznaniem tętniak i tętniak rozwarstwiający aorty (z wyłączeniem tętniaka odcinka brzuszego) wyniosła 0,16 tys. W województwie odsetek chorych hospitalizowanych z tym rozpoznaniem w trybie nagłym wyniósł 50% (w Polsce odpowiednio 52%), a jedynie 7% wszystkich przyjęć z tym schorzeniem poprzedzonych było w ciągu 90 dni wizytą w AOS (w Polsce 8%). W oparciu o obecnie dostępny system raportowania brak jest możliwości oceny wyników leczenia wewnątrznaczyniowego w odniesieniu do rodzaju stwierdzonej patologii (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 rozpoznań 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

Liczba hospitalizacji w powodu obwodowych zakrzepów i zatorów tętniczych w Polsce wynosi 6,03 tys., w województwie 0,25 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 tys. mieszkańców populacji z tym rozpoznaniem pomiędzy województwami.

Większość pacjentów z rozpoznaniem zakrzep i zator tętniczy hospitalizowanych jest w trybie nagłym (w Polsce 91%, w województwie 91%).

Leczenie chorych z zaturem i zakrzepem tętniczym nadal wiąże się z relatywnie wysoką śmiertelnością oraz wysokim odsetkiem amputacji w Polsce. Odpowiednio po leczeniu chirurgicznym: standaryzowana śmiertelność 8,64%, amputacje 5,96%; po leczeniu wewnątrznaczyniowym: standaryzowana śmiertelność 3,31%, amputacje 4,62%. Dane dla województwa to odpowiednio: po leczeniu chirurgicznym: standaryzowana śmiertelność: 7,88%, amputacje 7,64%; po leczeniu wewnątrznaczyniowym: standaryzowana śmiertelność 0%, amputacje 4,55%.

Ze względu na sposób sprawozdawczości i sprawozdawanie najlepiej wycenionych procedur, 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.

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 zestawione z odsetkiem amputacji w tej grupie pacjentów.

Istotną informacją jest również odsetek chorych, którzy wcześniej podlegali leczeniu i kontroli w poradniach chorób naczyń i poradniach chirurgii naczyń. W województwie 23,8% hospitalizacji planowych było poprzedzonych w ciągu 90 dni wizytą w tego typu poradni. W Polsce było to 21,0%.

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 lub zatorowość płucna

W województwie kujawsko-pomorskim liczba hospitalizacji z rozpoznaniem zakrzepicy lub zatorowości płucnej wyniosła 1,27 tys. Oddziałem o największej liczbie hospitalizacji z powodu zakrzepicy i/lub zatorowości płucnej w województwie był oddział chirurgiczny ogólny.

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).

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.

Żyłki kończyn

W województwie kujawsko-pomorskim liczba hospitalizacji z rozpoznaniem żyłki kończyn wyniosła 4,21 tys. Większość zabiegów operacyjnych żyłaków kończyn dolnych w ramach publicznego systemu opieki zdrowotnej wykonano w 2014 roku poza ośrodkami naczyniowymi – największą liczbą hospitalizacji w województwie charakteryzował się oddział chirurgiczny ogólny.

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 nie ma możliwości oceny sposobu leczenia zachowawczego przewlekłej choroby żyłnej. Brak informacji na temat stosowania leczenia uciskowego i innych form leczenia.

Na podstawie obecnie dostępnych danych brak możliwości oceny wyników i jakości leczenia – odsetek reoperacji, ocena ryzyka żyłaków nawrotowych.

Owrzodzenia kończyn

W województwie kujawsko-pomorskim liczba hospitalizacji z rozpoznaniem owrzodzenia wyniosła 0,79 tys. Na podstawie danych sprawozdawczych brak jest możliwości wnioskowania na temat liczby nowych przypadków owrzodzeń kończyn dolnych – w województwie zapadalność rejestrowana, która wskazuje na minimalną liczbę nowych przypadków wyniosła w 2014 r. 2 tys. 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.

Największą liczbą hospitalizacji z powodu owrzodzeń kończyny dolnej charakteryzuje się oddział dermatologiczny – 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).

2.5 Choroby układu oddechowego (przewlekłe)

Choroby układu oddechowego (przewlekłe) zostały podzielone na podstawie klasyfikacji ICD-10 na astmę, przewlekłą obturacyjną chorobę płuc, mukowiscydozę, choroby śródmiąższowe płuc, zaburzenia oddychania w czasie snu, przewlekłe zapalne choroby płuc oraz niewydolność oddychania. W niniejszym dokumencie przedstawiono podsumowanie najważniejszych informacji dla astmy, przewlekłej obturacyjnej choroby płuc, mukowiscydozy, choroby śródmiąższowej płuc, zaburzeń oddychania w czasie snu i

niewydolności oddychania. Szczegółowa analiza dla wszystkich grup chorób oraz analiza w podziale na dzieci i dorosłych została przedstawiona w Mapie Potrzeb Zdrowotnych w zakresie chorób układu oddechowego (przewlekłych).

Eksperti medyczni współpracujący z Departamentem Analiz i Strategii wskazali, że w większości przypadków oddział chorób płuc oraz oddział gruźlicy i chorób płuc pełnią te same funkcje w funkcjonowaniu szpitala, a różnica w nazewnictwie wynika z dawniej przyjętej konwencji. Należy rozważyć, czy obecnie ten podział powinien zostać utrzymany. Aby umożliwić potwierdzenie tej tezy, w Mapach Potrzeb Zdrowotnych oddziały te zostały wykazane odrębnie. W województwie kujawsko-pomorskim 49% hospitalizacji z rozpoznaniem głównym z grupy 'Choroby układu oddechowego (przewlekłe)' odbyło się na oddziałach chorób płuc, a 8% na oddziałach gruźlicy i chorób płuc.

Astma

W 2014 roku w województwie kujawsko-pomorskim odnotowano 2,95 tys. hospitalizacji z powodu astmy. Leczenie chorób populacyjnych nie musi być centralizowane, w związku z czym mała koncentracja świadczeń jest zjawiskiem prawidłowym, należy jednak podkreślić, że pacjenci z ciężkim przebiegiem tych schorzeń i powikłaniami powinni być kierowani do szpitali, które dysponują oddziałami specjalistycznymi. W województwie kujawsko-pomorskim 79% hospitalizacji z grupy Astma u dorosłych miało miejsce w 8 szpitalach (29% wszystkich szpitali z tego województwa). Wśród pacjentów poniżej 18. roku życia w województwie kujawsko-pomorskim 79% hospitalizacji miało miejsce w 5 szpitalach (25% wszystkich szpitali z tego województwa).

W województwie kujawsko-pomorskim odnotowano wyższą od wartości dla Polski liczbę hospitalizacji na 100 tys. ludności (dorośli), która wynosi ok. 131,04 hospitalizacji (w Polsce 91,57). Różnica w liczbie hospitalizacji może wynikać z jakości sprawozdawczości szpitalnej w tym województwie, niskiej dostępności specjalistycznej opieki ambulatoryjnej, uwarunkowań demograficznych i środowiskowych. Z tego względu rekomendacje dla działań powinny być podjęte przy współpracy z właściwym konsultantem wojewódzkim.

W przypadku omawianej grupy chorób występuje znacząca sezonowość liczby hospitalizacji, co wpływa na wariację w wykorzystaniu zasobów np. łóżek szpitalnych, kadry medycznej, a zatem stanowi wyzwanie dla organizacji elastycznej opieki zdrowotnej. W województwie kujawsko-pomorskim maksymalna dzienna liczba hospitalizowanych pacjentów powyżej 18. roku życia wyniosła 62 os., minimalna 9 os., natomiast średnia 36,1. W przypadku dzieci hospitalizowanych w województwie kujawsko-pomorskim maksymalna dzienna liczba hospitalizowanych pacjentów wyniosła 18 os., minimalna 1 os., natomiast średnia 6,7.

W przypadku dorosłych zauważalny jest porównywalny do reszty kraju odsetek pacjentów, którym w ciągu 90 dni od daty zakończenia hospitalizacji udzielono świadczenia rehabilitacyjnego – 9,7% w województwie kujawsko-pomorskim. Mimo iż omawiane województwo charakteryzuje się dostępnością do świadczeń rehabilitacyjnych na poziomie średniej krajowej, nadal oznacza to ograniczoną dostępność do rehabilitacji finansowanej przez płatnika publicznego. Analiza pacjentów poniżej 18. roku życia wykazała wyższy w porównaniu do reszty kraju odsetek pacjentów, którym w ciągu 90 dni od daty zakończenia hospitalizacji udzielono świadczenia rehabilitacyjnego – 6,5% w województwie kujawsko-pomorskim, natomiast w Polsce 5,3%. Warto dodać, że analizowane są wszystkie zakresy rehabilitacji (a nie tylko pulmonologiczna).

Zarówno w grupie dorosłych jak i dzieci zastanawia duże zróżnicowanie udziału stanów astmatycznych (J46) wśród wszystkich hospitalizacji z powodu astmy obserwowane pomiędzy województwami (dla dorosłych - wartość minimalna: 1%, wartość maksymalna 13%; dla dzieci - wartość minimalna: 0,3%, wartość maksymalna 8%). W województwie kujawsko-pomorskim odsetek przyjęć planowych w grupie Astma u dorosłych wyniósł 34,3% (w Polsce: 43,8%). Pozostali pacjenci zostali przyjęci w trybie nagłym. Eksperti wskazują, że w tym trybie powinni być przyjmowani głównie pacjenci ze stanem astmatycznym (J46), podczas gdy odsetek pacjentów przyjętych w trybie nagłym jest zdecydowanie wyższy niż udział pacjentów ze stanem astmatycznym. W przypadku pacjentów poniżej 18. roku życia w województwie kujawsko-pomorskim odsetek przyjęć planowych wyniósł 61,7% (w Polsce: 67,4%).

Analiza rozmieszczenia placówek realizujących program lekowy 'Leczenie ciężkiej astmy alergicznej IgE zależnej omalizumabem' wskazała, że dostępność do tego programu lekowego jest zabezpieczona we wszystkich województwach. Warto podkreślić, że dzieci od 12. roku życia mogą otrzymywać leczenie w programie lekowym we wszystkich ośrodkach (także tych leczących dorosłych).

W województwie kujawsko-pomorskim odsetek hospitalizacji pacjentów powyżej 18. roku życia, w czasie których sprawozdano procedury: Badania czynnościowe wynosił odpowiednio: 53,1% (w Polsce: 56,6%). W grupie pacjentów poniżej 18. roku życia odsetek hospitalizacji, w czasie których sprawozdano procedury: Badania czynnościowe wynosił odpowiednio: 13,5% (w Polsce: 35,8%).

Przewlekła obturacyjna choroba płuc

W 2014 roku w województwie kujawsko-pomorskim odnotowano 2,34 tys. hospitalizacji z powodu rozpoznania zakwalifikowanych jako Przewlekła obturacyjna choroba płuc. Leczenie chorób populacyjnych nie musi być centralizowane, w związku z czym mała koncentracja świadczeń jest zjawiskiem prawidłowym, należy jednak podkreślić, że pacjenci z ciężkim przebiegiem tych schorzeń i powikłaniami powinni być kierowani do szpitali, które dysponują oddziałami specjalistycznymi. W województwie kujawsko-pomorskim 78% hospitalizacji z grupy Przewlekła obturacyjna choroba płuc miało miejsce w 11 szpitalach (39% wszystkich szpitali z tego województwa).

W przypadku omawianej grupy chorób występuje znacząca sezonowość liczby hospitalizacji, co wpływa na wariację w wykorzystaniu zasobów np. łóżek szpitalnych, kadry medycznej, a zatem stanowi wyzwanie dla organizacji elastycznej opieki zdrowotnej. W województwie kujawsko-pomorskim maksymalna dzienna liczba hospitalizowanych pacjentów wyniosła 67 os., minimalna 16 os., natomiast średnia 42,2.

Śmiertelność do 30 dni po wypisie standaryzowana wiekiem, płcią i wielochorobowością pacjenta w województwie kujawsko-pomorskim była niższa niż średnia wartość w Polsce i wyniosła 5,6% (w Polsce: 6,2%). Przeanalizowano też standaryzowaną śmiertelność do 60 dni po wypisie i w tym przypadku wartość dla województwa była również niższa niż średnia wartość w Polsce i wyniosła 7,2% (w Polsce: 8,2%). Standaryzowana śmiertelność do 90 dni po wypisie dla danego województwa była także niższa niż średnia wartość w Polsce i wyniosła 9,5% (w Polsce: 10,1%).

Zauważalny jest wyższy w porównaniu do reszty kraju odsetek pacjentów, którym w ciągu 90 dni od daty zakończenia hospitalizacji udzielono świadczenia rehabilitacyjnego – 6,0% w województwie kujawsko-pomorskim, natomiast w Polsce 5,0%.

W województwie kujawsko-pomorskim odsetek przyjęć planowych w grupie Przewlekła obturacyjna choroba płuc wyniósł 27,8% (w Polsce: 28,2%).

Analiza powtórnych hospitalizacji pacjentów z rozpoznaniem z grupy Przewlekła obturacyjna choroba płuc wskazuje, że 8,2% pacjentów w województwie kujawsko-pomorskim jest hospitalizowanych ponownie do 30 dni w tym samym szpitalu, co przy przemnożeniu przez liczbę pacjentów hospitalizowanych z tym rozpoznaniem daje 192 hospitalizacji w województwie (w Polsce 9,0% ponownych hospitalizacji - 3,9 tys. hospitalizacji w skali kraju).

W województwie kujawsko-pomorskim odsetek hospitalizacji, w czasie których sprawozdano procedury: Gazometria, Spirometria wynosił odpowiednio: 13,4% (w Polsce: 19,6%), 26,2% (w Polsce: 25,6%).

Mukowiscydoza

W 2014 roku w województwie kujawsko-pomorskim odnotowano 89 hospitalizacji z powodu mukowiscydozy. Jest to choroba rzadka i jej leczenie powinno odbywać się w wysokospecjalistycznych ośrodkach zajmujących się kompleksową opieką. W województwie kujawsko-pomorskim występuje silna koncentracja świadczeń – 79% hospitalizacji z grupy Mukowiscydoza u dorosłych miało miejsce w 1 szpitalu (Wojewódzki Szpital Dziecięcy im. J. Brudzińskiego w Bydgoszczy) (20% wszystkich szpitali z tego województwa). Wskazane jest utrzymanie wysokiej koncentracji świadczeń w tym zakresie oraz wspieranie i

rozwijanie ośrodków zajmujących się znaczną liczbą pacjentów z tym rozpoznaniem. 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. 89% hospitalizacji z grupy Mukowiscydoza u dzieci miało miejsce w 1 szpitalu (Wojewódzki Szpital Dziecięcy im. J. Brudzińskiego w Bydgoszczy) (33% wszystkich szpitali z tego województwa).

W analizowanym województwie nie odnotowano pacjentów powyżej 18. roku życia, którym w ciągu 90 dni od daty zakończenia hospitalizacji udzielono świadczenia rehabilitacyjnego, natomiast odsetek takich pacjentów w Polsce wynosi 3,1%. Z Map Potrzeb Zdrowotnych wynika bardzo ograniczona dostępność do rehabilitacji finansowanej przez płatnika publicznego. Analiza pacjentów poniżej 18. roku życia wykazała porównywalny do reszty kraju odsetek pacjentów, którym w ciągu 90 dni od daty zakończenia hospitalizacji udzielono świadczenia rehabilitacyjnego – 6,2% w województwie kujawsko-pomorskim. Warto dodać, że analizowane są wszystkie zakresy rehabilitacji (a nie tylko pulmonologiczna).

W województwie kujawsko-pomorskim odsetek przyjęć planowych w grupie Mukowiscydoza u dorosłych wyniósł 41,7% (w Polsce: 62,8%).

W przypadku pacjentów poniżej 18. roku życia w województwie kujawsko-pomorskim odsetek przyjęć planowych wyniósł 58,5% (w Polsce: 78,4%).

Choroby śródmiąższowe płuc

W 2014 roku w województwie kujawsko-pomorskim odnotowano 755 hospitalizacji z powodu chorób śródmiąższowych płuc. Jest to problem zdrowotny, którego diagnostyka i leczenie wymagają specjalistycznego sprzętu i doświadczenia kadry medycznej, zatem powinny odbywać się w wysokospecjalistycznych ośrodkach zajmujących się kompleksową opieką (uwzględniającą hospitalizację i ambulatoryjną opiekę specjalistyczną). W województwie kujawsko-pomorskim występuje silna koncentracja świadczeń – 72% hospitalizacji z grupy Choroby śródmiąższowe płuc u dorosłych miało miejsce w 2 szpitalach (9% wszystkich szpitali z tego województwa). 76% hospitalizacji z grupy Choroby śródmiąższowe płuc u dzieci miało miejsce w 3 szpitalach (43% wszystkich szpitali z tego województwa). Wskazane jest dążenie do wysokiej koncentracji świadczeń w tym zakresie oraz wspieranie i rozwijanie ośrodków zajmujących się znaczną liczbą pacjentów z tym rozpoznaniem.

Analiza powtórnych hospitalizacji pacjentów z rozpoznaniem z grupy Choroby śródmiąższowe płuc wskazuje, że 6,2% pacjentów w województwie kujawsko-pomorskim jest hospitalizowanych ponownie do 30 dni w tym samym szpitalu, co przy przemnożeniu przez liczbę pacjentów hospitalizowanych z tym rozpoznaniem daje 46 hospitalizacji w województwie (w Polsce 6,0% ponownych hospitalizacji - 1,1 tys. hospitalizacji w skali kraju).

W województwie kujawsko-pomorskim odsetek hospitalizacji, w czasie których sprawozdano procedury: ANA, ANCA, Badania czynnościowe, Badania immunologiczne, Biopsja wyniósł odpowiednio: 0,9% (w Polsce: 3,4%), 0,7% (w Polsce: 1,0%), 60,6% (w Polsce: 67,8%), 1,1% (w Polsce: 3,7%), 8,7% (w Polsce: 5,9%).

Zaburzenia oddychania w czasie snu - dorośli

Warto podkreślić, że w przypadku 37% hospitalizacji nie sprawozdano żadnej choroby współistniejącej. Najczęściej występującym rozpoznaniem współistniejącym (sprawozdanym w przypadku 31% hospitalizacji) było E66 (otyłość). Drugim najliczniejszym rozpoznaniem współistniejącym towarzyszącym hospitalizacjom z rozpoznaniem głównym z analizowanej podgrupy było I10 (samoistne (pierwotne) nadciśnienie), sprawozdane w przypadku 29% hospitalizacji.

W województwie kujawsko-pomorskim odsetek hospitalizacji w czasie których sprawozdano Polisomnografię wyniósł: 76,2% (w Polsce: 78,7%).

W kolejnym kroku analiz zasadnym byłoby pogłębienie analizy czasu oczekiwania na diagnostykę i

leczenie bezdechu sennego. Zasadna byłaby także analiza pacjentów leczonych za pomocą aparatu cPAP. Brak produktów finansowych (zarówno w lecznictwie szpitalnym (JGP), jak i w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej) dedykowanych leczeniu zaburzeń oddychania w czasie snu może wpływać na błędy w sprawozdawczości i uniemożliwia dokładną analizę tego problemu zdrowotnego w Polsce. Wpływa także na niską dostępność do rozpoczęcia i kontroli leczenia zaburzeń oddychania w czasie snu. Dodatkowo jakość sprawozdawczości powyższych informacji może wynikać ze sposobu sprawozdawczości powodowanego systemem rozliczeń i raportowaniem jedynie najdroższej wykonanej w danym ośrodku procedury (z pominięciem innych procedur).

Niewydolność oddychania - dorośli

W 2014 roku w województwie kujawsko-pomorskim odnotowano 2,30 tys. hospitalizacji z powodu niewydolności oddychania. Leczenie chorób populacyjnych nie musi być centralizowane, w związku z czym mała koncentracja świadczeń jest zjawiskiem prawidłowym, należy jednak podkreślić, że pacjenci z ciężkim przebiegiem tych schorzeń i powikłaniami powinni być kierowani do szpitali, które dysponują oddziałami specjalistycznymi. W województwie kujawsko-pomorskim 80% hospitalizacji z grupy Niewydolność oddychania u dorosłych miało miejsce w 10 szpitalach (37% wszystkich szpitali z tego województwa). W województwie kujawsko-pomorskim odnotowano wyższą od wartości dla Polski liczbę hospitalizacji na 100 tys. ludności (dorośli), która wynosi ok. 126,18 hospitalizacji (w Polsce 93,61). Różnica w liczbie hospitalizacji może wynikać z jakości sprawozdawczości szpitalnej w tym województwie, niskiej dostępności specjalistycznej opieki ambulatoryjnej, uwarunkowań demograficznych i środowiskowych. Z tego względu rekomendacje dla działań powinny być podjęte przy współpracy z właściwym konsultantem wojewódzkim.

Zwraca uwagę ograniczony dostęp do nieinwazyjnej wentylacji mechanicznej (JGP D45: Leczenie niewydolności oddychania przy zastosowaniu nieinwazyjnej wentylacji mechanicznej) dla pacjentów z niewydolnością oddychania w analizowanym województwie. Odsetki hospitalizacji sprawozdanych z tym JGP istotnie różnią się między województwami. W województwie kujawsko-pomorskim sprawozdano go przy 4,9% hospitalizacji, zaś wartość dla Polski wynosi 1,0%. Należy również zwrócić uwagę na nierównomierny dostęp do przewlekłej tlenoterapii w warunkach domowych (Domowe Leczenie Tlenem - DLT). Liczba pacjentów, którym udzielano świadczenia w zakresie DLT na 100 tys. mieszkańców była najwyższa w województwie świętokrzyskim i wyniosła 63,8, najniższa w województwie zachodniopomorskim i wyniosła 10,6, natomiast średnio dla Polski było to około 24,3 pacjentów.

Jakość raportowania chorób współistniejących jest wysoce niezadowalająca. Warto podkreślić, że w przypadku 20% hospitalizacji nie sprawozdano żadnej choroby współistniejącej. Najczęściej występującym rozpoznaniem współistniejącym (sprawozdanim w przypadku 42% hospitalizacji) było J44 (inna przewlekła zaporowa choroba płuc). Drugim najliczniejszym rozpoznaniem współistniejącym towarzyszącym hospitalizacjom z rozpoznaniem głównym z analizowanej podgrupy było I50 (niewydolność serca), sprawozdane w przypadku 19% hospitalizacji. W przypadku niewydolności oddychania bardziej zasadne byłoby raportowanie chorób prowadzących do jej wystąpienia niż chorób współistniejących.

Śmiertelność do 30 dni po wypisie standaryzowana wiekiem, płcią i wielochorobowością pacjenta w województwie kujawsko-pomorskim była niższa niż średnia wartość w Polsce i wyniosła 25,8% (w Polsce: 30,3%). Przeanalizowano też standaryzowaną śmiertelność do 60 dni po wypisie i w tym przypadku wartość dla województwa była również niższa niż średnia wartość w Polsce i wyniosła 28,8% (w Polsce: 33,7%). Standaryzowana śmiertelność do 90 dni po wypisie dla danego województwa była także niższa niż średnia wartość w Polsce i wyniosła 31,1% (w Polsce: 35,8%).

Analiza powtórnych hospitalizacji pacjentów z rozpoznaniem z grupy Niewydolność oddychania wskazuje, że 7,8% pacjentów w województwie kujawsko-pomorskim jest hospitalizowanych ponownie do 30 dni w tym samym szpitalu, co przy przemnożeniu przez liczbę pacjentów hospitalizowanych z tym rozpoznaniem daje 168 hospitalizacji w województwie (w Polsce 7,2% ponownych hospitalizacji - 2,1 tys. hospitalizacji w skali kraju).

W województwie kujawsko-pomorskim odsetek hospitalizacji, w czasie których sprawozdano procedury: Nieinwazyjna wentylacja mechaniczna (NWM) wyniósł odpowiednio: 4,8% (w Polsce: 1,1%).

2.6 Choroby układu oddechowego (ostre)

Choroby układu oddechowego (ostre) zostały podzielone na podstawie klasyfikacji ICD-10 na zapalenia płuc, zapalenia oskrzeli, choroby opłucnej, ostrą niewydolność oddechową, gruźlicę, obrzęk płuc. W niniejszym dokumencie przedstawiono podsumowanie najważniejszych informacji dla zapalenia płuc, zapalenia oskrzeli i chorób opłucnej u dorosłych. Szczegółowa analiza dla pozostałych podgrup oraz analiza w podziale na dzieci i dorosłych została przedstawiona w Mapie Potrzeb Zdrowotnych w zakresie chorób układu oddechowego (ostre).

Zapalenia płuc dorośli i dzieci

Łączna liczba hospitalizacji z powodu zapalenia płuc u dzieci i dorosłych wyniosła 8,60 tys. W województwie kujawsko-pomorskim występuje słaba koncentracja świadczeń – 80% hospitalizacji z grupy Zapalenia płuc u dorosłych miało miejsce w 12 szpitalach (43% wszystkich szpitali z tego województwa leczących pacjentów z tym rozpoznaniem), a 56% hospitalizacji w województwie sprawozdawano na oddziałach chorób wewnętrznych. W przypadku zapalenia płuc u dzieci także występuje słaba koncentracja świadczeń – 80% hospitalizacji z grupy Zapalenia płuc u dzieci miało miejsce w 9 szpitalach (39% wszystkich szpitali z tego województwa leczących pacjentów z tym rozpoznaniem), a 82% hospitalizacji w województwie sprawozdawano na oddziałach ogólnopediatrycznych. Ze względu na dużą częstość ostrych schorzeń płuc i często gwałtowny przebieg wymagający natychmiastowej hospitalizacji konieczne jest utrzymanie łatwego i szybkiego dostępu do hospitalizacji na terenie całego województwa.

Jakość raportowania diagnostyki mikrobiologicznej dla grupy Zapalenia płuc jest wysoce niezadowalająca. W mapach potrzeb zdrowotnych zwraca uwagę bardzo wysoka liczba zapaleń płuc sprawozdanych jako zapalenia o nieokreślonej etiologii lub bakteryjne, ale wywołane nieokreśloną bakterią. Rozpoznanie takie pojawiły się w przypadku 2,75 tys. (76%) hospitalizacji dorosłych i 3,59 tys. (72%) hospitalizacji dzieci.

Najczęściej rozliczanym produktem JGP przy hospitalizacji pacjentów dorosłych z rozpoznaniem z grupy Zapalenia płuc jest JGP D18 Zapalenie płuc nietypowe, wirusowe (39,1% hospitalizacji sprawozdanych z tym JGP w Polsce). Rozliczanie go w Polsce różni się istotnie między województwami. W województwie kujawsko-pomorskim sprawozdano go dla 38,4% hospitalizacji.

Jakość raportowania zrealizowanych procedur specjalistycznych istotnie powiązanych z trybem postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w grupie Zapalenia płuc jest wysoce niezadowalająca. W województwie kujawsko-pomorskim odsetek hospitalizacji dorosłych w czasie których sprawozdano procedury: Bronchoskopia, Gazometria, Mikrobiologia, Tlenoterapia wynosił odpowiednio: 4,7% (w Polsce: 8,6%), 16,6% (w Polsce: 22,1%), 16,4% (w Polsce: 16,4%), 17,5% (w Polsce: 14,9%). Odsetek hospitalizacji dzieci w czasie których sprawozdano procedury: Gazometria, Mikrobiologia, Tlenoterapia wynosił odpowiednio: 15,6% (w Polsce: 18,9%), 10,9% (w Polsce: 10,0%), 2,8% (w Polsce: 4,9%).

Jakość raportowania chorób współistniejących mogących odpowiadać za występowanie stanów ostrych będących przyczyną hospitalizacji jest niewystarczająca. Warto podkreślić, że w przypadku 23% hospitalizacji pacjentów dorosłych nie sprawozdano żadnej choroby współistniejącej. Najczęściej występującym rozpoznaniem współistniejącym (sprawozdanym w przypadku 26% hospitalizacji) było I50 (niewydolność serca). Drugim najliczniejszym rozpoznaniem współistniejącym towarzyszącym hospitalizacjom z rozpoznaniem głównym z analizowanej podgrupy było I10 (samoistne (pierwotne) nadciśnienie), sprawozdane w przypadku 17% hospitalizacji.

W przypadku omawianej grupy chorób występuje znacząca sezonowość liczby hospitalizacji. W województwie kujawsko-pomorskim maksymalna dzienna liczba hospitalizowanych wyniosła 135 os., minimalna 48 os., natomiast średnia 92,0 (dla dzieci odpowiednio: 230, 24, 104,3). Sezonowość wpływa na wariację w wykorzystaniu zasobów np. łóżek szpitalnych, kadry medycznej, co stanowi wyzwanie dla organizacji elastycznej opieki zdrowotnej.

Zaobserwowano szczególnie wysoki odsetek hospitalizacji pacjentów w wieku podeszłym (65+). Dla grupy Zapalenia płuc odsetek pacjentów 65+ wśród pacjentów dorosłych wyniósł: 67,2%. Dlatego też

należy rozważyć wprowadzenie rozwiązań organizacyjnych umożliwiających współpracę pomiędzy środowiskiem internistów, geriatrów i lekarzy rodzinnych. W województwie kujawsko-pomorskim mediana czasu pobytu chorych z grupy Zapalenia płuc wynosi 8 dni (w Polsce: 9 dni).

W przypadku dorosłych śmiertelność wewnątrzszpitalna standaryzowana wiekiem, płcią i wielochorobowością pacjenta była wyższa w województwie kujawsko-pomorskim niż średnia w Polsce i wyniosła 12,0% (w Polsce: 11,6%). Przeanalizowano także standaryzowaną śmiertelność do 30 dnia po wypisie i w tym przypadku wartość dla województwa była również wyższa niż średnia w Polsce i wyniosła 7,6% (w Polsce: 6,8%).

Rehabilitacja zmniejsza objawy chorobowe, poprawia wydolność oddechową i jakość życia, zapobiega nawrotom choroby. Wymagana jest u części dorosłych po przebytych zapaleniu płuc, w szczególności przebiegającym z powikłaniami. Zauważalny jest wyższy w porównaniu do reszty kraju odsetek pacjentów dorosłych, którym w ciągu 90 dni od daty zakończenia hospitalizacji udzielono świadczenia rehabilitacyjnego – 5,3% w województwie kujawsko-pomorskim, natomiast w Polsce 4,4%. Warto dodać, że analizowane są wszystkie zakresy rehabilitacji (a nie tylko pulmonologiczna). Omawiane województwo wyróżnia się dostępnością do świadczeń rehabilitacyjnych na tle kraju, jednak relatywnie wyższy odsetek osób rehabilitowanych w tym woj. w porównaniu do pozostałych absolutnie nie świadczy o wystarczającej dostępności do rehabilitacji finansowanej przez płatnika publicznego.

Jakość sprawozdawczości trybu przyjęcia do szpitala jest wysoce niezadowalająca. W województwie kujawsko-pomorskim odsetek przyjęć planowych w grupie Zapalenia płuc u dorosłych wyniósł 11,5% (w Polsce: 14,6%), u dzieci 12,9% (w Polsce: 12,3%). Ekspertki wskazują, że chorzy z ostrymi chorobami układu oddechowego nie powinni być sprawozdawani jako przyjmowani do szpitala w trybie planowym.

Analiza powtórnych hospitalizacji pacjentów z rozpoznaniem z grupy Zapalenia płuc wskazuje, że 8,6% pacjentów dorosłych (6,4% dzieci) w województwie kujawsko-pomorskim jest hospitalizowanych ponownie do 30 dni w tym samym szpitalu, co przy przemnożeniu przez liczbę pacjentów hospitalizowanych z tym rozpoznaniem daje 309 hospitalizacji dorosłych (321 dzieci) w województwie (w Polsce 8,6% ponownych hospitalizacji dorosłych (5,5% dzieci) - 5,1 tys. hospitalizacji dorosłych (4,0 tys. dzieci) w skali kraju).

Zapalenia oskrzeli dorośli i dzieci

Łączna liczba hospitalizacji z powodu zapalenia oskrzeli u dzieci i dorosłych wyniosła 3,88 tys. W województwie kujawsko-pomorskim występuje słaba koncentracja świadczeń – 78% hospitalizacji z grupy Zapalenia oskrzeli u dorosłych miało miejsce w 14 szpitalach (48% wszystkich szpitali z tego województwa leczących pacjentów z tym rozpoznaniem), a 66% hospitalizacji w województwie sprawozdawano na oddziałach chorób wewnętrznych. W przypadku zapalenia oskrzeli u dzieci także występuje słaba koncentracja świadczeń – 77% hospitalizacji z grupy Zapalenia oskrzeli u dzieci miało miejsce w 11 szpitalach (52% wszystkich szpitali z tego województwa leczących pacjentów z tym rozpoznaniem), a 79% hospitalizacji w województwie sprawozdawano na oddziałach ogólnopediatrycznych. Ze względu na dużą częstość ostrych schorzeń płuc i często gwałtowny przebieg wymagający natychmiastowej hospitalizacji konieczne jest utrzymanie łatwego i szybkiego dostępu do hospitalizacji na terenie całego województwa.

W województwie kujawsko-pomorskim zwraca uwagę zdecydowanie wyższa od wartości dla Polski liczba hospitalizacji na 100 tys. ludności, która wynosi ok. 68,28 hospitalizacji w przypadku dorosłych i ok. 707,24 hospitalizacji w przypadku dzieci. Różnica w liczbie hospitalizacji może wynikać z jakości sprawozdawczości szpitalnej w tym województwie, niskiej dostępności specjalistycznej opieki ambulatoryjnej, uwarunkowań demograficznych i środowiskowych. Z tego względu rekomendacje dla działań powinny być podjęte przy współpracy z właściwym konsultantem wojewódzkim. Jakość raportowania chorób współistniejących mogących odpowiadać za występowanie stanów ostrych będących przyczyną hospitalizacji jest niewystarczająca. Warto podkreślić, że w przypadku 29% hospitalizacji dorosłych nie sprawozdano żadnej choroby współistniejącej. Najczęściej występującym rozpoznaniem współistniejącym (sprawozdanym w przypadku 27% hospitalizacji) było I10 (samoistne (pierwotne) nadciśnienie). Drugim najliczniejszym rozpoznaniem współistniejącym towarzyszącym hospitalizacjom z rozpoznaniem głównym z analizowanej podgrupy było I50 (niewydolność serca), sprawozdane w przypadku 19% hospitalizacji. Wiele wątpliwości budzi sprawozdawanie ostrego zapalenia oskrzeli u dorosłych jako przyczyny hospitalizacji, w sytuacji gdy ostre niepowikłane zapalenie oskrzeli u dorosłych nie wymaga nawet antybiotykoterapii. W tym kontek-

ście istotną wydaje się analiza współczynnika Charlson pacjentów z zapaleniem oskrzeli. 38% pacjentów z tym rozpoznaniem w analizowanym województwie miało współczynnik wielochorobowości wyższy niż 0, co oznacza, że w przeciągu roku poprzedzającego daną hospitalizację byli przyjęci do szpitala z powodu innej choroby w znacznym stopniu wpływającej na prawdopodobieństwo zgonu, bądź też taka choroba była sprawozdana w ramach rozpoznaw współistniejących.

W przypadku omawianej grupy chorób występuje znacząca sezonowość liczby hospitalizacji. W województwie kujawsko-pomorskim maksymalna dzienna liczba hospitalizowanych wyniosła 41 os., minimalna 5 os., natomiast średnia 19,2 (dla dzieci odpowiednio: 103, 2, 42,7). Sezonowość wpływa na wariację w wykorzystaniu zasobów np. łóżek szpitalnych, kadry medycznej, co stanowi wyzwanie dla organizacji elastycznej opieki zdrowotnej.

Zaobserwowano szczególnie wysoki odsetek hospitalizacji pacjentów w wieku podeszłym (65+). Dla grupy Zapalenia oskrzeli odsetek pacjentów 65+ wśród pacjentów dorosłych wyniósł: 64,8%. Dlatego też należy rozważyć wprowadzenie rozwiązań organizacyjnych umożliwiających współpracę pomiędzy środowiskiem internistów, geriatrów i lekarzy rodzinnych.

W przypadku dorosłych śmiertelność wewnątrzszpitalna standaryzowana wiekiem, płcią i wielochorobowością pacjenta była wyższa w województwie kujawsko-pomorskim niż średnia w Polsce i wyniosła 2,2% (w Polsce: 1,7%). Przeanalizowano także standaryzowaną śmiertelność do 30 dnia po wypisie i w tym przypadku wartość dla województwa była również wyższa niż średnia w Polsce i wyniosła 4,4% (w Polsce: 3,9%).

Rehabilitacja zmniejsza objawy chorobowe, poprawia wydolność oddechową i jakość życia, zapobiega nawrotom choroby. Wymagana jest u większości dorosłych po incydencie ostrego zapalenia oskrzeli pod warunkiem, że u podłoża tego zapalenia leży przewlekła choroba płuc i/lub serca. Zauważalny jest porównywalny do reszty kraju odsetek pacjentów dorosłych, którym w ciągu 90 dni od daty zakończenia hospitalizacji udzielono świadczenia rehabilitacyjnego – 5,8% w województwie kujawsko-pomorskim. Warto dodać, że analizowane są wszystkie zakresy rehabilitacji (a nie tylko pulmonologiczna). Mimo iż, omawiane województwo charakteryzuje się dostępnością do świadczeń rehabilitacyjnych na poziomie średniej krajowej, nadal oznacza to ograniczoną dostępność do rehabilitacji finansowanej przez płatnika publicznego.

Jakość sprawozdawczości trybu przyjęcia do szpitala jest wysoce niezadowolająca. W województwie kujawsko-pomorskim odsetek przyjęć planowych w grupie Zapalenia oskrzeli u dorosłych wyniósł 18,4% (w Polsce: 16,4%), u dzieci 27,7% (w Polsce: 16,8%). Eksperci wskazują, że chorzy z ostrymi chorobami układu oddechowego nie powinni być sprawozdawani jako przyjmowani do szpitala w trybie planowym.

Analiza powtórnych hospitalizacji pacjentów z rozpoznaniem z grupy Zapalenia oskrzeli wskazuje, że 8,0% pacjentów dorosłych (6,4% dzieci) w województwie kujawsko-pomorskim jest hospitalizowanych ponownie do 30 dni w tym samym szpitalu, co przy przemnożeniu przez liczbę pacjentów hospitalizowanych z tym rozpoznaniem daje 93 hospitalizacji dorosłych (174 dzieci) w województwie (w Polsce 7,6% ponownych hospitalizacji dorosłych (5,3% dzieci) - 1,1 tys. hospitalizacji dorosłych (1,7 tys. dzieci) w skali kraju).

Jakość raportowania zrealizowanych procedur specjalistycznych istotnie powiązanych z trybem postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w grupie Zapalenia oskrzeli jest wysoce niezadowolająca. W województwie kujawsko-pomorskim odsetek hospitalizacji dorosłych w czasie których sprawozdano procedury: Bronchoskopia, Gazometria, Mikrobiologia, Tlenoterapia wyniósł odpowiednio: 1,3% (w Polsce: 2,2%), 11,0% (w Polsce: 15,7%), 11,9% (w Polsce: 7,4%), 12,1% (w Polsce: 11,4%). Odsetek hospitalizacji dzieci w czasie których sprawozdano procedury: Gazometria, Mikrobiologia, Tlenoterapia wyniósł odpowiednio: 12,1% (w Polsce: 16,3%), 12,4% (w Polsce: 10,7%), 3,2% (w Polsce: 3,5%).

Choroby opłucnej dorośli

Liczba hospitalizacji z powodu chorób opłucnej wyniosła 1,07 tys. W województwie kujawsko-pomorskim występuje silna koncentracja świadczeń – 77% hospitalizacji z grupy Choroby opłucnej u dorosłych miało miejsce w 6 szpitalach (21% wszystkich szpitali z tego województwa leczących pacjentów z tym rozpoznaniem).

niem). Ponadto, aż 14% hospitalizacji w województwie sprawozdawano na oddziałach chorób wewnętrznych. Z literatury naukowej i doświadczenia klinicznego wynika, że wysoka koncentracja świadczeń w grupie Choroby płucnej u dorosłych wpływa korzystnie na jakość i efektywność leczenia. Wskazane jest utrzymanie wysokiej koncentracji świadczeń w tym zakresie.

Jakość raportowania chorób współistniejących mogących odpowiadać za występowanie stanów ostrych będących przyczyną hospitalizacji jest niewystarczająca. Warto podkreślić, że w przypadku 41% hospitalizacji nie sprawozdano żadnej choroby współistniejącej. Biorąc pod uwagę wysoką średnią wieku (w latach: 60) w grupie dorosłych z chorobą Choroby płucnej jest mało prawdopodobne, aby pacjenci hospitalizowani z powodu Choroby płucnej rzadko chorowali na inne schorzenia przewlekłe. Najczęściej występującym rozpoznaniem współistniejącym (sprawozdanym w przypadku 12% hospitalizacji) było I10 (samoistne (pierwotne) nadciśnienie). Drugim najliczniejszym rozpoznaniem współistniejącym towarzyszącym hospitalizacjom z rozpoznaniem głównym z analizowanej podgrupy było I50 (niewydolność serca), sprawozdane w przypadku 11% hospitalizacji.

Zaobserwowano szczególnie wysoki odsetek hospitalizacji pacjentów w wieku podeszłym (65+). Dla grupy Choroby płucnej odsetek pacjentów 65+ wśród pacjentów dorosłych wyniósł: 45,4%. Dlatego też należy rozważyć wprowadzenie rozwiązań organizacyjnych umożliwiających współpracę pomiędzy środowiskiem internistów, geriatrów i lekarzy rodzinnych.

W przypadku dorosłych śmiertelność wewnątrzszpitalna standaryzowana wiekiem, płcią i wielochorobowością pacjenta była wyższa w województwie kujawsko-pomorskim niż średnia w Polsce i wyniosła 4,9% (w Polsce: 4,7%). Przeanalizowano także standaryzowaną śmiertelność do 30 dnia po wypisie i w tym przypadku wartość dla województwa była również wyższa niż średnia w Polsce i wyniosła 7,3% (w Polsce: 6,4%).

Rehabilitacja zmniejsza objawy chorobowe, poprawia wydolność oddechową i jakość życia, zapobiega nawrotom choroby. Wymagana jest u większości chorych z chorobami płucnej. Zauważalny jest wyższy w porównaniu do reszty kraju odsetek pacjentów, którym w ciągu 90 dni od daty zakończenia hospitalizacji udzielono świadczenia rehabilitacyjnego – 6,1% w województwie kujawsko-pomorskim, natomiast w Polsce 4,2%. Warto dodać, że analizowane są wszystkie zakresy rehabilitacji (a nie tylko pulmonologiczna). Omawiane województwo wyróżnia się dostępnością do świadczeń rehabilitacyjnych na tle kraju, jednak relatywnie wyższy odsetek osób rehabilitowanych w tym woj. w porównaniu do pozostałych absolutnie nie świadczy o wystarczającej dostępności do rehabilitacji finansowanej przez płatnika publicznego.

Jakość sprawozdawczości trybu przyjęcia do szpitala jest wysoce niezadowolająca. W województwie kujawsko-pomorskim odsetek przyjęć planowych w grupie Choroby płucnej u dorosłych wyniósł 27,5% (w Polsce: 32,0%). Ekspertki wskazują, że chorzy z ostrymi chorobami układu oddechowego nie powinni być sprawozdawani jako przyjmowani do szpitala w trybie planowym.

Jakość raportowania zrealizowanych procedur specjalistycznych istotnie powiązanych z trybem postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w grupie Choroby płucnej u dorosłych jest wysoce niezadowolająca. W województwie kujawsko-pomorskim odsetek hospitalizacji w czasie których sprawozdano procedury: Biopsja, Bronchoskopia, Drenaż, Nakłucie płucnej wynosił odpowiednio: 0,8% (w Polsce: 2,5%), 9,5% (w Polsce: 15,3%), 17,8% (w Polsce: 25,7%), 14,8% (w Polsce: 20,6%).

2.7 Choroby gruczołów wydzielania wewnętrznego

Choroby gruczołów wydzielania wewnętrznego zostały podzielone na podstawie klasyfikacji ICD-10 na choroby gonad, choroby nadnerczy, choroby przysadki, choroby tarczycy, choroby przytarczyc, choroby trzustki, choroby z niezakwalifikowanym rozpoznaniem endokrynologicznym, nowotwory niezłośliwe endokrynologiczne oraz otyłość. W niniejszym dokumencie przedstawiono podsumowanie najważniejszych informacji dla chorób gonad, przysadki, tarczycy i otyłości. Szczegółowa analiza dla pozostałych podgrup oraz analiza w podziale na dzieci i dorosłych została przedstawiona w mapie potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób gruczołów wydzielania wewnętrznego.

Choroby gonad

W 2014 roku, w ramach analizowanej podgrupy, odnotowano 15,5 tys. hospitalizacji w skali kraju. W województwie kujawsko-pomorskim sprawozdano 0,6 tys. hospitalizacji z rozpoznaniem chorób gonad u dorosłych.

Liczba hospitalizacji na 100 tys. dorosłych jest znacznie zróżnicowana pomiędzy województwami (w województwie kujawsko-pomorskim było to 37,1, przy wartości w skali kraju 40,9). Dodatkowo, odsetek hospitalizacji pacjentów spoza województwa waha się od 4,5% do 31,9%. Odsetek migracji może wynikać z istnienia lub nie istnienia w danym województwie i województwach sąsiadujących ośrodków wysokospecjalistycznych zajmującym się chorobami gonad, położenia geograficznego oraz struktury demograficznej województwa i województw sąsiednich.

Liczba hospitalizacji na 100 tys. dorosłych jest ok. 4-krotnie niższa niż liczba hospitalizacji na 100 tys. dzieci (wartości dla Polski). Spowodowane to jest faktem, że diagnostyka chorób gonad przeprowadzana jest często w wieku dziecięcym, a pacjenci dorośli wymagają częściej jedynie opieki ambulatoryjnej, a nie hospitalizacji.

Mediana czasu oczekiwania na hospitalizację planową wśród pacjentów z rozpoznaniem głównym chorób gonad w województwie kujawsko-pomorskim wyniosła 25 dni, a mediana w Polsce wyniosła 20 dni. Niska mediana czasu oczekiwania na hospitalizację planową wśród chorych z rozpoznaniem głównym choroby gonad może świadczyć o konieczności szybkiego przyjęcia nawet wśród chorych planowych. W tym kontekście warto wskazać rozkład hospitalizacji według oddziałów, a przedstawiał on się następująco: oddział położniczo-ginekologiczny (61,5%), oddział endokrynologiczny (28,3%) oraz oddział położniczy (3,6%).

Analiza trybów przyjęcia pacjenta wskazuje, że w województwie kujawsko-pomorskim odsetek hospitalizacji w trybie nagłym (przekazanych przez ZRM) wynosił 1,6% (wartość dla Polski: 0,7%), odsetek hospitalizacji w trybie nagłym (inne przypadki) wynosił 16,1% (wartość dla Polski: 15,4%), a odsetek hospitalizacji w trybie planowym wynosił 82,1% (średnia dla Polski: 83,9%). Ze względu na charakter schorzeń dominują przyjęcia w trybie planowym.

W województwie kujawsko-pomorskim 6 szpitali wykonywało 80% wszystkich hospitalizacji, gdzie rozpoznaniem głównym były choroby gonad. W województwie kujawsko-pomorskim dominującym szpitalem był Regionalny Szpital Specjalistyczny im. dr Władysława Biegańskiego w Grudziądzu (22,6% wszystkich hospitalizacji).

W przypadku chorób gonad u dzieci odnotowano następujące obserwacje:

W 2014 roku, w ramach analizowanej podgrupy, odnotowano 11,7 tys. hospitalizacji w skali kraju. W województwie kujawsko-pomorskim sprawozdano 0,8 tys. hospitalizacji z rozpoznaniem chorób gonad u dzieci.

Liczba hospitalizacji na 100 tys. dzieci jest znacznie zróżnicowana pomiędzy województwami (w województwie kujawsko-pomorskim było to 210,1, przy wartości w skali kraju 168,5). Dodatkowo, odsetek hospitalizacji pacjentów spoza województwa waha się od 2,3% do 16,4%. Odsetek migracji może wynikać z istnienia lub nie istnienia w danym województwie i województwach sąsiadujących ośrodków wysokospecjalistycznych zajmującym się chorobami przysadki, położenia geograficznego oraz struktury demograficznej województwa i województw sąsiednich.

Mediana czasu oczekiwania na hospitalizację planową wśród pacjentów z rozpoznaniem głównym choroby gonad w województwie kujawsko-pomorskim wyniosła 33 dni, a mediana w Polsce wyniosła 35 dni. Niska mediana czasu oczekiwania na hospitalizację planową wśród chorych z rozpoznaniem głównym chorób gonad może świadczyć o konieczności szybkiego przyjęcia nawet wśród chorych planowych. W tym kontekście warto wskazać rozkład hospitalizacji według oddziałów, a przedstawiał on się następująco: oddział chirurgiczny dla dzieci (44,7%), oddział chirurgiczny ogólny (17,9%) oraz oddział endokrynologiczny dla dzieci (17,6%).

Analiza trybów przyjęcia pacjenta (dziecka) wskazuje, że w województwie kujawsko-pomorskim odsetek hospitalizacji w trybie nagłym (przekazanych przez ZRM) wynosił 1,0% (wartość dla Polski: 0,4%),

odsetek hospitalizacji w trybie nagłym (inne przypadki) wynosił 8,2% (wartość dla Polski: 7,7%), a odsetek hospitalizacji w trybie planowym wynosił 87,6% (średnia dla Polski: 88,9%). Ze względu na charakter schorzeń dominują przyjęcia w trybie planowym.

W województwie kujawsko-pomorskim 4 szpitale wykonywały 80% wszystkich hospitalizacji dzieci, gdzie rozpoznaniem głównym były choroby gonad. W województwie kujawsko-pomorskim dominującym szpitalem był Wojewódzki Szpital Zespolony im. L. Rydygiera w Toruniu (22,2% wszystkich hospitalizacji dzieci).

Mediana czasu pobytu wyniosła 2,0 dni, a 0,7% pacjentów było hospitalizowanych powtórnie do 30 dni od pierwszej hospitalizacji. Jest to spowodowane charakterem chorób gonad, które w wieku dziecięcym często wymagają kilku etapowej diagnostyki.

Choroby przysadki

W 2014 roku, w ramach analizowanej podgrupy, odnotowano 8,1 tys. hospitalizacji w skali kraju. W województwie kujawsko-pomorskim sprawozdano 0,2 tys. hospitalizacji z rozpoznaniem chorób przysadki u dorosłych.

Liczba hospitalizacji na 100 tys. dorosłych jest znacznie zróżnicowana pomiędzy województwami (w województwie kujawsko-pomorskim było to 9,7, przy wartości w skali kraju 21,1). Pod względem liczby hospitalizacji z głównym rozpoznaniem choroby przysadki dominowało województwo wielkopolskie (około 5 razy więcej hospitalizacji na 100 tys. ludności niż wartość dla Polski)

Mediana czasu oczekiwania na hospitalizację planową wśród pacjentów z rozpoznaniem głównym choroby przysadki w województwie kujawsko-pomorskim wyniosła 88 dni, a mediana w Polsce wyniosła 28 dni. Niska mediana czasu oczekiwania na hospitalizację planową wśród chorych z rozpoznaniem głównym choroby przysadki może świadczyć o konieczności szybkiego przyjęcia nawet wśród chorych planowych. W tym kontekście warto wskazać rozkład hospitalizacji według oddziałów, a przedstawiał on się następująco: oddział endokrynologiczny (84,2%), oddział chorób wewnętrznych (11,5%) oraz oddział endokrynologiczny dla dzieci (1,8%).

Analiza trybów przyjęcia pacjenta wskazuje, że w województwie kujawsko-pomorskim odsetek hospitalizacji w trybie nagłym (przekazanych przez ZRM) wynosił 2,4% (wartość dla Polski: 0,6%), odsetek hospitalizacji w trybie nagłym (inne przypadki) wynosił 12,7% (wartość dla Polski: 8,3%), a odsetek hospitalizacji w trybie planowym wynosił 84,8% (średnia dla Polski: 91,0%). Ze względu na charakter schorzeń dominują przyjęcia w trybie planowym.

W województwie kujawsko-pomorskim 1 szpital wykonywał 80% wszystkich hospitalizacji, gdzie rozpoznaniem głównym były choroby przysadki. W województwie kujawsko-pomorskim dominującym szpitalem był Regionalny Szpital Specjalistyczny im. dr Władysława Biegańskiego w Grudziądzu (61,8% wszystkich hospitalizacji).

W przypadku chorób przysadki u dzieci odnotowano następujące obserwacje:

W 2014 roku, w ramach analizowanej podgrupy, odnotowano 3,5 tys. hospitalizacji w skali kraju. W województwie kujawsko-pomorskim sprawozdano 0,2 tys. hospitalizacji z rozpoznaniem chorób przysadki u dzieci.

Liczba hospitalizacji na 100 tys. dzieci jest znacznie zróżnicowana pomiędzy województwami (w województwie kujawsko-pomorskim było to 39,7, przy wartości w skali kraju 47,3). Dodatkowo, odsetek hospitalizacji pacjentów spoza województwa waha się od 0,0% do 20,9%. Odsetek migracji może wynikać z istnienia lub nie istnienia, w danym województwie i województwach sąsiadujących, ośrodków wysokospecjalistycznych zajmującym się chorobami przysadki, położenia geograficznego oraz struktury demograficznej województwa i województw sąsiednich.

Liczba hospitalizacji na 100 tys. dorosłych jest 2 krotnie niższa niż liczba hospitalizacji na 100 tys. dzieci (wartości dla Polski). Spowodowane to jest faktem, że diagnostyka chorób gonad przeprowadzana jest często w wieku dziecięcym, a pacjenci dorośli wymagają częściej jedynie opieki ambulatoryjnej, a nie

hospitalizacji.

Mediana czasu oczekiwania na hospitalizację planową wśród pacjentów z rozpoznaniem głównym choroby przysadki w województwie kujawsko-pomorskim wyniosła 1 dni, a mediana w Polsce wyniosła 35 dni. Niska wartość mediany czasu oczekiwania na hospitalizację planową wśród chorych z rozpoznaniem głównym choroby przysadki może świadczyć o konieczności szybkiego przyjęcia nawet wśród chorych planowych. W tym kontekście warto wskazać rozkład hospitalizacji według oddziałów, a przedstawiał on się następująco: oddział endokrynologiczny dla dzieci (59,2%) oraz oddział pediatriczny (40,8%).

Analiza trybów przyjęcia pacjenta wskazuje, że w województwie kujawsko-pomorskim odsetek hospitalizacji w trybie nagłym (przekazanych przez ZRM) wynosił 0 (wartość dla Polski: 0,1%), odsetek hospitalizacji w trybie nagłym (inne przypadki) wynosił 11,2% (wartość dla Polski: 4,6%), a odsetek hospitalizacji w trybie planowym wynosił 88,8% (średnia dla Polski: 95,4%). Ze względu na charakter schorzeń dominują przyjęcia w trybie planowym.

W województwie kujawsko-pomorskim 1 szpital wykonywał 80% wszystkich hospitalizacji, gdzie rozpoznaniem głównym były choroby przysadki u dzieci. W województwie kujawsko-pomorskim dominującym szpitalem był Wojewódzki Szpital Dziecięcy im. J. Brudzińskiego w Bydgoszczy (59,2% wszystkich hospitalizacji).

Choroby tarczycy

W 2014 roku, w ramach analizowanej podgrupy, odnotowano 12,1 tys. hospitalizacji w skali kraju. W województwie kujawsko-pomorskim sprawozdano 0,6 tys. hospitalizacji z rozpoznaniem chorób tarczycy u dorosłych.

Liczba hospitalizacji na 100 tys. dorosłych jest znacznie zróżnicowana pomiędzy województwami (w województwie kujawsko-pomorskim było to 33,4, przy wartości w skali kraju 36,9). Dodatkowo, odsetek hospitalizacji pacjentów spoza województwa waha się od 1,6% do 17,7%. Odsetek migracji może wynikać z istnienia lub nie istnienia, w danym województwie i województwach sąsiadujących, ośrodków wysokospecjalistycznych zajmującym się chorobami tarczycy, położenia geograficznego oraz struktury demograficznej województwa i województw sąsiednich.

Mediana czasu oczekiwania na hospitalizację planową wśród pacjentów z rozpoznaniem głównym choroby tarczycy w województwie kujawsko-pomorskim wyniosła 20 dni, a mediana w Polsce wyniosła 15 dni. Niska mediana czasu oczekiwania na hospitalizację planową wśród chorych z rozpoznaniem głównym choroby tarczycy może świadczyć o konieczności szybkiego przyjęcia nawet wśród chorych planowych. W tym kontekście warto wskazać rozkład hospitalizacji według oddziałów, a przedstawiał on się następująco: oddział endokrynologiczny (42,6%), oddział chorób wewnętrznych (27,0%) oraz oddział chirurgiczny ogólny (19,8%).

Analiza trybów przyjęcia pacjenta wskazuje, że w województwie kujawsko-pomorskim odsetek hospitalizacji w trybie nagłym (przekazanych przez ZRM) wynosił 3,3% (wartość dla Polski: 3,9%), odsetek hospitalizacji w trybie nagłym (inne przypadki) wynosił 38,9% (wartość dla Polski: 31,9%), a odsetek hospitalizacji w trybie planowym wynosił 57,7% (średnia dla Polski: 64,1%). Ze względu na charakter schorzeń dominują przyjęcia w trybie planowym.

W województwie kujawsko-pomorskim 8 szpitali wykonywało 80% wszystkich hospitalizacji, gdzie rozpoznaniem głównym były choroby tarczycy u dorosłych. W województwie kujawsko-pomorskim dominującym szpitalem był Regionalny Szpital Specjalistyczny im. dr Władysława Biegańskiego w Grudziądzu (31,8% wszystkich hospitalizacji).

Otyłość

W 2014 roku, w ramach analizowanej podgrupy, odnotowano 12,9 tys. hospitalizacji w skali kraju. W województwie kujawsko-pomorskim sprawozdano 0,5 tys. hospitalizacji z rozpoznaniem otyłości u

dorosłych.

Liczba hospitalizacji na 100 tys. dorosłych jest znacznie zróżnicowana pomiędzy województwami (w województwie kujawsko-pomorskim było to 29,6, przy wartości w skali kraju 39,7). Dodatkowo, odsetek hospitalizacji pacjentów spoza województwa waha się od 5,0% do 34,3%. Odsetek migracji może wynikać z istnienia lub nie istnienia, w danym województwie i województwach sąsiadujących, ośrodków wysokospecjalistycznych zajmującym się otyłością, położenia geograficznego oraz struktury demograficznej województwa i województw sąsiednich.

Mediana czasu oczekiwania na hospitalizację planową wśród pacjentów z rozpoznaniem głównym otyłość w województwie kujawsko-pomorskim wyniosła 12 dni, a mediana w Polsce wyniosła 22 dni (niska mediana czasu oczekiwania na hospitalizację planową wśród chorych z rozpoznaniem głównym otyłość może świadczyć o konieczności szybkiego przyjęcia nawet wśród chorych planowych). W tym kontekście warto wskazać rozkład hospitalizacji według oddziałów, a przedstawiał on się następująco: oddział chirurgiczny ogólny (42,0%), oddział chorób wewnętrznych (31,7%) oraz oddział endokrynologiczny (20,2%).

Analiza trybów przyjęcia pacjenta wskazuje, że w województwie kujawsko-pomorskim odsetek hospitalizacji w trybie nagłym (przekazanych przez ZRM) wynosił 4,2% (wartość dla Polski: 3,9%), odsetek hospitalizacji w trybie nagłym (inne przypadki) wynosił 28,1% (wartość dla Polski: 26,7%), a odsetek hospitalizacji w trybie planowym wynosił 67,7% (średnia dla Polski: 69,3%). Ze względu na charakter schorzeń dominują przyjęcia w trybie planowym.

W województwie kujawsko-pomorskim 5 szpitali wykonywało 80% wszystkich hospitalizacji, gdzie rozpoznaniem głównym była otyłość. W województwie kujawsko-pomorskim dominującym szpitalem był Samodzielny Publiczny Wielospecjalistyczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych w Bydgoszczy (36,2% wszystkich hospitalizacji).

W przypadku otyłości u dzieci odnotowano następujące obserwacje:

W 2014 roku, w ramach analizowanej podgrupy, odnotowano 3,5 tys. hospitalizacji w skali kraju. W województwie kujawsko-pomorskim sprawozdano 0,3 tys. hospitalizacji z rozpoznaniem otyłości u dzieci.

Liczba hospitalizacji nie odzwierciedla rzeczywistej epidemiologii otyłości u dzieci, ponieważ większość pacjentów z tymi schorzeniami jest leczona w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej lub przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej.

Liczba hospitalizacji na 100 tys. dzieci jest znacznie zróżnicowana pomiędzy województwami (w województwie kujawsko-pomorskim było to 84,3, przy wartości w skali kraju 49,0). Dodatkowo, odsetek hospitalizacji pacjentów spoza województwa waha się od 0,0% do 25,4%. Odsetek migracji może wynikać z istnienia lub nie istnienia, w danym województwie i województwach sąsiadujących, ośrodków wysokospecjalistycznych zajmującym się otyłością u dzieci, położenia geograficznego oraz struktury demograficznej województwa i województw sąsiednich.

Mediana czasu oczekiwania na hospitalizację planową wśród pacjentów z rozpoznaniem głównym otyłość w województwie kujawsko-pomorskim wyniosła 0 dni, a mediana w Polsce wyniosła 39 dni (niska mediana czasu oczekiwania na hospitalizację planową wśród chorych z rozpoznaniem głównym otyłość może świadczyć o konieczności szybkiego przyjęcia nawet wśród chorych planowych). W tym kontekście warto wskazać rozkład hospitalizacji według oddziałów, a przedstawiał on się następująco: oddział pediatryczny (65,0%), oddział endokrynologiczny dla dzieci (34,1%) oraz oddział obserwacyjno-zakaźny (0,6%).

Analiza trybów przyjęcia pacjenta wskazuje, że w województwie kujawsko-pomorskim odsetek hospitalizacji w trybie nagłym (przekazanych przez ZRM) wynosił 1,5% (wartość dla Polski: 1,0%), odsetek hospitalizacji w trybie nagłym (inne przypadki) wynosił 11,8% (wartość dla Polski: 15,7%), a odsetek hospitalizacji w trybie planowym wynosił 86,7% (średnia dla Polski: 83,3%). Ze względu na charakter schorzeń dominują przyjęcia w trybie planowym, jednak odsetek w trybie nagłym jest wyższy niż w przypadku chorób gonad i nadnerczy.

W województwie kujawsko-pomorskim 1 szpital wykonywał 80% wszystkich hospitalizacji, gdzie rozpoznaniem głównym była otyłość u dzieci. W województwie kujawsko-pomorskim dominującym szpitalem był Wojewódzki Szpital Zespolony im. L. Rydygiera w Toruniu (54,5% wszystkich hospitalizacji).

2.8 Choroby dziecięce

Choroby dziecięce uwzględniają hospitalizacje pacjentów poniżej 18. roku życia według rocznika urodzenia. Dla tej grupy pacjentów na podstawie klasyfikacji ICD-10 została wyodrębniona pediatria ogólna, pediatria specjalistyczna i neonatologia³⁴. W mapie potrzeb skupiono się głównie na hospitalizacjach z rozpoznaniem ogólnopediatrycznymi. Szczegółowa analiza dotycząca hospitalizacji dzieci z rozpoznaniem zakwalifikowanymi do grupy pediatria specjalistyczna znajduje się w mapach potrzeb zdrowotnych dedykowanych poszczególnym grupom chorób. W przypadku neonatologii jest to mapa potrzeb w zakresie ciąży, porodu i położu oraz opieki nad noworodkiem.

W województwie kujawsko-pomorskim sprawozdano 79,2 tys. hospitalizacji osób poniżej 18. roku życia (dalej: dzieci), co przełożyło się na 20 669,04 hospitalizacji na 100 tys. dzieci. Dla Polski te statystyki wyniosły 1 374,8 tys. hospitalizacji i 19 801,61 hospitalizacji na 100 tys. dzieci.

W przypadku rozpoznań zakwalifikowanych jako ogólnopediatryczne, w województwie sprawozdano 36,4 tys. hospitalizacji, co przełożyło się na 9 495,87 hospitalizacji ogólnopediatrycznych na 100 tys. dzieci. Dla Polski te statystyki wyniosły 559,6 tys. hospitalizacji i 8 059,83 hospitalizacji na 100 tys. dzieci.

W województwie w ramach zakresu pediatria zostało sprawozdane 66,8% hospitalizacji z rozpoznaniem ogólnopediatrycznymi (wobec 70,8% w Polsce). Hospitalizacje ogólnopediatryczne odnotowuje się także w ramach zakresów specjalistycznych dziecięcych (33,2% w województwie, 29,2% w Polsce). Ponieważ w województwie na oddziałach pediatrycznych zostało sprawozdane 66% hospitalizacji z rozpoznaniem ogólnopediatrycznymi, należy wnioskować, że w województwie występowały oddziały specjalistyczne posiadające kontrakt na zakres pediatria.

Hospitalizacje ogólnopediatryczne charakteryzują się dużą sezonowością. Wpływa na nią przede wszystkim grupa 0-5 lat. W województwie kujawsko-pomorskim, w grupie wiekowej 0-5 zaobserwowano wahania dobowej liczby hospitalizacji ogólnopediatrycznych od 134 do 481 osób (o 347). W grupie 6-10 było to od 21 do 103 osób (o 82), a w grupie 11-18 - od 29 do 150 osób (o 121).

Liczba hospitalizacji ogólnopediatrycznych (niezależnie od oddziału oraz zakresu) waha się w poszczególnych szpitalach od 1 hospitalizacji do 5,7 tys. hospitalizacji, z czego 15 szpitali (z 29 w województwie, które sprawozdały co najmniej 1 hospitalizację ogólnopediatryczną) sprawozdało mniej niż 700 hospitalizacji ogólnopediatrycznych, a 6 szpitali sprawozdało mniej niż 100 hospitalizacji ogólnopediatrycznych.

Najczęstszą grupą rozpoznań ogólnopediatrycznych w Polsce były choroby układu oddechowego (32,4% wszystkich hospitalizacji ogólnopediatrycznych w kraju) i choroby układu pokarmowego (29,9%). Natomiast w województwie były to choroby układu oddechowego (34,5% wszystkich hospitalizacji ogólnopediatrycznych w województwie) i choroby układu pokarmowego (26,5%).

Istnieją znaczące różnice pomiędzy średnim czasem hospitalizacji pacjentów ogólnopediatrycznych. U świadczeniodawców, u których odnotowano co najmniej 100 hospitalizacji z rozpoznaniem ogólnopediatrycznymi najwyższa średnia długość pobytu wyniosła 6,67 dni, a najniższa 1,99 dni. Warto podkreślić, że nie istnieje istotna zależność pomiędzy liczbą hospitalizacji, a średnim czasem trwania hospitalizacji.

W województwie odsetek hospitalizacji zakończonych ponowną hospitalizacją w dowolnym szpitalu w ciągu 30 dni od dnia wypisu wyniósł 5,7%, podczas gdy w skali kraju wyniósł on 5,6%. Natomiast u świadczeniodawców, u których odnotowano co najmniej 100 hospitalizacji z rozpoznaniem ogólnopediatrycznymi najwyższy odsetek hospitalizacji zakończonych ponowną hospitalizacją w dowolnym szpitalu w ciągu 30 dni od dnia wypisu wyniósł 8,4%, a najniższy 3,1%.

³⁴Słownik rozpoznań, na podstawie których zostały wyodrębnione grupy jest dostępny jako załącznik do mapy potrzeb w zakresie chorób dziecięcych.

2.9 Zaburzenia psychiczne

Zaburzenia psychiczne zostały przeanalizowane odrębnie dla dorosłych oraz dzieci i młodzieży. W przypadku dorosłych na podstawie klasyfikacji ICD-10 wyodrębniono: zaburzenia organiczne, uzależnienia, schizofrenia, psychozy inne niż schizofrenia, zaburzenia nastroju, zaburzenia lękowe, zaburzenia osobowości i zachowania dorosłych oraz niepełnosprawność intelektualna. Natomiast w przypadku dzieci i młodzieży: zaburzenia nerwicowe związane ze stresem i postacią somatyczną, zaburzenia hiperkinetyczne i zaburzenia zachowania oraz mieszane zaburzenia zachowania i emocji. W niniejszym dokumencie przedstawiono podsumowanie najważniejszych informacji dla uzależnień, schizofrenii, zaburzeń organicznych i zaburzeń nastroju w przypadku osób dorosłych oraz zaburzeń nerwicowych związanych ze stresem i postacią somatyczną dla dzieci i młodzieży. Szczegółowa analiza dla pozostałych podgrup oraz analiza w podziale na dzieci i dorosłych została przedstawiona w Mapie Potrzeb Zdrowotnych w zakresie zaburzeń psychicznych.

W 2014 roku w województwie kujawsko-pomorskim obserwowano ujemne saldo migracji pacjentów z zaburzeniami psychicznymi. W przypadku osób dorosłych wynosiło ono -27 na 100 tys. dorosłych, zaś w przypadku dzieci i młodzieży 42 na 100 tys. osób poniżej 18 roku życia. Były to odpowiednio 10. i 2. wartości w kraju pod względem najwyższej wartości wskaźnika migracji.

Zdecydowana większość hospitalizacji była sprawozdana w rodzaju 'opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień' - w województwie kujawsko-pomorskim - 96,4% hospitalizacji z powodu zaburzeń psychicznych. Hospitalizacje sprawozdane w rodzaju 'leczenie szpitalne' stanowiły 3,6% hospitalizacji w województwie. Hospitalizacje sprawozdane w ramach leczenia szpitalnego dominowały w przypadku świadczeniodawców sprawozdających mniej niż 20% hospitalizacji w województwie.

Główną przyczyną hospitalizacji osób dorosłych w województwie kujawsko-pomorskim były uzależnienia (41,9% hospitalizacji dorosłych). Natomiast wśród dzieci i młodzieży 'Schizofrenia' (13,2% hospitalizacji dzieci i młodzieży w województwie).

W województwie w 2014 roku przyjęto 1,3 tys. pacjentów na oddziałach dziennych psychiatrycznych dla dorosłych (w skali kraju: 23,6 tys. pacjentów). Liczba sprawozdanych osobodni w województwie wyniosła: 128,3 tys. Pacjenci przyjmowani byli głównie z powodu rozpoznania zwanego jako Zaburzenia organiczne (0,4 tys. pacjentów).

W 2014 roku w województwie kujawsko-pomorskim przyjęto 0,5 tys. pacjentów na oddziałach dziennych uzależnień dla dorosłych (w skali kraju: 12,6 tys. pacjentów). Liczba sprawozdanych osobodni w województwie wyniosła: 12,0 tys. Liczba świadczeniodawców z oddziałami dziennymi uzależnień dla dorosłych w województwie kujawsko-pomorskim, którzy sprawozdali świadczenia dla co najmniej jednego pacjenta wyniosła 4.

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 całodobowym oddziałem psychiatrycznym, można stwierdzić, iż na terenie Polski znajdowało się 25 placówek dysponujących wszystkimi wymienionymi formami leczenia na terenie jednego powiatu. W województwie kujawsko-pomorskim liczba placówek z 'kompleksową' formą leczenia wyniosła 1.

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 całodobowym oddziałem psychiatrycznym dla dzieci i młodzieży, można stwierdzić, iż na terenie Polski nie było żadnej

placówki obejmującej wszystkie wymienione formy leczenia na terenie jednego powiatu.

Uzależnienia - dorośli

W województwie kujawsko-pomorskim liczba hospitalizacji z powodu uzależnień wyniosła 300,2 w przeliczeniu na 100 tys. dorosłych (ogółem: 5,1 tys. hospitalizacji w skali województwa) i była 13. wartością wśród województw w Polsce. W analizowanej grupie rozpoznań występuje duże zróżnicowanie udziału pacjentów spoza województwa od 5,9% w województwie świętokrzyskim do 38,6% w województwie opolskim. Natomiast w województwie kujawsko-pomorskim udział pacjentów spoza województwa wyniósł 12,7%.

Liczba świadczeniodawców, którzy hospitalizowali co najmniej jednego pacjenta z analizowaną przyczyną w województwie kujawsko-pomorskim wyniosła 16. Z kolei 80% wszystkich hospitalizacji uzależnień w województwie jest realizowana przez 4 świadczeniodawców.

W województwie kujawsko-pomorskim największym udziałem hospitalizacji charakteryzował się Oddział psychiatryczny (ogólny) (29,9%). Zwraca uwagę wysoki udział hospitalizacji uzależnień na oddziałach ogólnych, niededykowanym bezpośrednio tej grupie rozpoznań.

W Polsce w 2014 roku odsetek hospitalizacji z powodu uzależnień sprawozdanych w trybie nagłym wyniósł 47,8%. Natomiast w województwie kujawsko-pomorskim - 25,0%. W trybie planowym realizowanych było 44,7% hospitalizacji w skali kraju, zaś w województwie kujawsko-pomorskim - 67,4%. W województwie kujawsko-pomorskim odsetek hospitalizacji, po których nastąpiła ponowna hospitalizacja z rozpoznaniem uzależnień w ciągu 30 dni wynosi 6,9% i jest 14. wartością wśród województw. W 2014 roku w Polsce średnia długość pobytu pacjentów ze schorzeniem uzależnień wyniosła 22 dni. Natomiast w województwie kujawsko-pomorskim - 24 dni.

Schizofrenia - dorośli

W województwie kujawsko-pomorskim liczba hospitalizacji z powodu schizofrenii wyniosła 138,3 w przeliczeniu na 100 tys. dorosłych i była 11. wartością wśród województw w Polsce. Bezwzględna liczba hospitalizacji dorosłych z tą chorobą wyniosła 2,4 tys. W analizowanej grupie rozpoznań występuje duże zróżnicowanie udziału pacjentów spoza województwa od 4,4% w województwie śląskim do 16,4% w województwie lubuskim. Natomiast w województwie kujawsko-pomorskim udział pacjentów spoza województwa wyniósł 7,3%.

Liczba świadczeniodawców, którzy hospitalizowali co najmniej jednego pacjenta z analizowaną przyczyną w województwie kujawsko-pomorskim wyniosła 10. Z kolei 80% wszystkich hospitalizacji schizofrenii w województwie jest realizowana przez 4 świadczeniodawców.

W województwie kujawsko-pomorskim największym udziałem hospitalizacji charakteryzował się Oddział psychiatryczny (ogólny) (96,9% hospitalizacji w województwie).

W Polsce w 2014 roku odsetek hospitalizacji z powodu schizofrenii sprawozdanych w trybie nagłym wyniósł 69,9%. Natomiast w województwie kujawsko-pomorskim - 45,1%. W trybie planowym realizowanych było 23,9% hospitalizacji w skali kraju, zaś w województwie - 39,2%. W województwie kujawsko-pomorskim odsetek hospitalizacji, po których nastąpiła ponowna hospitalizacja z rozpoznaniem schizofrenii w ciągu 14 dni wynosi 5,0% i jest 10. wartością wśród województw. W 2014 roku w Polsce średnia długość pobytu pacjentów ze schorzeniem uzależnień wyniosła 45 dni. Natomiast w województwie kujawsko-pomorskim - 46 dni.

Zaburzenia organiczne - dorośli

W województwie kujawsko-pomorskim liczba hospitalizacji z powodu zaburzeń organicznych wyniosła 83,5 w przeliczeniu na 100 tys. dorosłych i była 16. wartością wśród województw w Polsce. Bezwzględna liczba hospitalizacji zaburzeń organicznych w analizowanym województwie wyniosła 1,4 tys. W analizowanej grupie rozpoznań występuje duże zróżnicowanie udziału pacjentów spoza województwa od 3,7% w województwie świętokrzyskim do 15,2% w województwie opolskim. Natomiast w województwie kujawsko-pomorskim udział pacjentów spoza województwa wyniósł 5,5%.

Liczba świadczeniodawców, którzy hospitalizowali co najmniej jednego pacjenta z analizowaną przyczyną w województwie kujawsko-pomorskim wyniosła 9. Z kolei 80% wszystkich hospitalizacji zaburzeń organicznych w województwie jest realizowana przez 4 świadczeniodawców.

W województwie kujawsko-pomorskim największym udziałem hospitalizacji charakteryzował się Oddział psychiatryczny (ogólny) (92,6% hospitalizacji w województwie).

W Polsce w 2014 roku odsetek hospitalizacji z powodu zaburzeń organicznych sprawozdanych w trybie nagłym wyniósł 60,6%. Natomiast w województwie kujawsko-pomorskim - 34,1%. W trybie planowym realizowanych było 33,9% hospitalizacji w skali kraju, zaś w województwie kujawsko-pomorskim - 48,8%.

W województwie kujawsko-pomorskim odsetek hospitalizacji, po których nastąpiła ponowna hospitalizacja z rozpoznaniem zaburzeń organicznych w ciągu 30 dni wynosi 5,5% i jest 8. wartością wśród województw. W 2014 roku w Polsce średnia długość pobytu pacjentów ze schorzeniem zaburzeń organicznych wyniosła 34 dni i była taka sama jak w analizowanym województwie.

Zaburzenia nastroju - dorośli

W województwie kujawsko-pomorskim liczba hospitalizacji z powodu zaburzeń nastroju wyniosła 99,9 (ogółem: 1,7 tys. hospitalizacji w województwie) w przeliczeniu na 100 tys. dorosłych i była 3. wartością wśród województw w Polsce. W analizowanej grupie rozpoznań występuje duże zróżnicowanie udziału pacjentów spoza województwa od 5,4% w województwie śląskim do 21,6% w województwie opolskim. Natomiast w województwie kujawsko-pomorskim udział pacjentów spoza województwa wyniósł 7,5%.

Liczba świadczeniodawców, którzy hospitalizowali co najmniej jednego pacjenta z analizowaną przyczyną w województwie kujawsko-pomorskim wyniosła 10. Z kolei 80% wszystkich hospitalizacji zaburzeń nastroju w województwie jest realizowana przez 5 świadczeniodawców.

W województwie kujawsko-pomorskim największym udziałem hospitalizacji charakteryzował się Oddział psychiatryczny (ogólny) (93,8% hospitalizacji w województwie).

W Polsce w 2014 roku odsetek hospitalizacji z powodu zaburzeń nastroju sprawozdanych w trybie nagłym wyniósł 58,9%. Natomiast w województwie kujawsko-pomorskim - 39,6%. W trybie planowym realizowanych było 39,3%, hospitalizacji w skali kraju, zaś w województwie kujawsko-pomorskim - 56,5%. W województwie kujawsko-pomorskim odsetek hospitalizacji, po których nastąpiła ponowna hospitalizacja z rozpoznaniem zaburzeń nastroju w ciągu 30 dni wynosi 4,4% i jest 15. wartością wśród województw. nW 2014 roku w Polsce średnia długość pobytu pacjentów ze schorzeniem uzależnień wyniosła 37 dni. Natomiast w województwie kujawsko-pomorskim - 39 dni.

Zaburzenia nerwicowe związane ze stresem i postacią somatyczną - dzieci

W województwie kujawsko-pomorskim liczba hospitalizacji wśród dzieci i młodzieży z powodu zaburzeń nerwicowych związanych ze stresem i postacią somatyczną wyniosła 43,1 w przeliczeniu na 100 tys. dzieci i była 5. wartością wśród województw w Polsce. Bezwzględna liczba hospitalizacji w analizowanym województwie wyniosła 165.

W analizowanej grupie rozpoznań występuje duże zróżnicowanie udziału hospitalizacji pacjentów spoza województwa od 5,1% w województwie śląskim do 14,7% w województwie zachodniopomorskim. Natomiast w województwie kujawsko-pomorskim udział pacjentów spoza województwa wyniósł 13,3%.

Liczba świadczeniodawców, którzy hospitalizowali co najmniej jednego pacjenta z analizowaną przyczyną w województwie kujawsko-pomorskim wyniosła 16. Z kolei 80% wszystkich hospitalizacji zaburzeń nerwicowych związanych ze stresem i postacią somatyczną w województwie jest realizowana przez 4 świadczeniodawców.

2.10 Cięża, poród i połóg oraz opieki nad noworodkiem

W części dotyczącej leczenia szpitalnego odnośnie ciąży, porodu i połogu przeanalizowano świadczenia finansowane ze środków publicznych w czterech blokach tematycznych: porody, patologia ciąży, cięża 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 odnośnie 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-P96, 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 rozpoznań 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, próżnością 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 (3,2 tys. w województwie kujawsko-pomorskim).

W Polsce w 2014 roku w ramach umów z NFZ, sprawozdano około 365 tys. porodów (z czego 19,3 w województwie kujawsko-pomorskim). 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. Dla województwa kujawsko-pomorskiego wartości te wyniosły 10,0 tys., 4,4 tys., 2,2 tys. i 2,7 tys., odpowiednio.

Wśród porodów powikłanych około 15,8 tys. było porodami przedwczesnymi (w skali kraju). W województwie kujawsko-pomorskim porodów przedwczesnych zaobserwowano 0,6 tys.

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. W województwie kujawsko-pomorskim na 100 hospitalizacji neonatologicznych 65 było sprawozdanych z Jednorodną Grupą Pacjentów N20 i była to trzecia najwyższa wartość wśród województw. Wśród świadczeniodawców wartości powyższego wskaźnika są bardzo zróżnicowane, w szczególności wyróżnić można takich, u których dominującą Jednorodną Grupą Pacjentów w przypadku noworodków nie jest N20, czyli takich świadczeniodawców, którzy sprawozdali większość hospitalizacji noworodkom wymagającym wzmożonej opieki.

Średnia długość hospitalizacji (ALOS)

Pod względem średniej długości hospitalizacji (ALOS) w grupie ciężce utraczone i poronienia województwo kujawsko-pomorskie było piątym ze średnio najdłuższym czasem hospitalizacji (2,23 dnia).

Pod względem średniej długości hospitalizacji w ramach ciężkiej i lekkiej patologii ciąży województwo kujawsko-pomorskie plasowało się poniżej mediany dla województw w Polsce - najniższy współczynnik wśród województw w przypadku lekkiej patologii (2,91 dnia) oraz piąty najniższy w przypadku ciężkiej patologii (4,46 dnia). W przypadku ciężkiej patologii ciąży niska wartość ALOS-u u największego świadczeniodawcy (3,2 dnia - 28% krócej niż w województwie) miała wyraźny, ujemny wpływ na średnią długość hospitalizacji w województwie.

Województwo kujawsko-pomorskie plasowało się w przybliżeniu na poziomie całego kraju w przypadku długości hospitalizacji dla porodów powikłanych. Średnia długość hospitalizacji dla porodów powikłanych zabiegowych wyniosła 9,31 dnia (ósma najwyższa wartość wśród województw), a dla niezabiegowych 6,98 dnia (siódma najniższa wartość wśród województw). W przypadku porodów powikłanych niezabiegowych znaczny wpływ na podwyższenie omawianej statystyki w województwie ma wysoki ALOS u największego świadczeniodawcy 10,7, który był o 54% wyższy od wartości wojewódzkiej.

Województwo kujawsko-pomorskie było jednym ze średnio najkrócej hospitalizujących w przypadku porodów niepowikłanych niezabiegowych (ALOS równy 3,37 dnia - najniższa wartość wśród województw). Dla porodów niepowikłanych zabiegowych omawiane województwo plasowało się w przybliżeniu na poziomie całego kraju. Średnia długość hospitalizacji w tej grupie wyniosła 4,70 dnia dla województwa kujawsko-pomorskiego i była to siódma najniższa wartość wśród województw. W przypadku porodów niepowikłanych zabiegowych znaczny wpływ na omawiany wskaźnik w województwie miały niskie wartości średniej liczby osobodni hospitalizacji notowane u trzech największych świadczeniodawców. Charakteryzowali się oni ALOS-ami równymi 4,0, 3,9 oraz 3,4 dni, czyli o 15%, 18% oraz 27% niższymi niż wartość wojewódzka. Spośród wszystkich świadczeniodawców w województwie ponad 75% notowało niższy ALOS niż ogólnopolski w podgrupie porodów niepowikłanych niezabiegowych.

Pod względem średniej długości hospitalizacji (ALOS – average length of stay) w ramach neonatologii województwo kujawsko-pomorskie cechowało się najkrótszym średnim czasem hospitalizacji (4,07 dnia). Znaczny wpływ na podwyższenie omawianej statystyki w województwie miały wysokie wartości średniej liczby osobodni hospitalizacji notowane u trzech największych świadczeniodawców. Charakteryzowali się oni ALOS-ami równymi 4,5, 4,4 oraz 7,4 dni, czyli o 10%, 8% oraz 81% wyższymi niż wartość wojewódzka. Spośród wszystkich świadczeniodawców w województwie ponad 75% notowało niższy ALOS niż ogólnopolski.

Struktura porodów

W województwie kujawsko-pomorskim rzadziej niż w skali kraju sprawozdawano zarówno porody powikłane jak i porody zabiegowe (grupy te nie są rozłączne). Spośród wszystkich porodów w województwie kujawsko-pomorskim 25% było powikłanych, podczas gdy w skali kraju udział ten wyniósł 29%. Porodów zabiegowych było w omawianym województwie 35 na 100. W Polsce z kolei 43 na 100 porodów było przeprowadzonych zabiegowo.

W strukturze porodów województwa kujawsko-pomorskiego porody przedwczesne stanowiły 3,2% i była to druga najniższa wartość tego współczynnika wśród województw.

Ważony ryzykiem współczynnik porodów fizjologicznych (WRWPF)

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.

Na poziomie ogólnokrajowym województwo kujawsko-pomorskie cechowało się wartościami WRWPF równymi 1,13 dla I poziomu referencyjnego, 1,13 dla II poziomu referencyjnego oraz 1,38 dla III poziomu referencyjnego. Wartość dla pierwszego poziomu referencyjnego była zatem (po uwzględnieniu struktury hospitalizowanych pacjentek) o 13% wyższa od ogólnopolskiej. W przypadku drugiego poziomu referencyjnego obserwowano o 13% więcej porodów fizjologicznych niż w skali kraju, a w przypadku trzeciego poziomu referencyjnego o 38% więcej. Zróżnicowanie wartości WRWPF między województwami wynika ze zróżnicowania między świadczeniodawcami. Wartości Ważonego Ryzykiem Współczynnika Porodów Fizjologicznych zaprezentowano w mapie potrzeb zdrowotnych.

Współczynnik cięć cesarskich w ciążach niepowikłanych, dla których nie stwierdzono wcześniejszych cięć cesarskich

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.

Województwo kujawsko-pomorskie było trzecim w Polsce z najniższą wartością współczynnika cięć cesarskich w ciążach niepowikłanych (21,3).

Wartości wskaźnika wśród świadczeniodawców w województwie są zróżnicowane. Wahają się od 11 cięć cesarskich na 100 ciąż niepowikłanych do 35 cięć cesarskich na 100 ciąż niepowikłanych. Wartość dla Polski wyniosła 28,9.

Współczynnik porodów fizjologicznych po przebytych cięciach cesarskich w ciążach niepowikłanych

Współczynnik porodów fizjologicznych po przebytych cięciach cesarskich w ciążach niepowikłanych zdefiniowany jest jako liczba porodów zakwalifikowanych jako fizjologiczne (tj. niepowikłane niezabiegowe) w przeliczeniu na 100 porodów w ciążach niepowikłanych (zdefiniowanych jak wyżej), dla których stwierdzono przebyte w przeszłości cięcia cesarskie.

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

Województwo kujawsko-pomorskie pod względem omawianego współczynnika plasowało się na drugim miejscu w Polsce (licząc od najwyższej wartości). Wartość współczynnika wyniosła 16,6, podczas gdy wartości dla województw mieściły się w przedziale 4,9–25,8.

Z racji niskiej wartości mianownika, współczynnik porodów fizjologicznych w ciążach niepowikłanych co do szpitala powinien być analizowany wyłącznie dla największych świadczeniodawców w województwie. Wśród pięciu o największym mianowniku omawianego wskaźnika wartości wahały się pomiędzy 5,1 a 37,0. Oznacza to, że część największych ośrodków w województwie w przybliżeniu podobnie często co w skali całego kraju przeprowadza porody fizjologiczne w przypadku stwierdzenia uprzednich cięć cesarskich (wartość wskaźnika dla Polski to 9,23), jednak istnieją wśród nich także tacy, którzy notują bardzo niskie wartości omawianego współczynnika.

Współczynnik nacięć krocza w niepowikłanych porodach fizjologicznych

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.

W województwie kujawsko-pomorskim w przypadku 42 na 100 niepowikłanych porodów fizjologicznych sprawozdano procedurę nacięcia krocza z następowym zszyciem i była to najniższa wartość wśród województw.

Jakość danych sprawozdawczych

W dalszych pracach należałoby skupić się na zwiększeniu jakości danych sprawozdawanych przez poszczególnych świadczeniodawców. Dwa najistotniejsze przypadki przedstawiamy poniżej.

Jedną z najczęściej sprawozdawanych Jednorodnych Grup Pacjentów (JGP) w przypadku hospitalizacji związanych z ciążą, porodem i położeniem jest M16 („Zagrażające lub dokonane poronienie, zakończenie ciąży obumarłej”). Znaczenie niniejszej JGP jest niejednoznaczne, jako że nie pozwala określić, czy w trakcie hospitalizacji stwierdzono poronienie/utratę ciąży. W mapach potrzeb zdrowotnych problem ten próbowano rozwiązać analizując historię pacjentki, w szczególności sprawdzając, czy danej pacjentce sprawozdano poród w miesiącach następujących po hospitalizacjach z M16 – wtedy hospitalizacje z M16 klasyfikowano jako lekką patologię ciąży. W przeciwnym przypadku taką hospitalizację klasyfikowano jako ciężką utraconą i poronienia. Taka metodyka może być jednak obciążona błędem, gdyż w przypadku, gdy M16 nie jest poronieniem, a w systemie publicznym nie zaobserwowano porodu (bo np. poród odbył się prywatnie lub za granicą), wtedy taka ciąża będzie błędnie klasyfikowana jako utracona. Dlatego też z punktu widzenia sprawozdawczości i analizy danych Narodowego Funduszu Zdrowia pożądanym byłoby rozbić grupy M16 tak, by możliwe było stwierdzenie, czy doszło do poronienia lub utraty ciąży. Pozwoliłoby to otrzymać w zestawieniach statystycznych bardziej zbliżony do rzeczywistości obraz opieki ginekologiczno-położniczej w Polsce.

Z punktu widzenia analiz dokonanych w ramach grupy ciąża, poród, połóg problematycznym było wyróżnienie, spośród porodów, porodów przedwczesnych. Jako, że dane administracyjne nie pozwalają na stwierdzenie kiedy dokładnie ciąża się rozpoczęła, jedynie odpowiednio sprawozdane rozpoznanie ICD-10 (O60 – poród przedwczesny) pozwala określić, czy dany poród odbył się przedwcześnie, czy terminowo. Tymczasem wśród porodów zaledwie 15,8 tys. spośród około 365 tys. udało się zakwalifikować jako przedwczesne, co wyraża się wartością zaniżoną (4,3% porodów). Dodatkowym problemem sprawozdawczości w przypadku porodów przedwczesnych jest możliwość sprawozdawania O60 w ramach Jednorodnych Grup Pacjentów N04, N05, N06, N07 czyli w ramach patologii ciąży, a następnie, w kolejnej hospitalizacji sprawozdania porodu. W znacznym stopniu utrudnia to określenie rzeczywistej liczby porodów przedwczesnych w Polsce. Biorąc pod uwagę wysokie koszty opieki nad porodami przedwczesnymi zasadnym jest postulat o poprawie sprawozdawczości w tym zakresie.

2.11 Cukrzyca

Analiza cukrzycy została przeprowadzona w odrębnie dwóch grup pacjentów, dzieci oraz dorosłych. W niniejszym dokumencie przedstawiono podsumowanie najważniejszych informacji dotyczących cukrzycy. Szczegóły analizy w podziale na dzieci i dorosłych znajdują się w Mapie Potrzeb Zdrowotnych w zakresie cukrzycy.

Cukrzyca dorosłych

Liczba hospitalizacji z powodu cukrzycy u dorosłych w analizowanym województwie wynosiła 3,77 tys.. W hospitalizacjach z powodu cukrzycy u dorosłych odsetek hospitalizacji trwających jeden dzień był na poziomie 0,5%, w Polsce 1,4%. Analiza rozkładu hospitalizacji względem zakresów oraz oddziałów wskazuje, że w województwie kujawsko-pomorskim hospitalizacje z powodu cukrzycy u dorosłych odbywały się głównie na oddziałach chorób wewnętrznych (64% hospitalizacji).

Liczba hospitalizacji z powodu ostrych powikłań cukrzycy u dorosłych (cukrzyca ze śpiączką, cukrzyca z kwasicy ketonową oraz cukrzyca z innymi określonymi powikłaniami) wynosiła w województwie kujawsko-pomorskim 567, co stanowi 15% wszystkich hospitalizacji dorosłych z powodu cukrzycy w tym województwie. Hospitalizacje te odbywały się w 25 szpitalach w województwie (było to 86% świadczeniodawców sprawozdających hospitalizacje z powodu cukrzycy).

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)
- H26 Inne postacie zaćmy (14% hospitalizacji)
- I11 Nadciśnieniowa choroba serca (14% hospitalizacji).

W przypadku cukrzycy bardzo ważnym problemem są amputacje stopy cukrzycowej. W Polsce obserwuje się wysoki odsetek pierwotnych dużych amputacji kończyny dolnej z przyczyn naczyniowych (tj. nieopierzonych interwencją naczyniową w okresie 4 lat przed amputacją – wg przyjętej definicji warunkowanej dostępnością danych systemu sprawozdawczości). Odsetek ten w Polsce wynosił 51,6% amputacji dużych. Szczegółowe informacje na ten temat można znaleźć w mapie szczegółowej dla analizowanego województwa w zakresie chorób aorty i naczyń obwodowych z uwzględnieniem nadciśnienia tętniczego.

W województwie kujawsko-pomorskim wykazano założenie pompy insulinowej u 27 pacjentów dorosłych wg rocznika urodzenia (w ramach SOK, AOS oraz leczenia szpitalnego). Dodatkową informacją dotyczącą pomp insulinowych jest procedura 86.081 wg ICD-9-CM, która oznacza założenie lub korektę pompy insuliniowej. W analizowanym województwie łącznie sprawozdano wykonanie tej procedury dla 108 pacjentów dorosłych wg rocznika urodzenia.

W analizowanym województwie udział trybów nagłych w przyjęciu pacjentów dorosłych do szpitala z powodu cukrzycy wyniósł 73,8% (w Polsce: 66,8%). Dla świadczeniodawców hospitalizujących powyżej 100 pacjentów, odsetek ten wahał się w przedziale od 1,6% do 98,7%.

Średni wiek dorosłego pacjenta hospitalizowanego z powodu cukrzycy w Polsce wynosił 63 lata, w województwie kujawsko-pomorskim 63 lata. Jednocześnie wykazano istotne różnice w średnim czasie pobytu w ośrodkach. Taka sytuacja może być spowodowana faktem, że szpitale różnią się między sobą wartością współczynnika Charlson, który opisuje wielochorobowość hospitalizowanych pacjentów.

Cukrzyca dzieci

Liczba hospitalizacji z powodu cukrzycy u dzieci w analizowanym województwie wynosiła 0,33 tys.. W hospitalizacjach z powodu cukrzycy u dzieci odsetek hospitalizacji trwających jeden dzień był na poziomie 3,3%, w Polsce 17,1%. W województwie kujawsko-pomorskim odsetek hospitalizacji dzieci spoza województwa wyniósł 5,7%.

W województwie kujawsko-pomorskim występuje silna koncentracja świadczeń – 77% hospitalizacji z powodu cukrzycy u dzieci miało miejsce w 2 szpitalach (14% wszystkich szpitali z tego województwa leczących pacjentów poniżej 18 r.ż. z tym rozpoznaniem).

Liczba hospitalizacji z powodu ostrych powikłań cukrzycy u dzieci (cukrzyca ze śpiączką, cukrzyca z kwasicią ketonową oraz cukrzyca z innymi określonymi powikłaniami) wynosiła w województwie kujawsko-pomorskim 85, co stanowi 26% wszystkich hospitalizacji dzieci z powodu cukrzycy w tym województwie, W Polsce było to 1,08 tys. (12,6% wszystkich hospitalizacji z powodu cukrzycy u dzieci). Hospitalizacje z powodu ostrych powikłań cukrzycy u dzieci odbywały się w 8 szpitalach w województwie (57% świadczeniodawców sprawozdających hospitalizacje z powodu cukrzycy u dzieci).

W województwie kujawsko-pomorskim wykazano założenie pompy insulinowej u 61 pacjentów poniżej 18 r.ż. wg rocznika urodzenia (w ramach SOK, AOS oraz leczenia szpitalnego). Dodatkową informacją dotyczącą pomp insulinowych jest procedura 86.081 wg ICD-9-CM, która oznacza założenie lub korektę pompy insulinowej. W analizowanym województwie łącznie sprawozdano wykonanie tej procedury dla 188 pacjentów poniżej 18 r.ż. wg rocznika urodzenia.

2.12 Nowotwory układu krwiotwórczego i chłonnego

Nowotwory układu krwiotwórczego i chłonnego zostały przeanalizowane odrębnie dla dzieci i dla dorosłych. W przypadku dorosłych na podstawie klasyfikacji ICD-10 wyodrębniono: Ostre nowotwory układu krwiotwórczego, Przewlekłe nowotwory układu krwiotwórczego, Nowotwory z prekursorowych komórek B i T, Nowotwory z dojrzałych komórek B, Nowotwory z dojrzałych komórek T i NK, Chłoniak Hodgkina, Nowotwory z komórek histiocytarnych i dendrytycznych i Transplantacje. W przypadku dzieci nie wyodrębniano poszczególnych podgrup chorób, jednak uwzględniono dodatkowo analizę transplantacji. W niniejszym dokumencie przedstawiono podsumowanie najważniejszych informacji dla podgrup Ostre nowotwory układu krwiotwórczego, Przewlekłe nowotwory układu krwiotwórczego i Nowotwory z dojrzałych komórek B. Szczegółowa analiza dla pozostałych podgrup oraz analiza w podziale na dzieci i dorosłych została przedstawiona w mapie potrzeb zdrowotnych w zakresie Nowotworów układu krwiotwórczego i chłonnego.

W 2014 roku w województwie kujawsko-pomorskim odnotowano 3 tys. hospitalizacji z powodu rozpoznań zakwalifikowanych jako Nowotwory układu krwiotwórczego i chłonnego u dorosłych. Liczba hospitalizacji na 100 tys. ludności wyniosła 145,8. Najliczniejszą w województwie kujawsko-pomorskim podgrupą pod względem liczby hospitalizacji jest zbiór rozpoznań ICD-10, któremu nadano nazwę Przewlekłe nowotwory układu krwiotwórczego. Hospitalizacje z rozpoznaniem należącym do tej podgrupy stanowiły 43,96% wszystkich hospitalizacji z analizowanymi rozpoznaniem.

Ostre nowotwory układu krwiotwórczego

W województwie kujawsko-pomorskim sprawozdano 316 hospitalizacji dorosłych z katalogu 1a i 1b. Liczba hospitalizacji na 100 tys. osób dorosłych wynosiła 18,52 i była to 4. wartość wśród województw. 80% hospitalizacji było realizowanych przez 2 szpitali. Udział hospitalizacji spoza województwa wynosił 1,9%. 77,2% hospitalizacji sprawozdano na oddziałach hematologicznych a 14,9% na oddziałach chorób wewnętrznych (77,2% zakres hematologia i 20,6% zakres choroby wewnętrzne). Spośród tych hospitalizacji grupa 'INTENSYWNE LECZENIE OSTRYCH BIAŁACZEK > 17 R.Ż.' (S01) stanowiła 33 hospitalizacji i była realizowana w 2 ośrodkach w województwie kujawsko-pomorskim. Ponadto sprawozdano 210 hospitalizacji w ramach chemioterapii, w tym 98,1% hospitalizacji z chemioterapią było

realizowanych w 2 ośrodkach.

Hospitalizacje z katalogu 1a i 1b dla chorych spoza województwa wykonywane są przez 2 świadczeniodawców realizujących więcej niż 50³⁵ hospitalizacji i obejmują od 1,3% do 3,7% wszystkich hospitalizacji. Z jednej strony może to świadczyć o wysokospecjalistycznym charakterze danego ośrodka, jeśli byłyby to hospitalizacje diagnostyczne, ale też może wskazywać na zbyt niską skuteczność w kierowaniu chorych do ośrodków bliżej ich miejsca zamieszkania, jeśli byłyby to hospitalizacje związane z przetoczeniami składników krwi bądź leczeniem infekcji. Wskazana jest dalsza, szczegółowa analiza przyczyn takich hospitalizacji.

Przewlekłe nowotwory układu krwiotwórczego

W województwie kujawsko-pomorskim sprawozdano 1339 hospitalizacji dorosłych z katalogu 1a i 1b. Liczba hospitalizacji na 100 tys. osób dorosłych wynosiła 78,47 i była to 5. wartość wśród województw. 80% hospitalizacji było realizowanych przez 3 szpitale. Udział hospitalizacji spoza województwa wynosił 1,6%. 67,8% hospitalizacji sprawozdano na oddziałach hematologicznych a 17,6% na oddziałach chorób wewnętrznych (67,8% zakres hematologia i 27,7% zakres choroby wewnętrzne). Spośród tych hospitalizacji grupy S03 i S04 stanowiły odpowiednio 445 oraz 304 hospitalizacji.

Ponadto sprawozdano 147 hospitalizacji w ramach chemioterapii, w tym 95,9% hospitalizacji z chemioterapią było realizowanych w 2 ośrodkach.

Hospitalizacje z katalogu 1a i 1b dla chorych spoza województwa wykonywane są przez 2 świadczeniodawców realizujących więcej niż 50 hospitalizacji i obejmują od 0,9% do 2,5% wszystkich hospitalizacji. Z jednej strony może to świadczyć o wysokospecjalistycznym charakterze danego ośrodka, jeśli byłyby to hospitalizacje diagnostyczne, ale też może wskazywać na zbyt niską skuteczność w kierowaniu chorych do ośrodków bliżej ich miejsca zamieszkania, jeśli byłyby to hospitalizacje związane z przetoczeniami składników krwi bądź leczeniem infekcji. Wskazana jest dalsza, szczegółowa analiza przyczyn takich hospitalizacji.

W województwie kujawsko-pomorskim było leczonych 99 chorych w ramach programu lekowego „Leczenie przewlekłej białaczki szpikowej”, co stanowi 4,37% wszystkich chorych leczonych w Polsce. Województwo charakteryzowało się ujemnym saldem migracji celem realizacji programu: -18. Obserwuje się duże zróżnicowanie w odsetkach wykorzystania hospitalizacji w celu realizacji tego programu lekowego przez świadczeniodawców w Polsce.

Liczba chorych na przewlekłe nowotwory układu krwiotwórczego poddanych chemioterapii w latach 2015 - 2016 najprawdopodobniej ulegnie zwiększeniu w związku z wprowadzeniem do katalogu chemioterapii leku stosowanego w leczeniu nowotworów kodowanych jako D46 (zespoły mielodysplastyczne).

Przetoczenia krwi w nowotworach układu krwiotwórczego

W województwie kujawsko-pomorskim sprawozdano 460 hospitalizacji na oddziałach hematologicznych wyłącznie w celu przetoczenia składników krwi, które stanowiły 39,93% wszystkich hospitalizacji z katalogu 1a i 1b u chorych na ostre i przewlekłe nowotwory układu krwiotwórczego zrealizowane na oddziałach hematologii.

Wskazana jest dalsza analiza dotycząca zasadności hospitalizacji wyłącznie celem przetoczenia w ośrodkach wysokospecjalistycznych.

³⁵Arbitralnie ustalony próg pozwalający uniknąć opisywania ruchu pojedynczych pacjentów np. w ośrodkach na granicy województw.

Nowotwory z dojrzałych komórek B

W województwie kujawsko-pomorskim sprawozdano 1273 hospitalizacji dorosłych z katalogu 1a i 1b. Liczba hospitalizacji na 100 tys. osób dorosłych wynosiła 74,61 i była to 6. wartość wśród województw. 80% hospitalizacji było realizowanych przez 2 szpitale. Udział hospitalizacji spoza województwa wynosił 4,2%. 80,1% hospitalizacji sprawozdano na oddziałach hematologicznych a 8,2% na oddziałach chorób wewnętrznych (80,1% zakres hematologia i 10,7% zakres choroby wewnętrzne). Spośród tych hospitalizacji grupy S03 i S04 stanowiły odpowiednio 404 oraz 614 hospitalizacji.

Ponadto sprawozdano 2274 hospitalizacji w ramach chemioterapii, w tym 97,6% hospitalizacji z chemioterapią było realizowanych w 4 ośrodkach.

Hospitalizacje z katalogu 1a i 1b dla chorych spoza województwa wykonywane są przez 3 świadczeniodawców realizujących więcej niż 50 hospitalizacji i obejmują od 0,9% do 22,4% wszystkich hospitalizacji. Z jednej strony może to świadczyć o wysokospecjalistycznym charakterze danego ośrodka, jeśli byłyby to hospitalizacje diagnostyczne, ale też może wskazywać na zbyt niską skuteczność w kierowaniu chorych do ośrodków bliżej ich miejsca zamieszkania, jeśli byłyby to hospitalizacje związane z przetoczeniami składników krwi bądź leczeniem infekcji. Wskazana jest dalsza, szczegółowa analiza przyczyn takich hospitalizacji.

W województwie kujawsko-pomorskim było leczonych 75 chorych w ramach programu lekowego „Leczenie chłoniaków złośliwych”, co stanowi 4,20% wszystkich chorych leczonych w Polsce. Województwo charakteryzowało się wyjątkowo wysokim dodatnim saldem migracji celem realizacji programu: 53. Dodatkowo obserwuje się duże zróżnicowanie w odsetkach wykorzystania hospitalizacji (wartości wahające się od 60,6 do 100,0%) w celu realizacji tego programu lekowego przez świadczeniodawców w Polsce.

W województwie kujawsko-pomorskim było leczonych 42 chorych w ramach programu lekowego „Lenalidomid w leczeniu chorych na opornego lub nawrotowego szpiczaka mnogiego”, co stanowi 5,50% wszystkich chorych leczonych w Polsce. Województwo charakteryzowało się ujemnym saldem migracji celem realizacji programu: -15. Obserwuje się duże zróżnicowanie w odsetkach wykorzystania hospitalizacji w celu realizacji tego programu lekowego przez świadczeniodawców w Polsce.

Transplantacje

W 2014 r. wykonano w Polsce 1278 transplantacji szpiku u dorosłych (niezależnie od sprawozdanego rozpoznania), z czego 3 (0,23%) zrealizowano w województwie kujawsko-pomorskim. Realizacją zajmowało się 1 ośrodków, z czego 0 w pełnym zakresie (tj. produkty S21, S22, S23).

2.13 Choroby krwi i układu odpornościowego

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.

Choroby krwi i układu odpornościowego zostały podzielone na podstawie klasyfikacji ICD-10 na: Niedokrwistości niedoborowe, Niedokrwistości hemolityczne (wrodzone), Niedokrwistości hemolityczne (nabyte), Niedokrwistości aplastyczne, Inne niedokrwistości, Zaburzenia krzepnięcia i skazy krwotoczne (wrodzone), Zaburzenia krzepnięcia i skazy krwotoczne (nabyte), Inne choroby krwi, Choroby układu odpornościowego (pierwotne), Choroby układu odpornościowego (wtórne), Choroby układu odpornościowego (nieokreślone), Porfiria. W niniejszym dokumencie przedstawiono podsumowanie najważniejszych informacji dla następujących podgrup: Niedokrwistości niedoborowe, Inne niedokrwistości, Zaburzenia krzepnięcia i skazy krwotoczne (nabyte) oraz Inne choroby krwi dla pacjentów dorosłych. Szczegółowa analiza dla pozostałych podgrup oraz analiza w podziale na dzieci i dorosłych została przedstawiona w

mapie potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób krwi i układu odpornościowego.

W 2014 roku w województwie kujawsko-pomorskim odnotowano u dorosłych 2,82 tys. hospitalizacji z powodu rozpoznań zakwalifikowanych jako 'Choroby krwi i układu odpornościowego'. Liczba hospitalizacji na 100 tys. dorosłych mieszkańców wyniosła 135. W 2014 roku w województwie kujawsko-pomorskim odnotowano u dzieci 0,84 tys. hospitalizacji z powodu rozpoznań zakwalifikowanych jako 'Choroby krwi i układu odpornościowego'. Liczba hospitalizacji na 100 tys. dzieci wyniosła 40.

Niedokrwistości niedoborowe

W województwie kujawsko-pomorskim sprawozdano 736 hospitalizacji z katalogu 1a i 1b. Liczba hospitalizacji na 100 tys. ludności wynosiła 35,22 i była to 10. wartość wśród województw. 80% hospitalizacji był realizowanych przez 13 szpitali. Udział hospitalizacji spoza województwa wynosił 2,2%. 1,6% hospitalizacji sprawozdano na oddziałach hematologicznych, a 87,4% na oddziałach chorób wewnętrznych (1,6% zakres hematologia i 95,4% zakres choroby wewnętrzne).

Dalszej analizie powinny zostać poddane przyczyny hospitalizacji z grupy S05, albowiem w przypadkach przedłużającej się diagnostyki, świadczenia mogłyby być realizowane w warunkach ambulatoryjnych (zwłaszcza jeśli dotyczy ona pacjentów poniżej 65. roku życia, którzy stanowią 30-80% hospitalizowanych pacjentów).

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 przyjmowani 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 muszą być podawane przez wykwalifikowany personel w miejscu, gdzie dostępny jest sprzęt do resuscytacji chorego. Po podaniu dożylnych preparatów żelaza należy obserwować chorego przez co najmniej 30 minut.

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.

Inne niedokrwistości

W województwie kujawsko-pomorskim sprawozdano 1246 hospitalizacji z katalogu 1a i 1b. Liczba hospitalizacji na 100 tys. ludności wynosiła 59,63 i była to 3. wartość wśród województw. 80% hospitalizacji było realizowanych przez 11 szpitali. Udział hospitalizacji spoza województwa wynosił 2,8%. 0,7% hospitalizacji sprawozdano na oddziałach hematologicznych, a 77,1% na oddziałach chorób wewnętrznych (0,7% zakres hematologia i 90,7% zakres choroby wewnętrzne). Większość hospitalizacji realizowana jest w oddziałach z zakresu chorób wewnętrznych, co wynika z faktu, iż niedokrwistości kodowane jako D62, D63 i D64 w większości przypadków nie są związane z chorobami hematologicznymi.

W województwie kujawsko-pomorskim 0,7% sprawozdano w oddziałach hematologicznych z zakresu hematologia. Wskazana jest dalsza, pogłębiona analiza zasadności hospitalizacji na oddziałach hematologicznych w przypadku braku konieczności wykonania wysokospecjalistycznej diagnostyki, czy leczenia hematologicznego.

Zaburzenia krzepnięcia i skazy krwotoczne (nabyte)

W województwie kujawsko-pomorskim sprawozdano 276 hospitalizacji z katalogu 1a i 1b. Liczba hospitalizacji na 100 tys. ludności wynosiła 13,21 i była to 12. wartość wśród województw. 80% hospitalizacji było realizowanych przez 7 szpitali. Udział hospitalizacji spoza województwa wyniósł 2,2%. 46,4% hospitalizacji sprawozdano na oddziałach hematologicznych, a 27,5% na oddziałach chorób wewnętrznych (46,4% zakres hematologia i 35,1% zakres choroby wewnętrzne).

Inne choroby krwi

W województwie kujawsko-pomorskim sprawozdano 200 hospitalizacji z katalogu 1a i 1b. Liczba hospitalizacji na 100 tys. ludności wynosiła 9,57 i była to 14. wartość wśród województw. 80% hospitalizacji było realizowanych przez 8 szpitali. Udział hospitalizacji spoza województwa wyniósł 5,5%. 52,0% hospitalizacji sprawozdano na oddziałach hematologicznych, a 29,0% na oddziałach chorób wewnętrznych (52,0% zakres hematologia i 32,5% zakres choroby wewnętrzne).

2.14 Nowotwory niezłośliwe

Nowotwory niezłośliwe zostały podzielone na podstawie klasyfikacji ICD-10 na 10 podgrup w zależności od umiejscowienia nowotworu. W niniejszym dokumencie przedstawiono podsumowanie najważniejszych informacji. Szczegółowa analiza dla podgrup została przedstawiona w mapie potrzeb zdrowotnych w zakresie nowotworów niezłośliwych.

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 nowotworów złośliwych) wyniosła w Polsce 280,1 tys., z czego 80% z nich zostało sprawozdanych przez 314 świadczeniodawców (36,9% świadczeniodawców, którzy sprawozdali hospitalizacje z zakresu analizowanej grupy).

W przypadku poszczególnych podgrup, najwięcej hospitalizacji sprawozdano w przypadku podgrupy nowotworów niezłośliwych narządów płciowych (68,4 tys.), a najmniej w przypadku nowotworów niezłośliwych innych (1,6 tys.).

W województwie kujawsko-pomorskim odnotowano 14,6 tys. hospitalizacji z zakresu nowotworów niezłośliwych u 47 świadczeniodawców i była to 7. wartość w skali kraju. Mediana liczby hospitalizacji wyniosła 192. Liczbę hospitalizacji powyżej mediany odnotowano u 23 świadczeniodawców. Jednocześnie w przypadku 33 świadczeniodawców odnotowano mniej niż 100 hospitalizacji w ciągu roku.

W ramach analizy poszczególnych podgrup, najwięcej hospitalizacji w analizowanym województwie odnotowano w przypadku podgrupy nowotworów niezłośliwych narządów płciowych (4,5 tys.), a najmniej w przypadku nowotworów niezłośliwych innych (0,1 tys.).

W przypadku 6 województw odnotowano dodatnie saldo migracji, najwięcej w województwie mazowieckim. W analizowanym województwie, saldo migracji wyniosło 191 i była to 4. wartość w skali kraju. Dodatnie saldo migracji wskazuje na napływ pacjentów z ościennych województw i może wskazywać na dobrą dostępność do świadczeń. Na podstawie danych można wnioskować o dążeniu pacjentów do ośrodków akademickich oraz centrów onkologii.

Z analizy w zakresie nowotworów niezłośliwych zostały wyłączone dane pacjentów, którzy w późniejszym czasie pojawili się z rozpoznaniem z zakresu nowotworów złośliwych. Wymieniona grupa pacjentów została wzięta pod uwagę w mapie potrzeb zdrowotnych w zakresie nowotworów złośliwych. Jednakże, celem ukazania zjawiska rozpoznania o niepewnym lub nieznanym charakterze, związanej z tym analizie podano wszystkie dane dotyczące nowotworów o niepewnym lub nieznanym charakterze. W analizowanej grupie chorób odnotowano wysoki udział rozpoznania o niepewnym lub nieznanym charakterze (41,7% w skali kraju). Największy udział tychże rozpoznania wykazano w województwie świętokrzyskim (51,6%). W województwie kujawsko-pomorskim odnotowano 8,3 tys. hospitalizacji z powodu rozpoznania nowotworu o niepewnym lub nieznanym charakterze (43,5% wszystkich rozpoznania z analizowanej grupy w tym województwie), a najwięcej w podgrupie określonej jako nowotwory niezłośliwe układu moczowego (96,3%). Na podstawie danych można wnioskować o niedokładnej sprawozdawczości w zakresie rozpoznania 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 ujednoliconej klasyfikacji histopatologicznej (słownik klasyfikacji histopatologicznej) w pracowniach histopatologicznych. Jednocześnie, należy zauważyć, że w przypadku 84,0 tys. hospitalizacji z rozpoznaniem o niepewnym lub nieznanym charakterze pacjenci pojawili się w późniejszym czasie z rozpoznaniem z zakresu nowotworów złośliwych (w województwie kujawsko-pomorskim wartość ta wynosiła 4,6 tys. hospitalizacji). Stanowiło to 55,1% hospitalizacji o niepewnym lub nieznanym charakterze w skali kraju. W województwie kujawsko-pomorskim odsetek ten wyniósł 55,0%.

W trakcie analizy zaobserwowano stosunkowo zróżnicowany odsetek hospitalizacji zabiegowych. W analizowanym województwie w poszczególnych podgrupach najwyższą wartość wykazano w przypadku rozpoznania z podgrupy nowotwory niezłośliwe piersi (98,5%), a najniższą - nowotwory niezłośliwe układu oddechowego, klatki piersiowej i serca (40,6%). W przypadku nowotworów niezłośliwych, wysoki wskaźnik hospitalizacji o charakterze zabiegowym należy uznać za prawidłowy.

Z danych wynika, że współczynnik 30-dniowej rehospitalizacji (z rozpoznaniem z analizowanej grupy, w dowolnym szpitalu) w województwie kujawsko-pomorskim był najwyższy w przypadku podgrupy określonej jako nowotwory niezłośliwe układu oddechowego, klatki piersiowej i serca (6,8%), a najniższy - nowotwory niezłośliwe układu moczowego (0,5%). W przypadku 38 świadczeniodawców w województwie był on wyższy niż 5%. W tych przypadkach, wydaje się stosowne przeprowadzenie analizy przyczyn takiego zjawiska.

Zaobserwowano także różny średni czas pobytu u poszczególnych świadczeniodawców. W przypadku grupy nowotworów niezłośliwych (w tym o niepewnym lub nieznanym charakterze), średni czas pobytu dla Polski wynosi 3,9 dni. W analizowanych podgrupach najdłuższy średni czas pobytu odnotowano w przypadku podgrupy określonej jako nowotwory niezłośliwe układu nerwowego (9,9 dni), a najkrótszy w przypadku podgrupy określonej jako nowotwory niezłośliwe układu oddechowego, klatki piersiowej i serca (1,5 dnia). W województwie kujawsko-pomorskim czas pobytu dłuższy od średniej wojewódzkiej wykazano u 3 z 47 świadczeniodawców. W przypadku świadczeniodawców, u których stwierdzono długi średni czas pobytu, zasadnym jest przeanalizowanie tego zjawiska, z uwzględnieniem faktu, iż może on wynikać z oczekiwania na wynik ostatecznego badania histopatologicznego (co ma pozytywny wpływ jedynie na sprawozdawczość) lub ze współczynnika wielochorobowości (pacjenci charakteryzujący się większym obciążeniem wymagają dłuższego przygotowania do zabiegu i związanej z tym hospitalizacji.)

2.15 Wrodzone wady rozwojowe

Wrodzone wady rozwojowe zostały podzielone na podstawie klasyfikacji ICD-10 na wady mnogie, w tym aberracje chromosomowe, wady naczyń krwionośnych, przepukliny, wady narządów płciowych, wady układu nerwowego, wady oka, ucha, twarzy i szyi, inne, w tym wady układu oddechowego, rozszczepy wargi i/lub podniebienia, wady przewodu pokarmowego, wady układu moczowego, wady układu mięśniowo-szkieletowego, wady powłok ciała. Liczba hospitalizacji w województwie z tytułu WWR wyniosła 3334. W niniejszym dokumencie przedstawiono podsumowanie najważniejszych informacji dla wad układu moczowego, wad przewodu pokarmowego i przepuklin. Szczegółowa analiza dla pozostałych podgrup została przedstawiona w mapie potrzeb zdrowotnych dla wrodzonych wad rozwojowych.

W województwie kujawsko-pomorskim w grupach wady układu moczowego (noworodki i niemowlęta), wady przewodu pokarmowego (noworodki i niemowlęta), wady układu moczowego (dzieci powyżej 1 r.ż.), wady przewodu pokarmowego (dzieci powyżej 1 r.ż.), przepukliny odpowiednio 74%, 80%, 71%, 59%, 79% hospitalizacji z grup miało miejsce w 4, 4, 3, 1, 5 szpitalach (odpowiednio 31%, 40%, 25%, 12%, 33% wszystkich szpitali z tego województwa leczących pacjentów z tym rozpoznaniem).

Najczęściej wykorzystywaną grupą JGP do sprawozdawania hospitalizacji w grupach wady układu moczowego (powyżej 1 r.ż.), wady przewodu pokarmowego (powyżej 1 r.ż.), przepukliny były odpowiednio L84 INNE CHOROBY NEREK, F26 CHOROBY JELITA CIENKIEGO (BEZ CHORÓB ZAPALNYCH), F73 OPERACJE PRZEPUKLIN BRZUSZNYCH (odpowiednio 44,8% i 35,3% i 78,4% hospitalizacji sprawozdanych z JGP w województwie).

W grupach wady układu moczowego, wady przewodu pokarmowego, przepukliny w województwie kujawsko-pomorskim istniało odpowiednio 2, 3, 2 świadczeniodawców, którzy sprawozdali przynajmniej jeden zabieg specjalistyczny, ale mniej niż dwanaście. Dane jednostki wykonały również mniej niż 50 zabiegów specjalistycznych we wszystkich WWR. Warto monitorować te statystyki pod kątem ewentualnego wpływu na gorszą jakość leczenia, ze względu na niskie doświadczenie świadczeniodawcy.

W województwie kujawsko-pomorskim mediana czasu pobytu chorych z grup wady układu moczowego (noworodki i niemowlęta), wady przewodu pokarmowego (noworodki i niemowlęta), wady układu moczowego (dzieci powyżej 1 r.ż.), wady przewodu pokarmowego (dzieci powyżej 1 r.ż.), przepukliny wynosi odpowiednio 3, 4, 2, 3, 2 dni (w Polsce natomiast 3, 6, 2, 2, 2 dni). W województwie kujawsko-pomorskim w grupach wady układu moczowego i wady przewodu pokarmowego istnieje odpowiednio 0 i 5 świadczeniodawców, którzy sprawozdali jednego bądź dwóch pacjentów z rozpoznaniem, które powinny być leczone w wieku noworodkowym. Należy analizować czemu nie są hospitalizowani w najbardziej doświadczonych szpitalach w województwie.



EFEKTYWNE DZIAŁANIE
PRZEZ MAPOWANIE



Ministerstwo Zdrowia

Część III

Lecznictwo szpitalne - moduł B

3.1 Choroby metaboliczne

Choroby metaboliczne zostały podzielone na podstawie klasyfikacji ICD-10 na: niedożywienie, inne niedobory pokarmowe, otyłość, zaburzenia metaboliczne, zaburzenia gospodarki wodno-elektrolitowej, osteoporoza i inne choroby metaboliczne kości oraz niedobory witaminy D. W niniejszym dokumencie przedstawiono podsumowanie najważniejszych informacji dla wymienionych grup chorób. Szczegółowa analiza dla pozostałych podgrup oraz analiza w podziale na dzieci i dorosłych została przedstawiona w mapie potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób metabolicznych.

Niedożywienie

Liczba hospitalizacji na 100 tys. dorosłych jest zróżnicowana pomiędzy województwami (w województwie kujawsko-pomorskim było to 13,42 hospitalizacji na 100 tys. dorosłych (liczba hospitalizacji niedożywienia ogółem w województwie wyniosła 229), przy wartości w Polsce 17,21). Odsetek hospitalizacji pacjentów spoza województwa waha się od 1,75% do 6,78%. W województwie kujawsko-pomorskim wyniósł 1,75%. W przypadku pacjentów poniżej 18 roku życia liczba hospitalizacji na 100 tys. dzieci jest także zróżnicowana pomiędzy województwami (w województwie kujawsko-pomorskim było to 7,83 hospitalizacji na 100 tys. dzieci, przy wartości w Polsce 9,10). Eksperti medyczni stwierdzili, że prawdopodobnie występujące różnice nie wynikają z rzeczywistej epidemiologii, lecz z różnic w sprawozdawczości. Dodatkowo należy zauważyć, że powyższe zróżnicowanie może wynikać z istnienia lub nie istnienia w danym województwie i województwach sąsiadujących ośrodków wysokospecjalistycznych zajmujących się daną grupą chorób, położenia geograficznego oraz struktury demograficznej województwa i województw sąsiednich.

W województwie kujawsko-pomorskim 10 szpitali wykonywało 80% wszystkich hospitalizacji, gdzie rozpoznaniem głównym było niedożywienie. Wśród dorosłych dominują pacjenci w wieku 55-85 lat. Natomiast wśród dzieci dominują pacjenci w wieku 0-3 lat. W województwie kujawsko-pomorskim rozkład hospitalizacji dorosłych według oddziałów przedstawiał się następująco: oddział chorób wewnętrznych (60,26%), oddział chirurgiczny ogólny (16,59%) oraz oddział nefrologiczny (7,86%) (w przypadku dzieci: oddział pediatryczny (93,33%), oddział hematologiczny dla dzieci (3,33%) oraz oddział obserwacyjno-zakaźny dla dzieci (3,33%)).

Analiza trybów przyjęcia pacjenta wskazuje, że w województwie kujawsko-pomorskim odsetek hospitalizacji dorosłych w trybie nagłym (przekazanych przez ZRM) wyniósł 22,27% (w przypadku dzieci było to 3,33%) (wartość dla Polski: 22,42% - dorośli, 2,24% - dzieci), odsetek hospitalizacji dorosłych w trybie nagłym (inne przypadki) wyniósł 55,02% (w przypadku dzieci było to 26,67%) (wartość dla Polski: 57,41% - dorośli, 50,99% - dzieci), a odsetek hospitalizacji dorosłych w trybie planowym wyniósł 22,71% (w przypadku dzieci było to 70%) (wartość dla Polski: 19,81% - dorośli, 46,64% - dzieci).

Natomiast analiza trybów wypisu ze szpitala wskazuje, że występuje wysoki odsetek zgonów w trakcie hospitalizacji, gdzie główną przyczyną było niedożywienie u dorosłych (w województwie kujawsko-pomorskim 29,26%, w Polsce 26,05%). Wartości takie prawdopodobnie wynikają z charakteru schorzenia. Analiza trybów wypisu pokazuje, że nie odnotowano zgonów z powodu niedożywienia dzieci w województwie.

Duży udział ponownych hospitalizacji (w ciągu 30 dni w tym samym szpitalu z dowolnym rozpoznaniem) w województwie kujawsko-pomorskim (10,92%) może sugerować, że hospitalizowani pacjenci cierpią na kilka schorzeń i wymagają kompleksowej i częstej opieki. Tezę tę potwierdza wartość współczynnika Charlson (udział pacjentów ze współczynnikiem wyższym od 0 wyniósł w Polsce 56,80%).

Inne niedobory pokarmowe

Liczba hospitalizacji na 100 tys. dorosłych jest zróżnicowana pomiędzy województwami (w województwie kujawsko-pomorskim było to 23,97 hospitalizacji na 100 tys. dorosłych, przy wartości w Polsce 24,17). Ogółem liczba hospitalizacji z powodu analizowanej podgrupy w województwie wyniosła 409). Różnice te nie mogą być tłumaczone migracją pacjentów - odsetek hospitalizacji pacjentów spoza województwa waha się od 0% do 6,51%, a w województwie kujawsko-pomorskim wyniósł 2,2%. Eksperti medyczni stwierdzili, że prawdopodobnie występujące różnice nie wynikają z rzeczywistej epidemiologii, lecz z różnic w sprawozdawczości.

W województwie kujawsko-pomorskim 5 szpitali wykonywało 80% wszystkich hospitalizacji dorosłych, gdzie rozpoznaniem głównym były inne niedobory pokarmowe. Analiza danych pokazuje, że rozkład hospitalizacji innych niedoborów pokarmowych według oddziałów przedstawiał się następująco: oddział chorób wewnętrznych (76,77%), oddział nefrologiczny (16,87%) oraz oddział gastroenterologiczny (1,96%).

Analiza trybów przyjęcia pacjenta wskazuje, że w województwie kujawsko-pomorskim odsetek hospitalizacji w trybie nagłym (przekazanych przez ZRM) wynosił 6,6% (wartość dla Polski: 10,88%), odsetek hospitalizacji w trybie nagłym (inne przypadki) wynosił 69,93% (wartość dla Polski: 61,25%), a odsetek hospitalizacji w trybie planowym wynosił 23,47% (wartość dla Polski: 27,77%).

Duży udział ponownych hospitalizacji w województwie kujawsko-pomorskim (13,2%) może sugerować, że są to pacjenci chorujący na wiele chorób - wymagający kompleksowej i częstej opieki. Wśród dorosłych dominują pacjenci w wieku 65-90 lat. Tezę tę potwierdza wartość współczynnika Charlson (udział pacjentów ze współczynnikiem wyższym od 0 wynosił w Polsce 27,30%). Udział pacjentów starszych niż 80 lat, hospitalizowanych z rozpoznaniem głównym inne niedobory pokarmowe wyniósł w Polsce 27,4%, a w województwie kujawsko-pomorskim 26,3%.

Zaburzenia metaboliczne

Liczba hospitalizacji na 100 tys. dorosłych jest znacznie zróżnicowana pomiędzy województwami (w województwie kujawsko-pomorskim było to 63,29 hospitalizacji na 100 tys. dorosłych, przy wartości w Polsce 48,81). Odsetek hospitalizacji pacjentów spoza województwa waha się od 2,43% do 19,75%. W województwie kujawsko-pomorskim wyniósł 6,48%. W przypadku pacjentów poniżej 18. roku życia, liczba hospitalizacji na 100 tys. dzieci jest także znacznie zróżnicowana pomiędzy województwami (w województwie kujawsko-pomorskim było to 81,16 hospitalizacji na 100 tys. dzieci, przy wartości w Polsce 95,22). Liczba hospitalizacji ogółem z powodu zaburzeń metabolicznych w analizowanym województwie wyniosła 1391.

W województwie kujawsko-pomorskim 7 szpitali wykonywało 80% wszystkich hospitalizacji dorosłych (wśród dzieci: 4 szpitale wykonywały 80% wszystkich hospitalizacji), gdzie rozpoznaniem głównym były zaburzenia metaboliczne. Analiza danych wskazuje, że dorośli pacjenci są głównie hospitalizowani na oddziałach: chorób wewnętrznych(73,98%), endokrynologiczny(14,91%). Wśród dzieci i młodzieży pacjenci są głównie hospitalizowani na oddziałach: pediatryczny(62,7%), endokrynologiczny dla dzieci (28,94%).

Udział pacjentów starszych niż 80 lat, hospitalizowanych z rozpoznaniem głównym jako zaburzenia metaboliczne wyniósł w Polsce 7,69%, a w województwie kujawsko-pomorskim 6,78%.

Spadek liczby hospitalizacji u młodych dorosłych może być spowodowany problemami z tranzycją ze służby zdrowia dla dzieci do opieki dla dorosłych (jedną z przyczyn może być brak specjalistycznych ośrodków do leczenia szpitalnego dorosłych).

Istotną kwestią w zaburzeniach metabolicznych u dzieci jest dostęp do programów lekowych.

Ośrodki realizujące program lekowy „Leczenie ciężkich wrodzonych hiperhomocysteinemii” znajdowały się w 2 województwach (w 3 ośrodkach, dotyczy to 17 pacjentów w skali kraju). W województwie kujawsko-pomorskim nie odnotowano żadnego pacjenta.

Ośrodki realizujące program lekowy „Leczenie choroby Hurler” znajdowały się w 11 województwach (w 14 ośrodkach, dotyczy to 17 pacjentów w skali kraju). Zwraca uwagę wysoka liczba kontaktów przypadających na pacjenta (42,7), co wynika ze specyfiki podawanego leku.

Ośrodki realizujące program lekowy „Leczenie mukopolisacharydozy typu II (zespół Huntera)” znajdowały się w 7 województwach (w 13 ośrodkach, dotyczy to 20 pacjentów w skali kraju). Zwraca uwagę wysoka liczba kontaktów przypadających na pacjenta (48,8), co wynika ze specyfiki podawanego leku. W województwie kujawsko-pomorskim nie odnotowano żadnego pacjenta.

Ośrodki realizujące program lekowy „Leczenie choroby Pompego” znajdowały się w 10 województwach (w 15 ośrodkach, dotyczy to 33 pacjentów w skali kraju). Zwraca uwagę wysoka liczba kontaktów przypadających na pacjenta (23,4), co wynika ze specyfiki podawanego leku. W województwie kujawsko-pomorskim nie odnotowano żadnego pacjenta.

Ośrodki realizujące program lekowy „Leczenie mukopolisacharydozy typu VI (zespół Maroteaux-Lamy)” znajdowały się w 2 województwach (w 2 ośrodkach, dotyczy to 2 pacjentów w skali kraju). Zwraca uwagę wysoka liczba kontaktów przypadających na pacjenta (40,5), co wynika ze specyfiki podawanego leku. W województwie kujawsko-pomorskim nie odnotowano żadnego pacjenta.

Ośrodki realizujące program lekowy „Leczenia choroby Gauchera typu I” znajdowały się w 4 województwach (w 4 ośrodkach, dotyczy to 6 pacjentów w skali kraju).

Na kolejnym etapie analiz zasadne jest przeanalizowanie migracji pacjentów w programach lekowych.

Zaburzenia gospodarki wodno-elektrolitowej

Liczba hospitalizacji na 100 tys. dorosłych jest zróżnicowana pomiędzy województwami (w województwie kujawsko-pomorskim było to 82,81 hospitalizacji na 100 tys. dorosłych (liczba hospitalizacji dorosłych dla danej podgrupy wyniosła 1413 w omawianym województwie), przy wartości w Polsce 42,88). Odsetek hospitalizacji pacjentów spoza województwa waha się od 1,57% do 6,14%. Odsetek migracji uzależniony jest od istnienia lub nie istnienia w danym województwie i województwach sąsiadujących ośrodków wysokospecjalistycznych zajmujących się zaburzeniami gospodarki wodno-elektrolitowej, położenia geograficznego oraz struktury demograficznej województwa i województw sąsiednich.

W przypadku pacjentów poniżej 18. roku życia, liczba hospitalizacji na 100 tys. dzieci jest także zróżnicowana pomiędzy województwami (w województwie kujawsko-pomorskim było to 66,81 hospitalizacji na 100 tys. dzieci, przy wartości w Polsce 65,61). Odsetek hospitalizacji pacjentów spoza województwa waha się od 1% do 18%. W województwie kujawsko-pomorskim wyniósł 3,52%.

W województwie kujawsko-pomorskim 13 szpitali wykonywało 80% wszystkich hospitalizacji dorosłych, gdzie rozpoznaniem głównym były zaburzenia gospodarki wodno-elektrolitowej. Analiza danych wskazuje, że dorośli pacjenci są głównie hospitalizowani na oddziałach: chorób wewnętrznych (83,93%), endokrynologiczny (4,18%).

W województwie kujawsko-pomorskim 5 szpitali wykonywało 80% wszystkich hospitalizacji dzieci, gdzie rozpoznaniem głównym były zaburzenia gospodarki wodno-elektrolitowej. Analiza danych wskazuje, że najważniejsze oddziały, na których hospitalizowano dzieci to: oddział pediatryczny (97,66%) oraz oddział hematologiczny dla dzieci (2,34%).

Wysoki udział hospitalizacji dzieci z rozpoznaniem zaburzenia wodno-elektrolitowe występował w grupie najmłodszych pacjentów, co wynika z konieczności wczesnej interwencji w tej grupie wiekowej (płyny parenteralne/diagnostyka).

Osteoporoza i inne choroby metaboliczne kości

Liczba hospitalizacji na 100 tys. dorosłych jest zróżnicowana pomiędzy województwami (w województwie kujawsko-pomorskim było to 48,64 hospitalizacji na 100 tys. dorosłych, przy wartości w Polsce

41,99). Odsetek hospitalizacji pacjentów spoza województwa waha się od 1,97% do 18,55%. W województwie kujawsko-pomorskim wyniósł 4,22%. Liczba hospitalizacji pacjentów poniżej 18. roku życia na 100 tys. dzieci jest także zróżnicowana pomiędzy województwami (w województwie kujawsko-pomorskim było to 8,87 hospitalizacji na 100 tys. dzieci, przy wartości w Polsce 20,38). Odsetek hospitalizacji pacjentów spoza województwa waha się od 0% do 33,33%. W województwie kujawsko-pomorskim wyniósł 5,88%. Liczba hospitalizacji ogółem z powodu osteoporozy wyniosła 864 w omawianym województwie. Prawdopodobnie występujące różnice nie wynikają z rzeczywistej epidemiologii, lecz z różnic w sprawozdawczości i lokalizacji ośrodków specjalistycznych.

W województwie kujawsko-pomorskim 5 szpitali wykonywało 80% wszystkich hospitalizacji dorosłych, gdzie rozpoznaniem głównym rozpoznaniem była osteoporoza i inne choroby metaboliczne. Analiza danych wskazuje, że najważniejsze oddziały, na których hospitalizowano dorosłych pacjentów to: oddział chirurgii urazowo-ortopedycznej (49,88%), oddział neurochirurgiczny (14,46%) oraz oddział chorób wewnętrznych (14,1%).

Analiza trybów przyjęcia pacjenta wskazuje, że w województwie kujawsko-pomorskim odsetek hospitalizacji dorosłych w trybie nagłym (przekazanych przez ZRM) wynosił 2,29% (w przypadku dzieci było to 0%) (wartość dla Polski: 1,96% - dorośli, 0,49% - dzieci), odsetek hospitalizacji dorosłych w trybie nagłym (inne przypadki) wynosił 10,48% (w przypadku dzieci było to 20,59%) (wartość dla Polski: 18,56% - dorośli, 17,64% - dzieci), a odsetek hospitalizacji dorosłych w trybie planowym wynosił 87,23% (w przypadku dzieci było to 79,41%) (wartość dla Polski: 79,05% - dorośli, 81,51% - dzieci).

Udział pacjentów starszych niż 80 lat, hospitalizowanych z rozpoznaniem głównym osteoporoza i inne choroby metaboliczne kości wyniósł w Polsce 15,79%, a w województwie kujawsko-pomorskim 14,73%.

Zwraca uwagę znaczny odsetek dorosłych pacjentów rehabilitowanych po hospitalizacji z powodu osteoporozy i innych metabolicznych chorób kości (22,11% w Polsce i 27,23% w województwie kujawsko-pomorskim). Wartość tego wskaźnika jest nieznacznie zróżnicowana pomiędzy poszczególnymi województwami. Duże zróżnicowanie liczby pacjentów rehabilitowanych w poszczególnych województwach w Polsce wydaje się korelować z liczbą pacjentów leczonych w danym województwie.

Złamania po 50. roku życia

Zgodnie z informacjami przekazanymi przez ekspertów medycznych rozpoznanie złamania po 50. roku życia jest prawie równoznaczne z rozpoznaniem osteoporozy. W związku z tym łączna liczba hospitalizacji w grupach osteoporoza i inne choroby kości dorośli oraz złamania po 50. roku życia lepiej (choć nie w pełni) odzwierciedla rzeczywistą epidemiologię osteoporozy. Przy łącznej analizie tych dwóch grup, hospitalizacje z powodu osteoporozy i innych chorób metabolicznych kości są najczęstszą przyczyną hospitalizacji w grupie chorób metabolicznych.

W grupie złamania po 50. roku życia liczba hospitalizacji nie jest znacząco zróżnicowana pomiędzy województwami (w województwie kujawsko-pomorskim było to 3 095).

3.2 Choroby oka i okolic

Choroby oka i okolic zostały podzielone na podstawie klasyfikacji ICD-10 na podgrupy: zaćma (w tym stany pozaćmowe), jaskra, AMD, zez i niedowidzenie, schorzenia siatkówki i ciała szklistego z wyłączeniem AMD, schorzenia aparatu ochronnego oka i oczodołu, schorzenia rogówki. W niniejszym dokumencie przedstawiono podsumowanie najważniejszych informacji dla poszczególnych podgrup. Szczegółowa analiza została przedstawiona w Mapie Potrzeb Zdrowotnych w zakresie chorób oka i okolic.

Zaćma

W 2014 roku w województwie kujawsko-pomorskim odnotowano 15,8 tys. hospitalizacji, które zakwalifikowano do grupy zaćma, co stanowiło 74,1% wszystkich hospitalizacji z powodu rozpoznań, które przeanalizowano w mapie potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób oka i okolic dla województwa kujawsko-pomorskiego. Liczba hospitalizacji na 100 tys. mieszkańców wyniosła 756,9 i była to 1 wartość wśród województw.

W Polsce wykazano dysproporcje w liczbie hospitalizacji jednodniowych w województwach. Największy odsetek hospitalizacji jednodniowych występował w województwach wielkopolskim (37%), kujawsko-pomorskim (34%) i małopolskim (30%), najmniejszy zaś w województwach podlaskim (0%), zachodniopomorskim (4%) i śląskim (5%). W województwie kujawsko-pomorskim odsetek hospitalizacji jednodniowych w ośrodkach powyżej 300 pacjentów wahał się od 0% do 100%.

Odsetki leczenia zaćmy powikłanej (sprawozdane produkty z grupy B18 wg klasyfikacji JGP) w zestawieniu z leczeniem 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%). Odsetki te są również zróżnicowane według ośrodków wewnątrz omawianego województwa. 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).

Stany pozaćmowe

W 2014 roku w województwie kujawsko-pomorskim odnotowano 0,01 tys. hospitalizacji z powodu powyższych rozpoznań, co stanowiło 0,1% wszystkich hospitalizacji z powodu rozpoznań, które przeanalizowano w mapie potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób oka i okolic dla województwa kujawsko-pomorskiego. Liczba hospitalizacji na 100 tys. mieszkańców wyniosła 0,7 i była to 14 wartość wśród województw.

Odsetek pacjentów z rozpoznaniem stany zaćmowe pojawiających się w AOS w ośrodkach waha się od 1,9% do 2,5% w omawianym województwie. W następnym kroku należy przeanalizować odsetek sprawozdanej procedury kapsulotomia w ramach rozpoznań stany pozaćmowe w AOS oraz w szpitalu.

Jaskra

W 2014 roku w województwie kujawsko-pomorskim odnotowano 0,4 tys. hospitalizacji z powodu jaskry, co stanowiło 1,7% wszystkich hospitalizacji z powodu rozpoznań, które przeanalizowano w mapie potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób oka i okolic dla województwa kujawsko-pomorskiego. Liczba hospitalizacji na 100 tys. mieszkańców wyniosła 17,1 i była to 14 wartość wśród województw. W analizie wykazano również, że w województwie kujawsko-pomorskim sprawozdano 5,6%, hospitalizacji pacjentów zameldowanych poza terenem województwa gdzie sprawozdano hospitalizację.

Występują różnice w odsetkach hospitalizacji zabiegowych między województwami. 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 wynosił 59,3%. W analizowanym województwie odsetek ten wyniósł 62,6%. Udział dużych zabiegów wśród hospitalizacji zabiegowych w jaskrze był zróżnicowany w województwie wśród ośrodków, maksymalnie wynosił 46%. 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%), zaś w województwie kujawsko-pomorskim wskaźnik ten wyniósł 37,4%.

AMD

W 2014 roku w województwie kujawsko-pomorskim odnotowano 2,16 tys. hospitalizacji z powodu powyższych rozpoznań, co stanowiło 10,1% wszystkich hospitalizacji z powodu rozpoznań, które przeanalizowano w mapie potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób oka i okolic dla województwa kujawsko-pomorskiego. Liczba hospitalizacji na 100 tys. mieszkańców wyniosła 103,6 i była to 2 wartość wśród województw.

W Polsce występowały różnice we sprawozdawczości JGP B02 - leczenie wysiękowej postaci AMD z zastosowaniem infekcji doszkliskowych przeciwciała monoklonalnego anty-VEGF/ rekombinowanego białka fuzyjnego. W Polsce wskaźnik ten wyniósł 84,1%, a w województwie kujawsko-pomorskim 98,9%.

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.

Zez oraz niedowidzenie

W 2014 roku w województwie kujawsko-pomorskim odnotowano 0,24 tys. hospitalizacji z powodu powyższych rozpoznań, co stanowiło 1,1% wszystkich hospitalizacji, które przeanalizowano w mapie potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób oka i okolic dla województwa kujawsko-pomorskiego. Liczba hospitalizacji na 100 tys. mieszkańców wyniosła 11,4 i była to 11 wartość wśród województw.

Zez i niedowidzenie jest problemem wieku rozwojowego, a średni wiek pacjenta hospitalizowanego z powodu zezu i niedowidzenia wyniósł w Polsce w 2014 roku 18 lat. Może z tego wynikać, że pacjenci byli hospitalizowani i leczeni zbyt późno. Tezę tę wzmacnia fakt, że udział pacjentów hospitalizowanych w grupie wiekowej 5-8 lat wyniósł dla Polski jedynie 32%. W kolejnym kroku należy przeanalizować funkcjonowanie AOS oraz POZ w zakresie wczesnego wykrywania zezu 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

W 2014 roku w województwie kujawsko-pomorskim odnotowano 1,3 tys. hospitalizacji z powodu powyższych rozpoznań, co stanowiło 6,0% wszystkich hospitalizacji z powodu rozpoznań, które zakwalifikowano do omawianej grupy, które przeanalizowano w mapie potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób oka i okolic dla województwa kujawsko-pomorskiego. Liczba hospitalizacji na 100 tys. mieszkańców wyniosła 60,8 i była to 6 wartość wśród województw.

W województwach występowały duże różnice w odsetkach hospitalizacji zabiegowych. Największa 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 występowały duże różnice we sprawozdawczości procedury witrektomia oraz witrektomia ze wstrzyknięciem substytutu. Największy udział hospitalizacji ze sprawozdaną procedurą witrektomia występował 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%). Największy udział hospitalizacji ze sprawozdaną procedurą witrektomia ze wstrzyknięciem substytutu występował w województwach śląskim (48,9%), wielkopolskim (44,6%) i pomorskim (35,9%) (w Polsce wartość wskaźnika wynosi 27,7%) najmniejsza w województwach podkarpackim (12,3%), opolskim (6,5%) i podlaskim (3,8%). Eksperci medyczni wskazali, że przyczyną tego zjawiska może być niespójny system kwalifikacji do pilnych zabiegów witeo-retinalnych. W omawianym województwie odsetek hospitalizacji ze sprawozdaną procedurą witrektomia z wszczepieniem substytutu wynosił 21%.

Schorzenia aparatu ochronnego oka i oczodołu

W 2014 roku w województwie kujawsko-pomorskim odnotowano 1,1 tys. hospitalizacji z powodu powyższych rozpoznań, co stanowiło 5,0% wszystkich hospitalizacji z powodu rozpoznań, które przeanalizowano w mapie potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób oka i okolic dla województwa kujawsko-pomorskiego. Liczba hospitalizacji na 100 tys. mieszkańców wyniosła 51,1 i była to 9 wartość wśród województw. W analizie wykazano również, że w województwie kujawsko-pomorskim sprawozdano 6,8% hospitalizacji pacjentów zameldowanych poza terenem województwa gdzie sprawozdano hospitalizację.

Odsetek hospitalizacji zabiegowych był zróżnicowany wśród województw. 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. Odsetek hospitalizacji dotyczących zabiegów małych w omawianym województwie wynosił 25%.

Schorzenia rogówki

W 2014 roku w województwie kujawsko-pomorskim odnotowano 0,14 tys. hospitalizacji z powodu powyższych rozpoznań, co stanowiło 0,6% wszystkich hospitalizacji z powodu rozpoznań, które przeanalizowano w mapie potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób oka i okolic dla województwa kujawsko-pomorskiego. Liczba hospitalizacji na 100 tys. mieszkańców wyniosła 6,5 i była to 9 wartość wśród województw. W analizie wykazano również, że w województwie kujawsko-pomorskim sprawozdano 7,4% hospitalizacji pacjentów zameldowanych poza terenem województwa gdzie sprawozdano hospitalizację.

W Polsce rozkład hospitalizacji na 100 tys. ludności był zróżnicowany i występowały duże migracje (największe do województwa mazowieckiego i śląskiego). Powyższe wynika najprawdopodobniej z przepisów związanych z pozwoleniem przeprowadzania operacji z przeszczepem w Polsce.

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

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 województwach śląskim (3,2%) oraz lubelskim (1,0%), natomiast najniższy odsetek występował w województwie mazowieckim (0,8%) oraz pomorskim (0,6%). W omawianym województwie odsetek ten wynosił 0%.

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.

Enukleacje i ewisceracje

Odsetek enukleacji i ewisceracji bez wszczepu wahał się w Polsce w zakresie od 40% do 100% w danych dla województw. W omawianym województwie nie wykazano enukleacji i ewisceracji bez wszczepu. 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).

3.3 Choroby skóry

Choroby skóry zostały podzielone na podstawie klasyfikacji ICD-10 na wybrane zakażenia, wybrane nowotwory niezłośliwe, zapalenie skóry i wyprysk, oparzenia, odmrożenia, odleżyny, owrzodzenia, choroby tkanki łącznej oraz wybrane układowe, choroby zapalne skóry, łuszczycę, nieczerniakowe złośliwe nowotwory skóry, stany przedrakowe, raki in situ, porzywka i obrzęk naczyń ruchomy, wrodzone wady skóry, zakażenia przenoszone głównie drogą płciową, skórny chłoniak z komórek T, autoimmunizacyjne choroby pęcherzowe. W niniejszym dokumencie przedstawiono podsumowanie najważniejszych informacji dla grup: wybrane zakażenia, wybrane nowotwory niezłośliwe oraz zapalenie skóry i wyprysk. Szczegółowa analiza pozostałych podgrup została przedstawiona w mapie potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób skóry.

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 w Polsce 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-mazurskim (968), a najniższą - w opolskim (509). Analogiczny współczynnik dla dorosłych osiągnął najwyższą wartość w województwie mazowieckim (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.

W województwie kujawsko-pomorskim w grupie wybrane zakażenia, najczęstszą grupą JGP wykorzystywaną do sprawozdania hospitalizacji w analizowanej grupie rozpoznań było J46 i stanowiło 24% wszystkich hospitalizacji sprawozdanych z grupą JGP. W przypadku grupy wybrane nowotwory niezłośliwe najczęściej sprawozdawano hospitalizacje z grupą J33 (48% wszystkich hospitalizacji z grupą JGP). W grupie zapalenie skóry i wyprysk, najliczniejszą grupą było J39 (54%), a J38 stanowiło 27%.

W przypadku grupy wybrane zakażenia najwyższy wojewódzki odsetek ponownych hospitalizacji w tym samym szpitalu w ciągu 30 dni od daty wypisu wyniósł 8,6% i został odnotowany w województwie mazowieckim. Dla grupy wybrane nowotwory niezłośliwe było to 3,4% w województwie podlaskim, a w przypadku grupy zapalenie skóry i wyprysk - 7,6% w podlaskim.

W grupie wybrane zakażenia, odsetek przyjęć planowych wyniósł 28,8%. W przypadku grupy wybrane nowotwory niezłośliwe ten odsetek wyniósł 94,3%, a dla grupy zapalenie skóry i wyprysk było to 44,7%.

3.4 Choroby układu płciowego mężczyzn (nienowotworowe)

Nienowotworowe choroby układu płciowego mężczyzn zostały podzielone na podstawie klasyfikacji ICD-10 na rozrost łagodnego gruczołu krokowego, niepłodność męską, nadmiar napletka, stulejkę i żaluzek, niezapalne choroby jąder oraz choroby zapalne. W niniejszym dokumencie przedstawiono podsumowanie najważniejszych informacji dla rozrostu łagodnego gruczołu krokowego, nadmiaru napletka,

stulejki i załupka, niezapalnych chorób jąder oraz chorób zapalnych. Szczegółowa analiza dla pozostałych podgrup została przedstawiona w mapie potrzeb zdrowotnych w zakresie nienowotworowych chorób układu płciowego mężczyzn.

Rozrost łagodny gruczołu krokowego

Rozrost łagodny gruczołu krokowego jest jednym z najistotniejszych problemów w chorobach układu płciowego mężczyzn (46,19% wszystkich hospitalizacji spośród analizowanych rozpoznań w województwie kujawsko-pomorskim). 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. W woj. kujawsko-pomorskim wskaźnik wyniósł 93,71 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 analizowanym województwie wartość ta wyniosła 424,41.

W zakresie tego problemu zdrowotnego dominujące są hospitalizacje zabiegowe. Stanowiły one 93,4% hospitalizacji w Polsce. W województwie kujawsko-pomorskim odsetek hospitalizacji zabiegowych wyniósł 97,3%.

W zakresie leczenia zabiegowego łagodnego rozrostu gruczołu krokowego istnieją różnice w stosowanych metodach operacyjnych. W województwie kujawsko-pomorskim udział hospitalizacji z otwartymi zabiegami na sterczu stanowił 3,3% (5,4% w Polsce), natomiast udział hospitalizacji z przezcewkowymi zabiegami na sterczu wyniósł w województwie 58,8% czyli o 15,7 pp. więcej niż średnia wartość tego wskaźnika w Polsce. Eksperti medyczni wskazali, że różnice między świadczeniodawcami mogą świadczyć o różnym doborze pacjentów lub stosowanych metodach operacyjnych w poszczególnych ośrodkach.

W województwie obserwowane są istotne różnice w odsetku pacjentów hospitalizowanych ponownie w podmiocie pierwotnie hospitalizującym pacjenta – od 0,00% do 7,78% wśród świadczeniodawców, którzy wykazali ponad 50 hospitalizacji z powodu łagodnego rozrostu gruczołu krokowego.

Istnieją różnice pomiędzy szpitalami w zakresie grup rozpoznań hospitalizowanych pacjentów, co może świadczyć o specjalizacji oddziałów, selekcji pacjentów, np. w zakresie grupy N40 od 24,4% do 71,0% w zakresie podmiotów, które wykazały ponad 50 hospitalizacji pacjentów z tym rozpoznaniem.

Nadmiar napletka, stulejka i załupek

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 (woj. kujawsko-pomorskie - 48,34 na 100 tys.). Krótki przeciętny czas pobytu (średnio w Polsce 1,4 dnia) oraz niska mediana czasu pobytu wynosząca w Polsce 1,0 wskazują na to, że większa część hospitalizacji mogłaby być realizowana w trybie jednodniowym.

W grupie tej widoczni są świadczeniodawcy hospitalizujący wyłącznie pacjentów poniżej 18 r.ż., wyłącznie powyżej 18 r.ż., jak i posiadający zakresy umożliwiające hospitalizacje obu grup pacjentów.

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. W woj. kujawsko-pomorskim wskaźnik ten wyniósł 35,37 na 100 tys. mieszkańców.

W województwie kujawsko-pomorskim nie zaobserwowano dużej koncentracji leczenia. Widoczny jest

podział na pacjentów hospitalizowanych na oddziałach chirurgii dziecięcej i urologii, co w większości przypadków będzie odzwierciedlało różnice w wieku pacjentów.

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. W woj. kujawsko-pomorskim wskaźnik ten wyniósł 12,59 na 100 tys. mieszkańców. 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. W województwie kujawsko-pomorskim nie zaobserwowano dużej koncentracji leczenia. 7 szpitali (30,4%) zrealizowało ponad 80% hospitalizacji w tym województwie.

3.5 Choroby układu moczowo-płciowego (kobiet)

Choroby układu moczowo-płciowego (kobiet) zostały podzielone na podstawie klasyfikacji ICD-10 na nieprawidłowy rozrost lub lokalizacja błony śluzowej układu płciowego, zaburzenia miesiączkowania, niezapalne, nienowotworowe choroby narządu płciowego, zaburzenia statyki narządu płciowego, stany zapalne narządów płciowych u kobiet, zaburzenia płodności, nienowotworowe choroby gruczołu piersiowego, przetoki. W niniejszym dokumencie przedstawiono podsumowanie najważniejszych informacji dla nieprawidłowego rozrostu lub lokalizacji błony śluzowej układu płciowego, zaburzeń miesiączkowania i stanów zapalnych narządów płciowych u kobiet. Szczegółowa analiza dla pozostałych podgrup została przedstawiona w Mapie Potrzeb Zdrowotnych w zakresie chorób układu moczowo-płciowego (kobiet).

Nieprawidłowy rozrost lub lokalizacja błony śluzowej układu płciowego

Liczba hospitalizacji z powodu nieprawidłowego rozrostu lub lokalizacji błony śluzowej układu płciowego wyniosła 5,19 tys. Zwraca uwagę duże zróżnicowanie liczby hospitalizacji na 100 tys. mieszkańców w poszczególnych województwach (min.: 156,65, max.: 304,98, analizowane województwo: 248,34). Dokładne wyjaśnienie takiego stanu wymaga rozszerzenia analizy o opiekę ambulatoryjną, gdyż część świadczeń udzielanych w ramach lecznictwa szpitalnego, np. kolposkopia, może być udzielanych w ramach AOS.

Warto zwrócić uwagę, że w województwie kujawsko-pomorskim 31,8% hospitalizacji z rozpoznaniem z grupy nieprawidłowy rozrost lub lokalizacja błony śluzowej układu płciowego odbywa się na oddziałach o III poziomie referencyjnym.

W województwie kujawsko-pomorskim występuje słaba koncentracja świadczeń – 80% hospitalizacji z grupy nieprawidłowy rozrost lub lokalizacja błony śluzowej układu płciowego miało miejsce w 16 szpitalach (47% wszystkich szpitali z tego województwa leczących pacjentów z tym rozpoznaniem).

Najczęściej rozliczonym produktem JGP przy hospitalizacji pacjentów z rozpoznaniem z grupy nieprawidłowy rozrost lub lokalizacja błony śluzowej układu płciowego jest JGP M15 MAŁE ZABIEGI GÓRNEJ CZĘŚCI UKŁADU ROZRODCZEGO. Mimo tego, że nie istnieje znacząca różnica w odsetku sprawozdanych hospitalizacji z tym JGP pomiędzy województwem kujawsko-pomorskim (34,3%), a Polską (37,1%) to wartość tego wskaźnika różni się pomiędzy poszczególnymi szpitalami w województwie. Biorąc pod uwagę tylko te szpitale, które sprawozdały łącznie 80% hospitalizacji, minimum wyniosło 0%, a maksimum 63,0%.

Zaburzenia miesięczkowania

Liczba hospitalizacji z powodu zaburzeń miesięczkowania wyniosła 4,70 tys. Zwraca uwagę duże zróżnicowanie liczby hospitalizacji na 100 tys. mieszkańców w poszczególnych województwach (min.: 127,54, max.: 362,74, analizowane województwo: 224,79). Dokładne wyjaśnienie takiego stanu wymaga rozszerzenia analizy o opiekę ambulatoryjną.

W województwie kujawsko-pomorskim odsetek przyjęć planowych w grupie zaburzenia miesięczkowania wyniósł 66,9% (w Polsce: 58,5%).

Warto zwrócić uwagę, że w województwie kujawsko-pomorskim 28,4% hospitalizacji z rozpoznaniem z grupy zaburzenia miesięczkowania odbywa się na oddziałach o III poziomie referencyjnym.

W województwie kujawsko-pomorskim występuje słaba koncentracja świadczeń – 79% hospitalizacji z grupy zaburzenia miesięczkowania miało miejsce w 14 szpitalach (44% wszystkich szpitali z tego województwa leczących pacjentów z tym rozpoznaniem).

Najczęściej rozliczanym produktem JGP przy hospitalizacji pacjentów z rozpoznaniem z grupy zaburzenia miesięczkowania jest JGP M15 MAŁE ZABIEGI GÓRNEJ CZĘŚCI UKŁADU ROZRODCZEGO. Mimo tego, że nie istnieje znacząca różnica w odsetku sprawozdanych hospitalizacji z tym JGP pomiędzy województwem kujawsko-pomorskim (78,7%), a Polską (81,4%) to wartość tego wskaźnika różni się pomiędzy poszczególnymi szpitalami w województwie. Biorąc pod uwagę tylko te szpitale, które sprawozdały łącznie 80% hospitalizacji, minimum wyniosło 60,7%, a maksimum 99,4%.

Stany zapalne narządów płciowych u kobiet

Liczba hospitalizacji z powodu stanów zapalnych narządów płciowych u kobiet wyniosła 1,18 tys. Zwraca uwagę duże zróżnicowanie liczby hospitalizacji na 100 tys. mieszkańców w poszczególnych województwach (min.: 32,09, max.: 123,87, analizowane województwo: 56,43). Dokładne wyjaśnienie takiego stanu wymaga rozszerzenia analizy o opiekę ambulatoryjną.

W województwie kujawsko-pomorskim odsetek przyjęć planowych w grupie stany zapalne narządów płciowych u kobiet wyniósł 53,8% (w Polsce: 46,8%).

W województwie kujawsko-pomorskim występuje słaba koncentracja świadczeń – 79% hospitalizacji z grupy stany zapalne narządów płciowych u kobiet miało miejsce w 9 szpitalach (30% wszystkich szpitali z tego województwa leczących pacjentów z tym rozpoznaniem).

W analizowanym województwie odsetek JGP zabiegowych wyniósł 34%. Wśród szpitali sprawozdających łącznie 80% hospitalizacji tego województwa, odsetek ten waha się od 2% do 84%.

Najczęściej rozliczanym produktem JGP przy hospitalizacji pacjentów z rozpoznaniem z grupy stany zapalne narządów płciowych u kobiet jest JGP M27 LECZENIE ZACHOWAWCZE JAJNIKÓW, JAJOWODÓW I MIEDNICY MNIEJSZEJ. Mimo tego, że nie istnieje znacząca różnica w odsetku sprawozdanych hospitalizacji z tym JGP pomiędzy województwem kujawsko-pomorskim (56,8%), a Polską (48,5%) to wartość tego wskaźnika różni się pomiędzy poszczególnymi szpitalami w województwie. Biorąc pod uwagę tylko te szpitale, które sprawozdały łącznie 80% hospitalizacji, minimum wyniosło 10,5%, a maksimum 97,7%.

3.6 Choroby nerek i dróg moczowych

Choroby nerek i dróg moczowych zostały podzielone na podstawie klasyfikacji ICD-10 na choroby kłębuszków nerkowych, choroby cewkowo-śródmiąższowe nerek, niewydolność nerek, inne zaburzenia nerki i moczowodu, wady układu moczowego, zaburzenia przemiany mineralnej, inne zaburzenia bilansu płynów, elektrolitów i równowagi kwasowo-zasadowej, nadciśnienie tętnicze u dzieci oraz wtórne nadciśnienie tętnicze i choroba nadciśnieniowa z zajęciem nerek u dorosłych, kamica moczowa, inne

choroby dolnego układu moczowego, infekcja układu moczowego, nietrzymanie moczu oraz objawy i cechy chorobowe dotyczące układu moczowego. W niniejszym dokumencie przedstawiono podsumowanie najważniejszych informacji dla podgrup niewydolność nerek, choroby kłębuszków nerkowych, choroby cewkowo-śródmiąższowe nerek, kamica moczowa, infekcja układu moczowego, nietrzymanie moczu oraz dla przeszczepów nerek i powikłaniach po przeszczepie. Szczegółowa analiza dla pozostałych podgrup, analiza w podziale na dzieci i dorosłych oraz analiza transplantacji nerek i powikłań po transplantacjach została przedstawiona w mapie potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób 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 hospitalizacji. Wartość tego wskaźnika waha się od 655 w województwie małopolskim do 1192 w województwie mazowieckim. Zwraca uwagę bardzo duże zróżnicowanie tego współczynnika pomiędzy województwami w każdej z analizowanej podgrup chorób.

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 ramach analizowanej podgrupy liczba hospitalizacji na 100 tys. ludności różni się istotnie pomiędzy województwami (od 191,77 w województwie śląskim do 281,23 w województwie mazowieckim w przypadku dorosłych oraz od 3,71 w województwie opolskim do 52,46 w województwie wielkopolskim w przypadku dzieci).

W województwie kujawsko-pomorskim z powodu analizowanej podgrupy odnotowano 3,70 tys. hospitalizacji dorosłych i 0,10 tys. hospitalizacji dzieci. Wartości w przeliczeniu na 100 tys. dorosłych i dzieci wyniosły odpowiednio 217,02 i 25,58. Odsetek hospitalizacji pacjentów spoza województwa wyniósł 2,48% w przypadku dorosłych i 0% w przypadku dzieci (wartości dla Polski wynoszą odpowiednio 5,05% i 15,51%).

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.

Choroby kłębuszków nerkowych

W ramach analizowanej podgrupy liczba hospitalizacji na 100 tys. ludności różni się istotnie pomiędzy województwami (od 18,67 w województwie warmińsko-mazurskim do 59,86 w województwie dolnośląskim w przypadku dorosłych oraz od 9,28 w województwie opolskim do 153,71 w województwie kujawsko-pomorskim w przypadku dzieci).

W województwie kujawsko-pomorskim z powodu analizowanej podgrupy odnotowano 0,42 tys. hospitalizacji dorosłych i 0,59 tys. hospitalizacji dzieci. Wartości w przeliczeniu na 100 tys. dorosłych i dzieci wyniosły odpowiednio 24,91 i 153,71. Odsetek hospitalizacji pacjentów spoza województwa wyniósł 8,00% w przypadku dorosłych i 2,89% w przypadku dzieci (wartości dla Polski wynoszą odpowiednio 8,93% i 11,26%).

W przypadku 6,6% hospitalizacji dorosłych i 3,4% hospitalizacji dzieci sprawozdano procedurę biopsji nerek. Niewielka liczba tego typu zabiegów może wynikać z jakości sprawozdawczości, która jest powodowana systemem rozliczeń i raportowaniem jedynie najdroższej wykonanej w danym ośrodku procedury (z pominięciem innych procedur).

Choroby cewkowo-śródmiąższowe nerek

W ramach analizowanej podgrupy liczba hospitalizacji na 100 tys. ludności różni się istotnie pomiędzy województwami (od 23,18 w województwie małopolskim do 61,84 w województwie pomorskim w przypadku dorosłych oraz od 20,45 w województwie świętokrzyskim do 91,41 w województwie zachodniopomorskim w przypadku dzieci).

W województwie kujawsko-pomorskim z powodu analizowanej podgrupy odnotowano 0,68 tys. hospitalizacji dorosłych i 0,21 tys. hospitalizacji dzieci. Wartości w przeliczeniu na 100 tys. dorosłych i dzieci wyniosły odpowiednio 39,91 i 53,76. Odsetek hospitalizacji pacjentów spoza województwa wyniósł 3,38% w przypadku dorosłych i 2,43% w przypadku dzieci (wartości dla Polski wynoszą odpowiednio 4,12% i 2,67%).

Kamica moczowa

W ramach analizowanej podgrupy liczba hospitalizacji na 100 tys. ludności różni się istotnie pomiędzy województwami (od 138,11 w województwie dolnośląskim do 391,31 w województwie łódzkim w przypadku dorosłych oraz od 22,88 w województwie opolskim do 149,61 w województwie lubuskim w przypadku dzieci).

W województwie kujawsko-pomorskim z powodu analizowanej podgrupy odnotowano 5,78 tys. hospitalizacji dorosłych i 0,16 tys. hospitalizacji dzieci. Wartości w przeliczeniu na 100 tys. dorosłych i dzieci wyniosły odpowiednio 338,57 i 41,50. Odsetek hospitalizacji pacjentów spoza województwa wyniósł 6,65% w przypadku dorosłych i 8,18% w przypadku dzieci (wartości dla Polski wynoszą odpowiednio 9,10% i 15,61%).

W przypadku dorosłych 83% hospitalizacji JGP zostało sprawozdanych jako JGP zabiegowe. W przypadku 47% hospitalizacji dorosłych sprawozdano procedurę pozaustrojową litotrypsja (ESWL), a w przypadku 15% procedurę uretroskopii (URSL). Warto podkreślić, że 84% hospitalizacji dzieci sprawozdano z JGP zachowawczym.

Infekcja układu moczowego

W ramach analizowanej podgrupy liczba hospitalizacji na 100 tys. ludności różni się istotnie pomiędzy województwami (od 36,11 w województwie zachodniopomorskim do 78,51 w województwie łódzkim w przypadku dorosłych oraz od 116,00 w województwie podkarpackim do 287,63 w województwie świętokrzyskim w przypadku dzieci).

W województwie kujawsko-pomorskim z powodu analizowanej podgrupy odnotowano 1,03 tys. hospitalizacji dorosłych i 0,67 tys. hospitalizacji dzieci. Wartości w przeliczeniu na 100 tys. dorosłych i dzieci wyniosły odpowiednio 60,13 i 175,38. Odsetek hospitalizacji pacjentów spoza województwa wyniósł 3,61% w przypadku dorosłych i 3,27% w przypadku dzieci (wartości dla Polski wynoszą odpowiednio 4,06% i 2,86%).

Nietrzymanie moczu

W ramach analizowanej podgrupy liczba hospitalizacji na 100 tys. ludności różni się istotnie pomiędzy województwami (od 23,44 w województwie dolnośląskim do 90,19 w województwie kujawsko-pomorskim w przypadku dorosłych oraz od 9,24 w województwie łódzkim do 132,27 w województwie lubelskim w przypadku dzieci).

W województwie kujawsko-pomorskim z powodu analizowanej podgrupy odnotowano 1,54 tys. hospitalizacji dorosłych i 0,05 tys. hospitalizacji dzieci. Wartości w przeliczeniu na 100 tys. dorosłych i dzieci

wyniosły odpowiednio 90,19 i 12,27. Odsetek hospitalizacji pacjentów spoza województwa wyniósł 7,54% w przypadku dorosłych i 4,26% w przypadku dzieci (wartości dla Polski wynoszą odpowiednio 7,51% i 7,89%).

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 województwie kujawsko-pomorskim sprawozdano 36 operacji transplantacji nerki w jednym ośrodku. W 97% przypadków przeszczepiano nerki pobrane od dawcy zmarłego, a jako tryb przyjęcia w 97% przypadków sprawozdano tryb nagły. Odsetek hospitalizacji pacjentów spoza województwa wyniósł 83,3% (dla Polski 70,4%), a mediana czasu pobytu 13 dni ((dla Polski 17 dni)).

W Polsce w 2014 r. odnotowano 6,21 tys. hospitalizacji dorosłych i 0,19 tys. hospitalizacji dzieci zakwalifikowanych jako hospitalizacje związane z powikłaniami po przeszczepie nerek³⁶.

W województwie odnotowano 0,44 tys. hospitalizacji dorosłych związanych z leczeniem powikłań po transplantacji nerek, a odsetek hospitalizacji pacjentów spoza województwa wyniósł 25,2% (dla Polski 32,5%).

W województwie nie odnotowano (lub odnotowano pojedyncze przypadki) hospitalizacji dzieci związanych z powikłaniami po transplantacji. Należy przy tym zwrócić uwagę, że Polsce znajdują się jedynie 2 ośrodki zajmujące się leczeniem powikłań dzieci po transplantacji nerek.

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

3.7 Choroby wątroby, dróg żółciowych i trzustki

Choroby wątroby, dróg żółciowych i trzustki zostały podzielone na podstawie klasyfikacji ICD-10 na: Marskość wątroby (niezwiązana z alkoholem), Choroby stłuszczeniowe wątroby, Alkoholowa choroba wątroby, Powikłania chorób wątroby, Niewydolność wątroby, Toksyczne choroby wątroby (z wyłączeniem alkoholowej choroby wątroby), Choroby pęcherzyka żółciowego (z kamicą lub bez), Choroby dróg żółciowych (z kamicą lub bez), Wady wrodzone wątroby, trzustki i dróg żółciowych, Ostre zapalenie trzustki, Przewlekłe zapalenia trzustki (włącznie z powikłaniami), Pozostałe choroby wątroby. W niniejszym dokumencie przedstawiono podsumowanie najważniejszych informacji dla tej grupy chorób. Szczegółowa analiza wszystkich podgrup oraz analiza procedur endoskopowych i chirurgicznych została przedstawiona w Mapie Potrzeb Zdrowotnych w zakresie chorób wątroby, dróg żółciowych i trzustki.

W województwie kujawsko-pomorskim liczba hospitalizacji z powodu chorób wątroby, dróg żółciowych i trzustki wyniosła 12,36 tys. (dla tys. pacjentów). Liczba hospitalizacji w przeliczeniu na 100 tys. ludności wyniosła 0,59 tys. i była to 11. najwyższa wartość tej zmiennej wśród województw³⁷.

Liczba świadczeniodawców, wśród których odnotowano co najmniej jedną hospitalizację z powodu chorób w obrębie wątroby, dróg żółciowych i trzustki wyniosła 37. Jednocześnie odnotowano umiarkowaną koncentrację świadczeń - liczba świadczeniodawców, którzy sprawozdali ponad 80% hospitalizacji w województwie wyniosła 17.

³⁶hospitalizacje, dla których sprawozdano Z94.0 lub T86.1 jako rozpoznanie główne lub Z94.0 jako rozpoznanie współistniejące

³⁷Należy zauważyć, że 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.

Najwyższy standaryzowany współczynnik 30-dniowej śmiertelności³⁸ dla województwa kujawsko-pomorskiego zaobserwowano w grupie 'niewydolność wątroby' (18,89%³⁹ przy liczbie hospitalizacji równej 0,13 tys. - 10. najwyższa wartość wśród województw). Z kolei w przypadku najbardziej licznej grupy pod względem hospitalizacji tj. schorzeń zaklasyfikowanych jako 'choroby pęcherzyka żółciowego (z kamicą lub bez)' (5,53 tys. hospitalizacji) odnotowano 30-dniową śmiertelność na poziomie 0,89%⁴⁰ (druga najwyższa wartość w Polsce).

Zaobserwowano silne zróżnicowanie między województwami pod względem udziału hospitalizacji ze sprawozdaną cholecystektomią w ramach grupy 'choroby pęcherzyka żółciowego (z kamicą lub bez)'. W województwie kujawsko-pomorskim wartość ta wyniosła 11,80%, podczas gdy najniższa wartość wśród województw wyniosła 7,43%, najwyższa 21,80% a wartość dla Polski 13,95%. Różnice te są szczególnie wyraźne na poziomie poszczególnych świadczeniodawców. Jednocześnie podkreślić należy, że ze względu na słabą jakość danych sprawozdawczych wynikającą z ograniczeń systemowych nie jest możliwe wnioskowanie odnośnie biopsji wątroby.

Liczba hospitalizacji z analizowanymi rozpoznaniem, w których sprawozdano wykonanie endoskopii w województwie wyniosła 2,44 tys. (19,78% hospitalizacji). Z tej liczby 0,03 tys. hospitalizacji zostało sprawozdanych z wykonaniem procedury endoskopowej o charakterze zabiegowym. Najwięcej hospitalizacji ze sprawozdaną endoskopią odnotowano w przypadku grupy 'choroby dróg żółciowych (z kamicą lub bez)' zarówno w wartościach bezwzględnych - 1,04 tys. jak i względnych 63,29%. Ze względu na fakt, iż analizowane rodzaje endoskopii wykonywane są również w innych rozpoznaniach przeprowadzono analizę dla rozszerzonej grupy rozpoznań o te właśnie rozpoznania. Na jej podstawie zidentyfikowano 1,38 tys. hospitalizacji w województwie kujawsko-pomorskim sprawozdanych z wykonaniem procedury endoskopowej w przypadku pozostałych wskazanych przez ekspertów chorób w obrębie wątroby, dróg żółciowych i trzustki (w tym również nowotworów). Dla tych rozpoznań udział hospitalizacji z procedurami endoskopowymi w województwie wyniósł 15,93% przy odsetku 18,33% dla Polski. W tej grupie w analizowanym województwie odsetek hospitalizacji, w których jednocześnie odnotowano sprawozdanie znieczulenia wyniósł 4,93% (12. najwyższa wartość wśród województw) podczas gdy wartość tej zmiennej dla kraju wyniosła 21,64%.

3.8 Choroby górnego odcinka przewodu pokarmowego

Choroby górnego odcinka przewodu pokarmowego zostały podzielone na podstawie klasyfikacji ICD-10 na: Choroba refluksowa przełyku, Inne choroby przełyku (nieuwzględnione w pozostałych podgrupach), Choroba wrzodowa żołądka i dwunastnicy, Inne choroby żołądka i dwunastnicy (nieuwzględnione w pozostałych podgrupach), Krawienia z górnego odcinka przewodu pokarmowego, Choroby czynnościowe górnego odcinka przewodu pokarmowego, Zaburzenia wchłaniania z przewodu pokarmowego. W niniejszym dokumencie przedstawiono podsumowanie najważniejszych informacji dla tej grupy chorób. Szczegółowa analiza wszystkich podgrup oraz analiza procedur endoskopowych i chirurgicznych została przedstawiona w Mapie Potrzeb Zdrowotnych w zakresie chorób górnego odcinka przewodu pokarmowego.

W województwie kujawsko-pomorskim liczba hospitalizacji z powodu chorób górnego odcinka przewodu pokarmowego wyniosła 21,17 tys. (dla 19,34 tys. pacjentów). Liczba hospitalizacji w przeliczeniu na 100 tys. ludności wyniosła 1,01 tys. i była to 5. najwyższa wartość tej zmiennej wśród województw⁴¹.

Liczba świadczeniodawców, wśród których odnotowano co najmniej jedną hospitalizację z powodu chorób w obrębie górnego odcinka przewodu pokarmowego wyniosła 35. Jednocześnie odnotowano umiarkowaną koncentrację świadczeń - liczba świadczeniodawców, którzy sprawozdali ponad 80% hospitalizacji w województwie wyniosła 16.

³⁸od momentu rozpoczęcia hospitalizacji

³⁹surowy współczynnik: 24,81%

⁴⁰surowy współczynnik: 0,72%

⁴¹Należy zauważyć, że 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.

Najwyższy standaryzowany współczynnik 30-dniowej śmiertelności⁴² dla województwa kujawsko-pomorskiego zaobserwowano w grupie 'krwawienia z górnego odcinka przewodu pokarmowego' (11,72%⁴³ przy liczbie hospitalizacji równej 1,19 tys. - 4. najwyższa wartość wśród województw). Z kolei w przypadku najbardziej licznej grupy pod względem hospitalizacji tj. schorzeń zaklasyfikowanych jako 'inne choroby żołądka i dwunastnicy (nieuwzględnione w pozostałych podgrupach)' (8,01 tys. hospitalizacji) odnotowano 30-dniową śmiertelność na poziomie 1,36%⁴⁴ (3. najwyższa wartość w Polsce).

Liczba hospitalizacji z analizowanymi rozpoznaniem, w których sprawozdano wykonanie endoskopii w województwie wyniosła 7,63 tys. (36,07% hospitalizacji). Z tej liczby 0,88 tys. hospitalizacji zostało sprawozdanych z wykonaniem procedury endoskopowej o charakterze zabiegowym. Najwięcej hospitalizacji (bezwzględnie) ze sprawozdaną endoskopią odnotowano w przypadku grupy 'inne choroby żołądka i dwunastnicy (nieuwzględnione w pozostałych podgrupach)' (3,96 tys.), natomiast największy udział hospitalizacji ze sprawozdaną endoskopią odnotowano w przypadku grupy 'choroba refluksowa przełyku' (80,42%). zidentyfikowano 0,85 tys. hospitalizacji w województwie kujawsko-pomorskim sprawozdanych z wykonaniem procedury endoskopowej w przypadku pozostałych wskazanych przez ekspertów chorób w obrębie górnego odcinka przewodu pokarmowego (w tym również nowotworów). Dla tych rozpoznawień udział hospitalizacji z procedurami endoskopowymi w województwie wyniósł 47,46% przy odsetku 49,03% dla Polski. W tej grupie w analizowanym województwie odsetek hospitalizacji, w których jednocześnie odnotowano sprawozdanie znieczulenia wyniósł 8,24% (12. najwyższa wartość wśród województw) podczas gdy wartość tej zmiennej dla kraju wyniosła 20,44%.

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

Choroby dolnego odcinka układu pokarmowego zostały podzielone na podstawie klasyfikacji ICD-10 na choroby wymagające pilnej operacji chirurgicznej w dolnym odcinku przewodu pokarmowego, pozostałe choroby wymagające operacji chirurgicznej w dolnym odcinku przewodu pokarmowego, nie-nowotworowe choroby proktologiczne, chorobę Leśniowskiego-Crohna, wrzodziejące zapalenie jelita grubego (WZJG), zapalenia jelita w tym infekcyjne i pasożytnicze (bez choroby Leśniowskiego-Crohna i WZJG), krwawienia z dolnego odcinka przewodu pokarmowego (w tym choroby naczyniowe), choroby czynnościowe jelit, mukowiscydozę, chorobę uchyłkową, inne przyczyny hospitalizacji (badania kontrolne i przesiewowe), inne choroby jelit oraz niedrożności i perforacje noworodkowe. W niniejszym dokumencie przedstawiono podsumowanie najważniejszych informacji nt. liczby hospitalizacji, koncentracji świadczeń, śmiertelności pacjentów oraz zabiegów chirurgicznych i endoskopowych. Szczegółowa analiza dla wszystkich podgrup oraz zestawienie procedur endoskopowych i chirurgicznych w obrębie dolnego odcinka układu pokarmowego zostały przedstawione w mapie potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób dolnego odcinka układu pokarmowego.

W województwie kujawsko-pomorskim liczba hospitalizacji z powodu chorób dolnego odcinka przewodu pokarmowego wyniosła 29,56 tys. (dla 27,30 tys. pacjentów). Liczba hospitalizacji w przeliczeniu na 100 tys. ludności wyniosła 1,41 tys. i była to 9. najwyższa wartość tej zmiennej wśród województw⁴⁵.

Liczba świadczeniodawców wśród, których odnotowano hospitalizacje z powodu chorób w obrębie dolnego odcinka przewodu pokarmowego wyniosła 46. Jednocześnie odnotowano umiarkowaną koncentrację świadczeń - liczba świadczeniodawców, którzy sprawozdali ponad 80% hospitalizacji w województwie wyniosła 18.

Najwyższy standaryzowany współczynnik 90-dniowej śmiertelności⁴⁶ dla województwa kujawsko-pomorskiego zaobserwowano w grupie 'krwawienia z dopp w tym choroby naczyniowe' (17,14%⁴⁷ przy

⁴²od momentu rozpoczęcia hospitalizacji

⁴³surowy współczynnik: 12,64%

⁴⁴surowy współczynnik: 1,20%

⁴⁵Należy zauważyć, że 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.

⁴⁶od momentu zakończenia hospitalizacji. Wartość obliczona na podstawie populacji dorosłych.

⁴⁷surowy współczynnik: 20,31%

liczbie hospitalizacji dorosłych równej 1,04 tys. - druga najwyższa wartość wśród województw). Najniższym współczynnikiem charakteryzowała się grupa o nazwie 'nienowotworowe choroby proktologiczne'. Wartość analizowanej zmiennej wyniosła w tym przypadku 0.55%⁴⁸ przy liczbie hospitalizacji na poziomie 1,70 tys. i była to 10. najwyższa wartość w Polsce. Z kolei w przypadku najbardziej licznej grupy pod względem hospitalizacji tj. schorzeń zaklasyfikowanych jako 'zapalenia jelita w tym infekcyjne i pasozytne (bez choroby Leśniowskiego-Crohna i wrzodziejącego zapalenia jelita grubego)' (2,86 tys. hospitalizacji dorosłych) odnotowano 90-dniową śmiertelność na poziomie 7.55%⁴⁹ (12. najwyższa wartość w Polsce).

Zaobserwowano znaczące różnicowanie między województwami pod względem udziału hospitalizacji ze sprawozdaną procedurą operacyjną w ramach grupy 'nienowotworowe choroby proktologiczne'. W województwie kujawsko-pomorskim wartość ta wyniosła 60.66%, podczas gdy najniższa wartość wśród województw wyniosła 36.9%, najwyższa 75.23% a wartość dla Polski 54.53%. Różnice te są jeszcze bardziej znaczące na poziomie poszczególnych świadczeniodawców.

Liczba hospitalizacji z analizowanymi rozpoznaniem, w których sprawozdano wykonanie endoskopii w województwie wyniosła 4,29 tys. (21.54% hospitalizacji). Z tej liczby 0,29 tys. hospitalizacji zostało sprawozdanych z wykonaniem procedury endoskopowej o charakterze zabiegowym. Najwięcej hospitalizacji (bezwzględnie) ze sprawozdaną endoskopią odnotowano w przypadku grupy 'choroba uchyłkowa' (0,94 tys.), natomiast największy udział hospitalizacji ze sprawozdaną endoskopią odnotowano w przypadku grupy 'wrzodziejące zapalenie jelita grubego (WZJG)' (66.89%).

Dodatkowo zidentyfikowano 2,43 tys. hospitalizacji w województwie kujawsko-pomorskim sprawozdanych z wykonaniem procedury endoskopowej w przypadku pozostałych wskazanych przez ekspertów chorób w obrębie dolnego odcinka przewodu pokarmowego (w tym również nowotworów). Dla tych rozpoznań udział hospitalizacji z procedurami endoskopowymi w województwie wyniósł 34.62% przy odsetku 39.31% dla Polski. W tej grupie w analizowanym województwie odsetek hospitalizacji, w których jednocześnie odnotowano sprawozdanie znieczulenia wyniósł 12.64% (11. najwyższa wartość wśród województw) podczas gdy wartość tej zmiennej dla kraju wyniosła 26.14%.

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

Choroby nosa, zatok przynosowych, ucha gardła i krtani zostały podzielone na podstawie klasyfikacji ICD-10 na 7 podgrup. W niniejszym dokumencie, przedstawiono podsumowanie najważniejszych informacji. Szczegółowa analiza dla podgrup została przedstawiona w mapie potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób nosa, zatok przynosowych, ucha gardła i krtani.

W 2014 roku świadczeniodawcy sprawozdali 288,4 tys. hospitalizacji z zakresu chorób nosa, zatok przynosowych, ucha gardła i krtani. Najwięcej hospitalizacji sprawozdano w ramach podgrupy chorób jamy ustnej i gardła (98,0 tys.), a najmniej w przypadku bezdechu sennego (1,2 tys.). W województwie kujawsko-pomorskim zostało sprawozdanych 14,5 tys. hospitalizacji w ramach analizowanej grupy chorób, najwięcej w przypadku chorób jamy ustnej i gardła (5,2 tys.), a najmniej w przypadku bezdechu sennego (20).

Istnieją różnice pod względem liczby hospitalizacji na 100 tysięcy ludności w poszczególnych województwach. Najwyższą wartość wskaźnika odnotowano w województwie mazowieckim (1,1 tys.), a najniższy w województwie lubelskim (0,5 tys.). W analizowanym województwie wartość ta wyniosła 0,70 tys.

Najwyższym wskaźnikiem liczby hospitalizacji na 100 tys. dorosłych charakteryzowało się województwo mazowieckie (0,7 tys.), najniższym małopolskie (0,3 tys.). W przypadku liczby hospitalizacji na 100 tys. dzieci były to odpowiednio województwa opolskie (2,9 tys.) i małopolskie (1,4 tys.).

Dane wskazują na znaczące migracje pomiędzy województwami. Najwyższy udział hospitalizacji pacjentów spoza województwa zaobserwowano w województwie mazowieckim (18,2%), a najniższy w województwie dolnośląskim (4,5%). W analizowanym województwie wartość ta stanowiła 8,0%.

⁴⁸surowy współczynnik: 0.59%

⁴⁹surowy współczynnik: 6.3%

Obserwowane różnice w odsetku hospitalizacji pacjentów spoza województwa w analizowanej podgrupie mogą być wynikiem istnienia ośrodków wysokospecjalistycznych oraz wykonujących unikatowe w skali kraju zabiegi. Może to również być spowodowane różnicami w dostępności do leczenia ambulatoryjnego i szpitalnego pomiędzy województwami.

Najwyższa migracja dodatnia na 100 tys. ludności obserwowana jest w województwie mazowieckim, a największa ujemna w województwie świętokrzyskim. W odniesieniu do dorosłych, były to odpowiednio województwa mazowieckie i świętokrzyskie. Natomiast w przypadku dzieci - województwa opolskie i świętokrzyskie. W analizowanym województwie zaobserwowano w 2014 roku ujemne saldo migracji na 100 tys. ludności (-1,4, 5. pozycja).

W województwie kujawsko-pomorskim hospitalizacje z rozpoznaniem z analizowanego zakresu sprawozdało 37 świadczeniodawców. 80% hospitalizacji zostało sprawozdanych przez 10 świadczeniodawców (27,0%), przy czym, największy z nich sprawozdał 14,3% wszystkich hospitalizacji w województwie (w ramach analizowanej grupy).

W 2014 roku w ramach analizowanej grupy chorób sprawozdano 154,5 tys. hospitalizacji JGP o charakterze zabiegowym. Największy udział hospitalizacji o charakterze zabiegowym wykazano w przypadku podgrupy określonej jako choroby nosa i zatok przynosowych (79,8%), a najniższy w przypadku podgrupy zaburzenia głosu, mowy i języka (8,4%).

W przypadku analizowanego województwa, dane dotyczące hospitalizacji zabiegowych w ramach poszczególnych podgrup prezentują się następująco: choroby ucha i wyrostka sutkowatego - 0,6 tys. (50,0%), choroby narządu słuchu i równowagi - 0,2 tys. (19,0%), choroby jamy ustnej i gardła - 3,5 tys. (68,4%), choroby nosa i zatok przynosowych - 2,6 tys. (81,0%), choroby krtani i tchawicy - 0,5 tys. (20,4%), zaburzenia głosu, mowy i języka - 0,1 tys. (6,1%).

W 2014 roku w Polsce, średni czas hospitalizacji pacjenta z rozpoznaniem z analizowanej grupy wynosił 2,8 dni. Najdłuższy średni czas hospitalizacji zaobserwowano w podgrupie określonej jako choroby ucha i wyrostka sutkowatego (3,6 dni), a najkrótszy - zaburzenia głosu, mowy i języka (1,2 dni).

W analizowanym województwie średni czas hospitalizacji dla poszczególnych podgrup wynosił odpowiednio: choroby ucha i wyrostka sutkowatego - 4,5 dni (w Polsce 3,6), choroby narządu słuchu i równowagi - 2,9 dni (w Polsce 3,1), choroby jamy ustnej i gardła - 2,7 dni (w Polsce 2,5), choroby nosa i zatok przynosowych - 2,8 dni (w Polsce 3,1), choroby krtani i tchawicy - 3,3 dni (w Polsce 3,2), bezdech senny - 1,8 dni (w Polsce 2,7), zaburzenia głosu, mowy i języka - 1,2 dni (w Polsce 1,2).

Analizie podannu również dane dotyczące rehabilitacji. W 2014 roku odnotowano 21,4 tys. świadczeń rehabilitacyjnych udzielonych w ciągu 90 dni od hospitalizacji z rozpoznaniem z analizowanej grupy. W analizowanych podgrupach najwyższy odsetek świadczeń rehabilitacyjnych stwierdzono w przypadku podgrupy choroby narządu słuchu i równowagi (29,6%), a najniższy - bezdech senny (1,1%). Największy odsetek rehabilitacji stanowiły te, które realizowano w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (66,8%). Na drugim miejscu odnotowano świadczenia zrealizowane na oddziałach dziennych (29,4%). Zaobserwowano różnice pod względem liczby świadczeń rehabilitacyjnych w poszczególnych województwach. Najwyższy odsetek świadczeń rehabilitacyjnych w ramach AOS wystąpił w województwie mazowieckim (24,8%), a najniższy w lubuskim (1,8%). W przypadku rehabilitacji na oddziale dziennym były to odpowiednio - województwa mazowieckie (50,5%) oraz lubuskie (0,8%).

3.11 Choroby zakaźne - Wirusowe zapalenie wątroby

Choroby zakaźne (wirusowe zapalenie wątroby) zostały podzielone na podstawie klasyfikacji ICD-10 na: przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu C, przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu B, ostre wirusowe zapalenie wątroby oraz zwłóknienie i marskość wątroby jako powikłanie przewlekłego zapalenia wątroby typu B lub C. W niniejszym dokumencie przedstawiono podsumowanie najważniejszych informacji dla wymienionych grup chorób. Szczegółowa analiza dla pozostałych podgrup oraz analiza w podziale na dzieci i dorosłych została przedstawiona w mapie potrzeb zdrowotnych w zakresie wirusowego zapalenia wątroby.

Przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu C

Największą podgrupą chorób wirusowego zapalenia wątroby pod względem liczby hospitalizacji w Polsce było przewlekłe zapalenie wątroby typu C (12,5 tys. hospitalizacji w skali kraju). W województwie kujawsko-pomorskim liczba hospitalizacji dla tej grupy wyniosła 1,1 tys.

W zakresie przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C istnieje znacząca różnica w liczbie hospitalizacji na 100 tys. ludności w poszczególnych województwach. Od 13,3 hospitalizacji na 100 tys. ludności w województwie podkarpackim do 79,2 hospitalizacji na 100 tys. ludności w województwie świętokrzyskim. Natomiast w województwie kujawsko-pomorskim liczba hospitalizacji na 100 tys. ludności wyniosła 52.

W analizowanej grupie rozpoznawanych występuje duże zróżnicowanie udziału pacjentów spoza województwa: od 2,6% w województwie lubelskim do 35,8% w województwie zachodniopomorskim. Natomiast w województwie kujawsko-pomorskim udział pacjentów spoza województwa wyniósł 6,7%.

Statystyki dotyczące czasu oczekiwania i trybów przyjęć wskazują na duże zróżnicowanie między województwami. Największy udział hospitalizacji pacjentów przyjętych w trybie nagłym występuje w województwie pomorskim (94,3%). Natomiast w województwie kujawsko-pomorskim wartość ta wyniosła 19,0%.

Udział hospitalizacji zakończonych ponowną hospitalizacją w ciągu 30 dni z rozpoznaniem przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C wyniósł dla Polski 5,3%. Najwyższa wartość tego wskaźnika występuje w województwie świętokrzyskim i wynosi 13,9%. Natomiast w analizowanym województwie wartość ta wynosi 8,5%.

W Polsce w 2014 roku program lekowy o nazwie 'Leczenie przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C' był realizowany przez 73 świadczeniodawców, z czego 2 znajdowało się w województwie kujawsko-pomorskim. Największa koncentracja świadczeniodawców występowała w południowej części kraju.

Przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu B

Drugą największą grupą chorób wirusowego zapalenia wątroby pod względem liczby hospitalizacji w Polsce było przewlekłe zapalenie wątroby typu B (5,6 tys. w skali kraju). W województwie kujawsko-pomorskim liczba hospitalizacji dla tej grupy wyniosła 706.

W zakresie przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu B istnieje znacząca różnica w liczbie hospitalizacji na 100 tys. ludności w poszczególnych województwach. Od 13,3 hospitalizacji na 100 tys. ludności w województwie podkarpackim do 79,2 hospitalizacji na 100 tys. ludności w województwie świętokrzyskim. Natomiast w województwie kujawsko-pomorskim liczba hospitalizacji na 100 tys. ludności wyniosła: 34.

W związku z tym, że liczba hospitalizacji dzieci jest niewielka w województwie to można przypuszczać, że niewielka liczba hospitalizacji z powodu wirusowego zapalenia wątroby typu B wynika z obowiązkowego programu szczepień dzieci.

W analizowanej grupie rozpoznawanych występuje duże zróżnicowanie udziału pacjentów spoza województwa: od 2,2% w województwie wielkopolskim do 34,7% w województwie mazowieckim. Natomiast w województwie kujawsko-pomorskim udział pacjentów spoza województwa wyniósł 4,1%.

Statystyki dotyczące czasu oczekiwania i trybów przyjęć wskazują na duże zróżnicowanie między województwami. Największy udział pacjentów przyjętych w trybie nagłym występuje w województwie pomorskim (96,4%). Natomiast w województwie kujawsko-pomorskim wartość ta wynosi 12,5%.

Udział hospitalizacji zakończonych ponowną hospitalizacją w ciągu 30 dni z rozpoznaniem przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu B wyniósł średnio dla Polski 2,8%. Największy udział pacjentów przyjętych w trybie nagłym występuje w analizowanym województwie i wynosi 7,5%.

W Polsce w 2014 roku program lekowy o nazwie 'Leczenie przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu B' był realizowany przez 64 świadczeniodawców, z czego 2 znajdowało się w województwie kujawsko-pomorskim. Największa koncentracja świadczeniodawców występowała w południowej części kraju.

3.12 Choroby zakaźne - HIV

W części dotyczącej leczenia szpitalnego dotyczącej zespołu nabytego niedoboru odporności (AIDS) oraz zakażeń wirusem HIV, przeanalizowano wszystkie świadczenia szpitale 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. W szpitalach w województwie kujawsko-pomorskim (2) sprawozdano łącznie 8,8% hospitalizacji w Polsce.

Z racji niewielkiej rocznej liczby hospitalizacji świadczenia szpitalne udzielane pacjentom chorym na AIDS lub zarażonym wirusem HIV w Polsce mają charakter scentralizowany i ponad wojewódzki. Z tego względu najczęściej 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. Jednocześnie 12 szpitali w Polsce notowało powyżej 100 hospitalizacji. Liczba takich świadczeniodawców w województwie kujawsko-pomorskim wyniosła 1.

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. W województwie kujawsko-pomorskim hospitalizowano 29% kobiet.

3.13 Choroby zakaźne (z wyłączeniem HIV i WZW)

Choroby zakaźne (z wyłączeniem HIV i WZW) zostały podzielone na podstawie klasyfikacji ICD-10 na grupy: oddechowe, skóry, krążenia, uogólnione, moczowo - płciowe, przewodu pokarmowego, borelioza, gruźlica, nerwowe. W niniejszym dokumencie przedstawiono podsumowanie najważniejszych informacji dla chorób zakaźnych oddechowych, przewodu pokarmowego oraz uogólnionych. Szczegółowa analiza dla pozostałych podgrup została przedstawiona w Mapie Potrzeb Zdrowotnych dla chorób zakaźnych (z wyłączeniem HIV i WZW).

W województwie kujawsko-pomorskim w grupach: oddechowe, przewodu pokarmowego, uogólnione odpowiednio 79%, 79%, 77% hospitalizacji z grup miało miejsce w 15, 9, 7 szpitalach (odpowiednio 50%, 33%, 24% wszystkich szpitali z tego województwa leczących pacjentów z tym rozpoznaniem).

W województwie kujawsko-pomorskim mediana czasu pobytu chorych z grup: oddechowe, przewodu pokarmowego, uogólnione wynosi odpowiednio 6, 4, 7 dni (w Polsce natomiast 6, 3, 6 dni). Najczęściej wykorzystywaną grupą JGP do sprawozdawania hospitalizacji w grupach: oddechowe, przewodu pokarmowego, uogólnione były odpowiednio P04 CHOROBY DOLNYCH DRÓG ODDECHOWYCH, P22 INFEKCYJNE I NIEINFEKCYJNE ZAPALENIE ŻOŁĄDKA I JELIT, S56 POSOCZNICA O CIĘŻKIM PRZEBIEGU (odpowiednio 26,0% i 79,8% i 29,5% hospitalizacji sprawozdanych z JGP w województwie).

W województwie kujawsko-pomorskim odsetek przyjęć planowych w grupach: oddechowe, przewodu pokarmowego, uogólnione wyniósł odpowiednio 18,1%, 14,9%, 9,2% (w Polsce: 14,8%, 10,3%, 15,4%). Natomiast procent przyjęć w trybie nagłym wyniósł odpowiednio 81,8%, 85,1%, 90,7%. W Polsce te wartości wyniosły kolejno 85,0%, 89,6%, 84,2%

3.14 Choroby jamy ustnej i stomatologia

W niniejszym dokumencie przedstawiono podsumowanie najważniejszych informacji dla chorób jamy ustnej i stomatologii. Szczegółowa analiza została przedstawiona w mapie potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób jamy ustnej i stomatologii.

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 województwie kujawsko-pomorskim sprawozdano 1 193 hospitalizacji, a 85% hospitalizacji JGP sprawozdano jako hospitalizacje zabiegowe.

Liczba hospitalizacji na 100 tys. ludności wahała się od 11,05 w województwie małopolskim do 69,75 w województwie warmińsko-mazurskim (woj. kujawsko-pomorskie - 57,10 na 100 tys.).

Analiza struktury oddziałów, na których hospitalizowani byli pacjenci w województwie kujawsko-pomorskim wykazała, że 67% wszystkich hospitalizacji sprawozdano na oddziale chirurgii szczękowo-twarzowej, natomiast 21% na oddziale otorynolaryngologicznym.

W województwie kujawsko-pomorskim zaobserwowano znaczną koncentrację świadczeń. Największy świadczeniodawca sprawozdał 41% wszystkich hospitalizacji, a dwóch największych 69%.

W przypadku 90% hospitalizacji w województwie 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 dedykowanej poradni AOS. Stanowiłoby to dodatkową miarę odnoszącą rzeczywiste przyjęcia pacjentów do sprawozdawczości. Warto byłoby również pokazać pacjentów, którzy po hospitalizacji pojawiali się w dedykowanych poradniach AOS w okresie 7, 14 i 28 dni od hospitalizacji.

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

Objawy, cechy chorobowe i nieprawidłowe wyniki badań

Dane wskazują, że pomimo różnicy w liczbie hospitalizacji z powodu rozpoznań z tej grupy między szpitalami, udział ich w ogólnej liczbie hospitalizacji jest nieznaczny (ok. 3,2%). Jednakże wstępne analizy pokazują zróżnicowanie między świadczeniami udzielonymi tym pacjentom pod względem sprawozdanych procedur. Zjawisko to powinno być badane w następnym kroku (porównanie leczenia pacjentów z pełną diagnostyką oraz bez niej).

Urazy

W Mapie Potrzeb Zdrowotnych rozpoznania przypisane do grupy Urazów zostały podzielone na następujące podgrupy: urazy kończyn, obrażenia czaszkowo-mózgowe, urazy kręgosłupa, urazy klatki piersiowej, urazy jamy brzusznej, urazy miednicy oraz inne urazy.

Urazy kończyn

W województwie kujawsko-pomorskim sprawozdano 8,00 tys. hospitalizacji w ramach tej podgrupy. Istotne różnice w liczbie hospitalizacji na 100 tys. ludności: najmniej w woj. kujawsko-pomorskim (382,96), najwięcej w podkarpackim (717,66). Znaczna koncentracja świadczeń - 80% hospitalizacji zostało wykazanych przez 9 na 34 świadczeniodawców (26% wszystkich w województwie, którzy sprawozdali przy-

najmniej jednego pacjenta z tej grupy). Największy ze świadczeniodawców sprawozdał 15,9% wszystkich hospitalizacji. Średni czas hospitalizacji w województwie wyniósł 5,2 dnia i był równy wartości standaryzowanej (w Polsce średni czas hospitalizacji tych pacjentów to 5,5 dnia). U świadczeniodawców, u których odnotowano powyżej 50 hospitalizacji, średni czas pobytu wyniósł 5,3 dnia (wahającym się między 1,8 a 8,5 dnia).

Obrażenia czaszkowo-mózgowe

W województwie kujawsko-pomorskim sprawozdano 4,72 tys. hospitalizacji w ramach tej podgrupy. Znaczne różnice w liczbie hospitalizacji na 100 tys. ludności: najmniej w woj. pomorskim (174,23), najwięcej w łódzkim (314,70). W woj. kujawsko-pomorskim wartość tego wskaźnika wyniosła 225,94. Znaczna koncentracja świadczeń - 80% hospitalizacji zostało wykazanych przez 9 na 28 świadczeniodawców (32% wszystkich w województwie, którzy sprawozdali przynajmniej jednego pacjenta z tej grupy). Największy ze świadczeniodawców sprawozdał 16,3% wszystkich hospitalizacji. Średni czas hospitalizacji w województwie wyniósł 4,5, a jego wartość standaryzowana 4,6 dnia (w Polsce średni czas hospitalizacji tych pacjentów to 4,8 dnia). U świadczeniodawców, u których odnotowano powyżej 50 hospitalizacji, średni czas pobytu wyniósł 4,5 dnia (wahającym się między 1,7 a 9,6 dnia). W województwie kujawsko-pomorskim odsetek hospitalizacji zakończonych zgonem pacjenta wyniósł 2,8% (dla porównania w Polsce - 2,8%). U świadczeniodawców, u których odnotowano powyżej 50 hospitalizacji, średni odsetek zgonów wyniósł 2,9% (wahając się między 0% a 6,6%).

Urazy kręgosłupa

W województwie kujawsko-pomorskim sprawozdano 0,73 tys. hospitalizacji w ramach tej podgrupy. Wyraźne różnice w liczbie hospitalizacji na 100 tys. ludności: najmniej w woj. lubuskim (34,31), najwięcej w mazowieckim (55,20). W woj. kujawsko-pomorskim wartość tego wskaźnika wyniosła 35,03. Rozproszenie świadczeń - 80% hospitalizacji zostało wykazanych przez 11 na 22 świadczeniodawców (50% wszystkich w województwie, którzy sprawozdali przynajmniej jednego pacjenta z tej grupy). Największy ze świadczeniodawców sprawozdał 12,2% wszystkich hospitalizacji. Średni czas hospitalizacji w województwie wyniósł 5,7 dnia i był równy wartości standaryzowanej (w Polsce średni czas hospitalizacji tych pacjentów to 6,4 dnia). Świadczeniodawcy, którzy sprawozdali powyżej 50 hospitalizacji, charakteryzowali się średnim czasem pobytu wynoszącym 6,8 dnia (wahającym się między 4,6 a 9,8 dnia). W województwie kujawsko-pomorskim odsetek hospitalizacji zakończonych zgonem pacjenta wyniósł 1,1% (dla porównania w Polsce - 1,1%). U świadczeniodawców, u których odnotowano powyżej 50 hospitalizacji, średni odsetek zgonów wyniósł 1,6% (wahając się między 0% a 5,3%).

Urazy klatki piersiowej

W województwie kujawsko-pomorskim sprawozdano 0,49 tys. hospitalizacji w ramach tej podgrupy. Wyraźne różnice w liczbie hospitalizacji na 100 tys. ludności: najmniej w woj. małopolskim (20,28), najwięcej w świętokrzyskim (37,53). W woj. kujawsko-pomorskim wartość tego wskaźnika wyniosła 23,36. Rozproszenie świadczeń - 80% hospitalizacji zostało wykazanych przez 14 na 27 świadczeniodawców (52% wszystkich w województwie, którzy sprawozdali przynajmniej jednego pacjenta z tej grupy). Największy ze świadczeniodawców sprawozdał 12,5% wszystkich hospitalizacji. Średni czas hospitalizacji w województwie wyniósł 4,9 dnia i był równy wartości standaryzowanej (w Polsce średni czas hospitalizacji tych pacjentów to 5,3 dnia). U świadczeniodawcy, u którego odnotowano powyżej 50 hospitalizacji, średni czas pobytu wyniósł 4,1 dnia. W województwie kujawsko-pomorskim odsetek hospitalizacji zakończonych zgonem pacjenta wyniósł 1,2% (dla porównania w Polsce - 1,5%). U świadczeniodawcy, u którego odnotowano powyżej 50 hospitalizacji, średni odsetek zgonów wyniósł 1,6%.

Urazy jamy brzusznej

W województwie kujawsko-pomorskim sprawozdano 0,46 tys. hospitalizacji w ramach tej podgrupy. Wyraźne różnice w liczbie hospitalizacji na 100 tys. ludności: najmniej w woj. pomorskim (15,47), najwięcej w podlaskim (25,59). W woj. kujawsko-pomorskim wartość tego wskaźnika wyniosła 21,92. Brak wyraźnej koncentracji świadczeń - 80% hospitalizacji zostało wykazanych przez 10 na 28 świadczeniodawców (36% wszystkich w województwie, którzy sprawozdali przynajmniej jednego pacjenta z tej grupy). Największy ze świadczeniodawców sprawozdał 14,8% wszystkich hospitalizacji. Średni czas hospitalizacji w województwie wynosił 5,3, a jego wartość standaryzowana 5,6 dnia (w Polsce średni czas hospitalizacji tych pacjentów to 5,6 dnia). U świadczeniodawców, u których odnotowano powyżej 50 hospitalizacji, średni czas pobytu wyniósł 5,5 dnia (wahającym się między 3,1 a 7,9 dnia). W województwie kujawsko-pomorskim odsetek hospitalizacji zakończonych zgonem pacjenta wyniósł 2,6% (dla porównania w Polsce - 2,2%). U świadczeniodawców, u których odnotowano powyżej 50 hospitalizacji, średni odsetek zgonów wyniósł 2,0% (wahając się między 1,7% a 2,9%).

Zatrucia i inne określone skutki działań zewnętrznych

Rozpoznanie wchodzące w skład Zatruc i innych określonych czynników zewnętrznych zostały podzielone na podgrupy: następstwa i powikłania pourazowe, zatrucia lekami, inne przyczyny zewnętrzne, nie ujęte gdzie indziej, powikłania po zabiegach medycznych, oparzenia, zatrucia alkoholem, ciało obce, zatrucia środkami chemicznymi, zatrucia: jady, grzyby, rośliny, zatrucia: narkotyki, inne zatrucia oraz odmrożenia.

Następstwa i powikłania pourazowe

W województwie kujawsko-pomorskim sprawozdano 1,81 tys. hospitalizacji w ramach tej podgrupy. Znaczne różnice w liczbie hospitalizacji na 100 tys. ludności: najmniej w woj. pomorskim (84,42), najwięcej w świętokrzyskim (172,62). W woj. kujawsko-pomorskim wartość tego wskaźnika wyniosła 86,82. Znaczna koncentracja świadczeń - 80% hospitalizacji zostało wykazanych przez 10 na 34 świadczeniodawców (29% wszystkich w województwie, którzy sprawozdali przynajmniej jednego pacjenta z tej grupy). Największy ze świadczeniodawców sprawozdał 15,4% wszystkich hospitalizacji. Średni czas hospitalizacji w województwie wynosił 5,3, a jego wartość standaryzowana 5,6 dnia (w Polsce średni czas hospitalizacji tych pacjentów to 5,6 dnia). U świadczeniodawców, u których odnotowano powyżej 50 hospitalizacji, średni czas pobytu wyniósł 3,2 dnia (wahającym się między 1,6 a 5,7 dnia).

Zatrucia lekami

W województwie kujawsko-pomorskim sprawozdano 1,26 tys. hospitalizacji w ramach tej podgrupy. Istotne różnice w liczbie hospitalizacji na 100 tys. ludności: najmniej w woj. podlaskim (22,32), najwięcej w łódzkim (78,70). W woj. kujawsko-pomorskim wartość tego wskaźnika wyniosła 60,25. Rozproszenie świadczeń - 80% hospitalizacji zostało wykazanych przez 14 na 26 świadczeniodawców (54% wszystkich w województwie, którzy sprawozdali przynajmniej jednego pacjenta z tej grupy). Największy ze świadczeniodawców sprawozdał 10,6% wszystkich hospitalizacji. Średni czas hospitalizacji w województwie wynosił 5,3, a jego wartość standaryzowana 5,6 dnia (w Polsce średni czas hospitalizacji tych pacjentów to 5,6 dnia). U świadczeniodawców, u których odnotowano powyżej 50 hospitalizacji, średni czas pobytu wyniósł 3,3 dnia (wahającym się między 2,7 a 4,7 dnia). W województwie kujawsko-pomorskim odsetek hospitalizacji zakończonych zgonem pacjenta wyniósł 1,2% (dla porównania w Polsce - 0,8%). Świadczeniodawcy, którzy sprawozdali powyżej 50 hospitalizacji, charakteryzowali się średnim odsetkiem zgonów wynoszącym 1,2% (wahając się między 0% a 2,0%). W województwie pacjenci byli najczęściej hospitalizowani w zakresie choroby wewnętrzne - hospitalizacja (75,69%). Nie hospitalizowano pacjentów w zakresie toksykologia kliniczna (w Polsce ten odsetek wyniósł 27,27%).

Powikłania po zabiegach medycznych

W województwie kujawsko-pomorskim sprawozdano 0,63 tys. hospitalizacji w ramach tej podgrupy. Znaczne różnice w liczbie hospitalizacji na 100 tys. ludności: najmniej w woj. opolskim (22,99), najwięcej w dolnośląskim (43,16). W woj. kujawsko-pomorskim wartość tego wskaźnika wyniosła 30,34. Wyraźna koncentracja świadczeń - 80% hospitalizacji zostało wykazanych przez 8 na 32 świadczeniodawców (25% wszystkich w województwie, którzy sprawozdali przynajmniej jednego pacjenta z tej grupy). Największy ze świadczeniodawców sprawozdał 18,6% wszystkich hospitalizacji. Średni czas hospitalizacji w województwie wyniósł 5,3, a jego wartość standaryzowana 5,6 dnia (w Polsce średni czas hospitalizacji tych pacjentów to 5,6 dnia). U świadczeniodawców, u których odnotowano powyżej 50 hospitalizacji, średni czas pobytu wyniósł 9 dni. (wahającym się między 7,5 a 11,9 dnia). W województwie kujawsko-pomorskim odsetek hospitalizacji zakończonych zgonem pacjenta wyniósł 1,7% (dla porównania w Polsce - 1,2%). Świadczeniodawcy, którzy sprawozdali powyżej 50 hospitalizacji, charakteryzowali się średnim odsetkiem zgonów wynoszącym 2,0% (wahając się między 0% a 2,9%).

Oparzenia

W województwie kujawsko-pomorskim sprawozdano 0,59 tys. hospitalizacji w ramach tej podgrupy. Wyraźne różnice w liczbie hospitalizacji na 100 tys. ludności: najmniej w woj. opolskim (15,10), najwięcej w świętokrzyskim (31,99). W woj. kujawsko-pomorskim wartość tego wskaźnika wyniosła 28,14. Znaczna koncentracja świadczeń - 80% hospitalizacji zostało wykazanych przez 8 na 25 świadczeniodawców (32% wszystkich w województwie, którzy sprawozdali przynajmniej jednego pacjenta z tej grupy). Największy ze świadczeniodawców sprawozdał 28,4% wszystkich hospitalizacji. Średni czas hospitalizacji w województwie wyniósł 5,3, a jego wartość standaryzowana 5,6 dnia (w Polsce średni czas hospitalizacji tych pacjentów to 5,6 dnia). Świadczeniodawcy, którzy sprawozdali powyżej 50 hospitalizacji, charakteryzowali się średnim czasem pobytu wynoszącym 5,6 dnia (wahającym się między 3,8 a 8,1 dnia). W województwie kujawsko-pomorskim odsetek hospitalizacji zakończonych zgonem pacjenta wyniósł 1,4% (dla porównania w Polsce - 2,6%). U świadczeniodawców, u których odnotowano powyżej 50 hospitalizacji, średni odsetek zgonów wyniósł 1,2% (wahając się między 0% a 2,9%).

Zatrucia alkoholem

W województwie kujawsko-pomorskim sprawozdano 0,61 tys. hospitalizacji w ramach tej podgrupy. Istotne różnice w liczbie hospitalizacji na 100 tys. ludności: najmniej w woj. opolskim (6,20), najwięcej w łódzkim (46,86). W woj. kujawsko-pomorskim wartość tego wskaźnika wyniosła 29,34. Rozproszenie świadczeń - 80% hospitalizacji zostało wykazanych przez 12 na 26 świadczeniodawców (46% wszystkich w województwie, którzy sprawozdali przynajmniej jednego pacjenta z tej grupy). Największy ze świadczeniodawców sprawozdał 16,6% wszystkich hospitalizacji. Średni czas hospitalizacji w województwie wyniósł 5,3, a jego wartość standaryzowana 5,6 dnia (w Polsce średni czas hospitalizacji tych pacjentów to 5,6 dnia). U świadczeniodawców, u których odnotowano powyżej 50 hospitalizacji, średni czas pobytu wyniósł 1,8 dnia (wahającym się między 1,2 a 2,4 dnia). W województwie kujawsko-pomorskim odsetek hospitalizacji zakończonych zgonem pacjenta wyniósł 1,6% (dla porównania w Polsce - 1,3%). U świadczeniodawców, u których odnotowano powyżej 50 hospitalizacji, średni odsetek zgonów wyniósł 0,6% (wahając się między 0% a 2,0%). W województwie pacjenci byli najczęściej hospitalizowani w zakresie choroby wewnętrzne - hospitalizacja (74,55%). Nie hospitalizowano pacjentów w zakresie toksykologia kliniczna (w Polsce ten odsetek wyniósł 19,22%).

Ciało obce

W województwie kujawsko-pomorskim sprawozdano 0,33 tys. hospitalizacji w ramach tej podgrupy. Wyraźne różnice w liczbie hospitalizacji na 100 tys. ludności: najmniej w woj. małopolskim (7,96), najwięcej w świętokrzyskim (16,79). W woj. kujawsko-pomorskim wartość tego wskaźnika wyniosła 15,75.

Wyraźna koncentracja świadczeń - 80% hospitalizacji zostało wykazanych przez 5 na 22 świadczeniodawców (23% wszystkich w województwie, którzy sprawozdali przynajmniej jednego pacjenta z tej grupy). Największy ze świadczeniodawców sprawozdał 31,6% wszystkich hospitalizacji. Średni czas hospitalizacji w województwie wyniósł 5,3, a jego wartość standaryzowana 5,6 dnia (w Polsce średni czas hospitalizacji tych pacjentów to 5,6 dnia). Świadczeniodawcy, którzy sprawozdali powyżej 50 hospitalizacji, charakteryzowali się średnim czasem pobytu wynoszącym 2,1 dnia (wahającym się między 1,9 a 2,5 dnia).

Zatrucia środkami chemicznymi

W województwie kujawsko-pomorskim sprawozdano 0,25 tys. hospitalizacji w ramach tej podgrupy. Istotne różnice w liczbie hospitalizacji na 100 tys. ludności: najmniej w woj. podlaskim (3,78), najwięcej w śląskim (23,16). W woj. kujawsko-pomorskim wartość tego wskaźnika wyniosła 11,87. Rozproszenie świadczeń - 80% hospitalizacji zostało wykazanych przez 13 na 25 świadczeniodawców (52% wszystkich w województwie, którzy sprawozdali przynajmniej jednego pacjenta z tej grupy). Największy ze świadczeniodawców sprawozdał 14,9% wszystkich hospitalizacji. Średni czas hospitalizacji w województwie wyniósł 5,3, a jego wartość standaryzowana 5,6 dnia (w Polsce średni czas hospitalizacji tych pacjentów to 5,6 dnia). W województwie pacjenci byli najczęściej hospitalizowani w zakresie pediatria - hospitalizacja (58,87%). Nie hospitalizowano pacjentów w zakresie toksykologia kliniczna (w Polsce ten odsetek wyniósł 26,41%).

Zatrucia: narkotyki

W województwie kujawsko-pomorskim sprawozdano 0,20 tys. hospitalizacji w ramach tej podgrupy. Wyraźne różnice w liczbie hospitalizacji na 100 tys. ludności: najmniej w woj. podlaskim (2,43), najwięcej w łódzkim (23,41). W woj. kujawsko-pomorskim wartość tego wskaźnika wyniosła 9,81. Brak wyraźnej koncentracji świadczeń - 80% hospitalizacji zostało wykazanych przez 8 na 21 świadczeniodawców (38% wszystkich w województwie, którzy sprawozdali przynajmniej jednego pacjenta z tej grupy). Największy ze świadczeniodawców sprawozdał 20,5% wszystkich hospitalizacji. Średni czas hospitalizacji w województwie wyniósł 5,3, a jego wartość standaryzowana 5,6 dnia (w Polsce średni czas hospitalizacji tych pacjentów to 5,6 dnia). W województwie kujawsko-pomorskim odsetek hospitalizacji zakończonych zgonem pacjenta wyniósł 1,5% (dla porównania w Polsce - 0,4%). W województwie pacjenci byli najczęściej hospitalizowani w zakresie pediatria - hospitalizacja (50,73%). Nie hospitalizowano pacjentów w zakresie toksykologia kliniczna (w Polsce ten odsetek wyniósł 44,60%).

3.16 Wielochorobowość pacjentów w wieku podeszłym

W wielu grupach chorób analizując wiek pacjentów zaobserwowano znaczny odsetek chorych w wieku podeszłym. Dodatkowo prognozy demograficzne przewidują znaczny wzrost liczby ludności w tym wieku w najbliższych latach, co przełoży się bezpośrednio na wzrost liczby chorych w wieku podeszłym. Eksperti medyczni współpracujący z Departamentem Analiz i Strategii zwrócili uwagę, że w większości przypadków pacjenci w tym wieku poza chorobą, która była przyczyną hospitalizacji, chorują także na wiele innych schorzeń jednocześnie. Pacjenci o takich cechach wymagają kompleksowej opieki oraz stanowią większe obciążenie dla hospitalizujących ich szpitali.

W związku z tym w kolejnym kroku analiz zasadnym byłaby dokładna analiza wielochorobowości pacjentów w wieku podeszłym oraz ustalenie jaki odsetek pacjentów w wieku powyżej 80 roku życia był poddany w trakcie hospitalizacji świadczeniu: Całościowa Ocena Geriatryczna (COG).

W trakcie konsultacji map potrzeb zdrowotnych środowisko geriatryczne reprezentowane między innymi przez konsultanta krajowego w dziedzinie geriatryki wskazało, że problem z pacjentami wielochorobowymi w wieku podeszłym jest istotny głównie w przypadku następujących grup chorób:

- Zaburzenia mineralizacji i struktury kości (Choroby układu kostno-mięśniowego)

- Choroby stawów (Choroby układu kostno-mięśniowego)
- Choroby aorty i naczyń obwodowych z uwzględnieniem nadciśnienia tętniczego
- Cukrzyca
- Choroba Alzheimera i inne otępienia (Choroby układu nerwowego (neurologiczne wieku podeszłego)
- Choroba Parkinsona i inne zaburzenia ruchowe (Choroby układu nerwowego (neurologiczne wieku podeszłego)
- Udar niedokrwieny mózgu (Choroby układu nerwowego (neurologiczne wieku podeszłego)
- Zaburzenia nastroju inne niż schizofrenia (Choroby psychiczne)
- Niedożywienie (choroby metaboliczne)
- Inne niedobory pokarmowe (choroby metaboliczne)
- POChP (choroby układu oddechowego (przewlekłe)
- Astma (choroby układu oddechowego (przewlekłe)
- Zapalenie Płuc (choroby układu oddechowego (przewlekłe)
- Choroby tarczycy (choroby gruczołów wydzielania wewnętrznego)
- Niedokrwistość (Hematologia nienowotworowa)
- Zaćma (choroby oka i okolic)
- Jaskra (choroby oka i okolic)
- Nietrzymanie moczu (choroby układu moczowo-płciowego)
- Niewydolność nerek (choroby układu moczowo-płciowego)
- Choroby narządu słuchu i mowy (choroby uszu i wyrostka sutkowatego)
- Urazy (urazy, objawy, zatrucia)



EFEKTYWNE DZIAŁANIE
PRZEZ MAPOWANIE



Część IV

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 4.1 przedstawia poradnie, w których zrealizowano 80% porad dla poszczególnych grup chorób.

Tabela 4.1: 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
Zaburzenia psychiczne - dzieci	logopedyczna, zdrowia psychicznego dla dzieci, dla osób z autyzmem dziecięcym
Ciąża, poród i połóg 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
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

Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS

Tabela 4.2 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 4.2: Porównanie liczby porad NFZ ze sprawozdaniem ZD3

Nazwa poradni ZD-3	Nazwy poradni NFZ	% porad poza NFZ dla woj.	% porad poza NFZ dla PL
chorob wewnętrznych	chorób metabolicznych, chorób metabolicznych dla dzieci	94,3	96,2
alergologiczna	alergologiczna, alergologiczna dla dzieci	15,4	14,1
diabetologiczna	diabetologiczna, diabetologiczna dla dzieci	5,7	5,8
endokrynologiczna	endokrynologiczna, endokrynologiczna dla dzieci	18,5	22,5
kardiologiczna	kardiologiczna, nadciśnienia tętniczego, kardiologiczna dla dzieci, chorób naczyń, wad serca	8,0	15,7
nefrologiczna	nefrologiczna, nefrologiczna dla dzieci	8,8	13,1
dermatologiczna	dermatologiczna, dermatologiczna dla dzieci	6,7	14,5
neurologiczna	neurologiczna, leczenia bólu, neurologiczna dla dzieci	12,2	14,5
onkologiczna	onkologiczna dla dzieci, onkologiczna, chemioterapii, radioterapii	12,2	14,1
gruźlicy i chorób płuc	chorób płuc, gruźlicy i chorób płuc, gruźlicy i chorób płuc dla dzieci, chorób płuc dla dzieci, leczenia mukowiscydozy dla dzieci	3,2	6,1
reumatologiczna	reumatologiczna, reumatologiczna dla dzieci	3,4	9,2
ginekologiczno-polożnicza	położniczo-ginekologiczna, ginekologiczna, profilaktyki chorób piersi, ginekologiczna dla dziewcząt, patologii ciąży	15,7	21,2
Chirurgiczne - inne niż urazowo-ortopedyczne i neurochirurgiczne	chirurgii ogólnej, chirurgii onkologicznej, chirurgii ogólnej dla dzieci, chirurgii plastycznej, kardiochirurgiczna, chirurgii naczyniowej, chirurgii klatki piersiowej, chirurgii szczękowo-twarzowej, proktologiczna, kontroli rozruszników i kardiowerterów	7,7	7,5
chirurgia urazowo-ortopedyczna	chirurgii urazowo-ortopedycznej, chirurgii urazowo-ortopedycznej dla dzieci	10,3	17,6
neurochirurgia	neurochirurgiczna	12,8	21,7
okulistyczna	okulistyczna, leczenia zeza, okulistyczna dla dzieci	29,2	23,3
otolaryngologiczna	otorynolaryngologiczna, otorynolaryngologiczna dla dzieci, logopedyczna, audiologiczna dla dzieci, logopedyczna dla dzieci, foniatryczna, audiologiczna	10,0	11,6
urologiczna	urologiczna, urologiczna dla dzieci	16,7	14,1

Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS

Na podstawie informacji przedstawionych w tabeli 4.1 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 4.3 przedstawia podsumowanie informacji dla poradni bezpośrednio dedykowanym omawianym grupom chorób w województwie kujawsko-pomorskim.

Tabela 4.3: Poradnie w województwie kujawsko-pomorskim

poradnia	liczba poradni w woj.	liczba porad w woj. (tys.)	liczba porad na poradnię w woj. (tys.)	% porad W11 wśród porad zachowawczych dla woj.	% porad W11 wśród porad zachowawczych dla PL	% porad pacjentów, którzy pojawili się conajmniej 3 razy dla woj.	% porad pacjentów, którzy pojawili się conajmniej 3 razy dla PL
położniczo-ginekologiczna	203	576,66	2,8	46,8	42,4	70,5	70,5
okulistyczna	86	355,31	4,1	27,4	27,3	44,4	49,1
neurologiczna	84	278,62	3,3	67,6	69,6	50,9	56,0
otorynolaryngologiczna	82	252,46	3,1	50,2	50,6	43,5	47,5
dermatologiczna	71	310,41	4,4	58,4	60,0	51,0	53,1
chirurgii ogólnej	61	385,63	6,3	64,7	65,1	66,5	66,7
zdrowia psychicznego	55	289,17	5,3	-	-	87,7	88,8
chirurgii urazowo-ortopedycznej	53	331,16	6,2	57,2	56,5	59,3	62,6
logopedyczna	51	73,75	1,4	-	-	96,6	97,1
urologiczna	49	146,95	3,0	36,9	45,4	48,9	57,0
reumatologiczna	48	127,31	2,7	60,9	57,0	70,7	70,3
alergologiczna	47	164,12	3,5	66,0	60,2	78,6	76,8
endokrynologiczna	44	132,24	3,0	28,4	33,4	37,5	45,0
diabetologiczna	41	114,98	2,8	47,8	53,7	59,3	73,5
psychologiczna	32	22,31	0,7	-	-	74,7	87,5
gastroenterologiczna	24	59,82	2,5	62,3	63,6	50,4	48,2
leczenia bólu	19	42,94	2,3	81,7	83,9	90,9	92,5
chorób płuc	19	37,88	2,0	56,8	46,2	52,3	60,3
gruźlicy i chorób płuc	18	59,29	3,3	36,6	45,0	40,8	60,9
chirurgii ogólnej dla dzieci	16	60,42	3,8	55,9	60,2	55,4	55,0
terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia	15	57,52	3,8	-	-	94,5	94,9
leczenia uzależnień	14	47,29	3,4	-	-	96,0	95,7
onkologiczna	12	86,58	7,2	47,4	50,4	58,0	62,8
chirurgii onkologicznej	12	70,84	5,9	45,4	60,1	50,8	61,7
nefrologiczna	11	16,99	1,5	22,9	26,1	51,6	59,2
neurochirurgiczna	11	32,13	2,9	77,6	72,0	31,6	29,0
alergologiczna dla dzieci	9	57,33	6,4	63,8	62,3	82,8	75,3
neurologiczna dla dzieci	9	28,76	3,2	54,7	57,6	50,2	48,4
ginekologiczna	9	36,01	4,0	46,6	49,8	54,1	65,1
zdrowia psychicznego dla dzieci	9	38,31	4,3	-	-	83,4	85,7
osteoporozy	7	11,61	1,7	45,8	32,2	26,3	32,1
chorób naczyń	6	11,38	1,9	35,4	38,8	33,8	33,3
chirurgii naczyniowej	5	20,38	4,1	40,6	53,8	34,2	37,2
otorynolaryngologiczna dla dzieci	5	20,13	4,0	59,4	42,9	46,5	49,8
endokrynologiczna dla dzieci	4	8,86	2,2	31,9	41,7	21,9	47,7
nefrologiczna dla dzieci	4	3,30	0,8	26,3	48,0	16,2	55,3

poradnia	liczba poradni w woj.	liczba porad w woj. (tys.)	liczba porad na poradnię w woj. (tys.)	% porad W11 wśród porad zachowawczych dla woj.	% porad W11 wśród porad zachowawczych dla PL	% porad pacjentów, którzy pojawili się conajmniej 3 razy dla woj.	% porad pacjentów, którzy pojawili się conajmniej 3 razy dla PL
gruźlicy i chorób płuc dla dzieci	4	14,42	3,6	50,4	59,0	82,7	77,4
ginekologiczna dla dziewcząt	4	6,75	1,7	25,6	34,8	60,5	51,7
chirurgii urazowo-ortopedycznej dla dzieci	4	8,42	2,1	32,7	45,6	17,6	39,7
chirurgii szczękowo-twarzowej	4	9,94	2,5	67,5	71,6	58,6	60,3
terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych	4	8,94	2,2	-	-	95,4	95,1
profilaktyki chorób piersi	3	8,21	2,7	35,4	38,6	25,7	35,6
okulistyczna dla dzieci	3	11,77	3,9	51,7	36,3	25,3	36,2
audiologiczna	3	3,23	1,1	30,3	21,7	22,3	37,1
urologiczna dla dzieci	3	1,54	0,5	35,6	42,1	44,5	41,3
chorób metabolicznych	2	1,14	0,6	41,3	43,6	66,5	58,0
diabetologiczna dla dzieci	2	1,58	0,8	85,7	73,9	90,7	84,9
gastroenterologiczna dla dzieci	2	7,67	3,8	79,9	60,9	44,1	41,5
hematologiczna	2	12,11	6,1	14,5	32,0	75,3	70,2
hematologiczna dla dzieci	2	2,72	1,4	45,5	41,1	53,4	47,5
genetyczna	2	5,11	2,6	95,4	67,8	11,4	17,9
chorób płuc dla dzieci	2	9,79	4,9	74,0	60,3	85,6	73,5
chirurgii klatki piersiowej	2	6,46	3,2	74,8	56,6	39,4	47,4
logopedyczna dla dzieci	2	3,68	1,8	-	-	97,1	94,3
psychogeriatryczna	2	11,81	5,9	-	-	84,5	74,7
chorób metabolicznych dla dzieci	1	1,37	1,4	46,1	53,2	37,0	46,5
nadciśnienia tętniczego	1	1,13	1,1	32,6	30,5	33,7	55,2
dermatologiczna dla dzieci	1	3,58	3,6	30,7	60,0	22,6	44,4
onkologiczna dla dzieci	1	2,66	2,7	56,7	44,9	58,6	62,2
leczenia mukowiscydozy dla dzieci	1	0,32	0,3	65,0	30,1	79,4	75,6
reumatologiczna dla dzieci	1	2,55	2,6	38,8	52,5	48,0	54,1
patologii ciąży	1	1,02	1,0	3,3	27,8	45,6	68,6
chirurgii plastycznej	1	2,12	2,1	86,2	58,0	48,6	56,9
audiologiczna dla dzieci	1	2,18	2,2	10,1	11,5	32,1	32,1
psychologiczna dla dzieci	1	0,65	0,6	-	-	71,8	86,2

Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ

Poza informacjami przedstawionymi powyżej, eksperci współpracujący z Ministerstwem Zdrowia wskazali za istotne następujące informacje:

- W poradniach neurologicznych w województwie kujawsko-pomorskim 8,2% wszystkich porad udzielanych jest pacjentom z rozpoznaniem bóle głowy.
- Porady z powodu chorób demielinizacyjnych w poradniach neurologicznych stanowiły 1,1%.
- Występuje wysoki odsetek porad udzielanych w AOS pacjentom z chorobami zwyrodnieniowymi kręgosłupa. Stanowią one około 22,1% wszystkich porad w poradniach neurologicznych (często kilkakrotnych w ciągu roku). Choroby zwyrodnieniowe kręgosłupa są najczęstszym powodem wizyt w poradniach neurochirurgicznych stanowiąc 62,2% wszystkich porad.
- Wysoki jest również odsetek udzielanych porad pacjentom z chorobami z grupy mononeuropatii, zespołów cieśni i radikulopatii, które stanowią około 19,9% wszystkich porad w poradniach neurologicznych, często kilkakrotnych w ciągu roku.
- Z analizy udziału pacjentów z różnymi rozpoznaniem w poradniach neurologicznych, można wnioskować, że niektóre poradnie specjalizują się w wybranych chorobach np. padaczce (w jednej poradni neurologicznej ponad 1/3 porad stanowiły porady dla chorych na padaczkę), co wskazuje na potrzebę stworzenia poradni specjalistycznych umożliwiającą kompleksowe wizyty diagnostyczne.
- W AOS w przypadku pacjentów z chorobami układu kostno-mięśniowego 90% świadczeń było realizowane w pięciu typach poradni: chirurgii urazowo-ortopedycznej, reumatologicznej, neurologicznej, chirurgii ogólnej, leczenia bólu oraz pracowni rezonansu magnetycznego. Porady z trzech pierwszych typów poradni stanowiły 75% wszystkich porad udzielonych pacjentom z chorobami układu kostno-mięśniowego. Ze względu na istotną rolę w leczeniu tych pacjentów, dokonano również analizy poradni osteoporozy, endokrynologicznej osteoporozy oraz neurochirurgicznej.
- W przypadku poradni reumatologicznej zwracają uwagę różnice w udziale pacjentów z rozpoznaniem zapalnymi i niezapalnymi. W województwie kujawsko-pomorskim udział porad dla pacjentów z rozpoznaniem zapalnymi wyniósł 45,7% (w Polsce 45,5%). Widoczne jest również zróżnicowanie między świadczeniodawcami (48 w województwie) - udział porad dla pacjentów z rozpoznaniem zapalnymi wahał się od 15,9% do 90,5%.
- 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).
- 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, a w analizowanym województwie 6). 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 uzyskania porady w ramach AOS z zakresu chorób naczyń wyniosła w Polsce 195 dni zaś w województwie 68 dni. W przypadku poradni chirurgii naczyniowej mediana czasu oczekiwania (czas od daty wystawienia skierowania do uzyskania świadczenia) dla Polski wynosiła 205 dni, a dla województwa 76 dni. Porady W17 (świadczenia specjalistyczne 7-ego typu) w poradniach chorób naczyń stanowiły w Polsce 32% porad zachowawczych udzielonych pacjentom z rozpoznaniem z grupy, zaś w województwie 34%. Natomiast w poradniach chirurgii naczyniowej wśród porad udzielonych pacjentom z rozpoznaniem z analizowanej grupy porady W17 stanowiły w Polsce 27% porad zachowawczych, zaś w województwie 29%.

W przypadku poradni dedykowanych zaburzeniom psychicznym w analizie wyszczególniono m.in. udział porad lekarskich, porad psychologa, psychoterapii oraz porad/ wizyt środowiskowych. W ramach porad lekarskich wyodrębniono takie kategorie jak porady lekarskie diagnostyczne, porady lekarskie kontrolne, porady lekarskie terapeutyczne – analiza wskazała, że w województwie kujawsko-pomorskim w poradni zdrowia psychicznego dominowały porady lekarskie (88,6%), a wśród nich porady lekarskie terapeutyczne (57,1%). Porady diagnostyczne zostały wyróżnione również w przypadku porad psychologa. W przypadku psychoterapii wyszczególniono psychoterapię indywidualną, grupową, rodzinną oraz sesje wsparcia psychospołecznego. Szczegółowe informacje przedstawiono w mapie potrzeb w zakresie zaburzeń psychicznych.



EFEKTYWNE DZIAŁANIE
PRZEZ MAPOWANIE



Ministerstwo Zdrowia

Część V

Podstawowa opieka zdrowotna

Obecny sposób prowadzenia sprawozdawczości uniemożliwia przeprowadzenie pogłębionej analizy funkcjonowania Podstawowej Opieki Zdrowotnej (POZ), w szczególności określenie liczby pacjentów ze schorzeniami przewlekłymi (raportowana jest tylko 1 przyczyna wizyty) oraz ich ścieżki leczenia (brak informacji o wykonanych badaniach).

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 cukrzycy i/lub chorób układu krążenia
5.01.00.0000078	
5.01.00.0000075	świadczenia dla pacjentów z rozpoznaniem cukrzycy i/lub chorób układu krążenia
5.01.00.0000076	
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 orzecznicych lub innych administracyjnych.

Najwięcej świadczeń w ramach POZ udzielanych było przez lekarzy (stanowią one 94,8

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). W województwie kujawsko-pomorskim placówek sprawozdających świadczenia POZ było 15,3/100 tys. ludności.

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). Województwo kujawsko-pomorskie charakteryzowało się trzecią najwyższą wartością (4,21).

Można zaobserwować duże różnice między liczbą udzielonych świadczeń lekarza POZ w poszczególnych powiatach województwa. Najwięcej świadczeń zostało udzielonych w powiecie radziejowskim (52,3 tys./10 tys. ludności oraz 5,0 na pacjenta z listy aktywnej), a najmniej w powiecie grudziądzkim (26,7 tys./10 tys. ludności oraz 3,5 na pacjenta z listy aktywnej). Najmniej wizyt w ciągu roku pacjentów z listy aktywnej odbyło się w m. Grudziądz (3,1).

Na podstawie danych można stwierdzić, że największa liczba porad w województwie udzielana była osobom w wieku 65+ (2 586 tys.) oraz w wieku 45-64 (2 539 tys.).

Istnieją istotne różnice w wykorzystaniu świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej przez mieszkańców poszczególnych powiatów. Najwięcej świadczeń sprawozdano w powiecie żnińskim (2,9 tys./10 tys. ludności), a najmniej w powiecie nakielskim (422/10 tys. ludności). Natomiast w powiecie grudziądzkim nie były sprawozdawane tego typu świadczenia. 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).

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.



EFEKTYWNE DZIAŁANIE
PRZEZ MAPOWANIE



Ministerstwo Zdrowia

Część VI

Wykorzystanie nagłej opieki medycznej

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.

Poziom wskaźnika WWNOM jest bardzo zróżnicowany pomiędzy POZ i poszczególnymi powiatami; na przykład spośród 23 powiatów województwa kujawsko-pomorskiego 9, czyli 39%, cechowały się wartością omawianego wskaźnika wyższą od ogólnopolskiej (29,5). Natomiast skrajne wartości dla powiatów wyniosły 16,6 (powiat włocławski) oraz 45,2 (powiat żniński). W skali kraju mediana dla powiatów wyniosła 27,8, co oznacza, że spośród kujawsko-pomorskich powiatów 12 notowało wskaźnik wykorzystania nagłej opieki medycznej powyżej, a 11 poniżej tej środkowej wartości.

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 dodatnio skorelowana z większą wartością wskaźnika WWNOM (dla POZ o dużej liczbie zapisanych pacjentów pacjent średnio częściej korzysta z nagłej opieki medycznej).



EFEKTYWNE DZIAŁANIE
PRZEZ MAPOWANIE



Część VII

Pozostałe formy lecznictwa

7.1 Rehabilitacja zdrowotna

Rehabiliacja Stacjonarna Ogólnostojowa

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). Natomiast w analizowanym województwie kujawsko-pomorskim było to 276,3 hospitalizacji na 100 tys. mieszkańców.

Analiza rehabilitacji stacjonarnej dla dzieci również wykazała, że dostęp do rehabilitacji ogólnoustrojowej dla pacjentów w tym wieku jest znacznie zróżnicowany w skali kraju. Najwięcej hospitalizacji na 100 tys. dzieci odnotowano w województwie warmińsko-mazurskim (1 095,4) najmniej w województwie opolskim (1,2). Natomiast w analizowanym województwie kujawsko-pomorskim było to 107,3 hospitalizacji na 100 tys. mieszkańców.

Należy zwrócić uwagę, że 32,8% hospitalizacji dla dzieci w zakresie rehabilitacja ogólnoustrojowa w województwie kujawsko-pomorskim zostało wykonane dla mieszkańców innych województw.

10 świadczeniodawców w województwie kujawsko-pomorskim realizowało mniej niż 250 hospitalizacji w zakresie rehabilitacja ogólnoustrojowa w ciągu roku (około 20 hospitalizacji miesięcznie), co skłania do zastanowienia się nad kompleksowością udzielanych w tych ośrodkach świadczeń.

Zwraca uwagę wysoki odsetek pacjentów rehabilitowanych stacjonarnie w zakresie rehabilitacja ogólnoustrojowa w wieku 65+ i 80+ (w województwie kujawsko-pomorskim odpowiednio 48,9% i 10,7%). Może to świadczyć o potrzebach zdrowotnych w zakresie rehabilitacji wśród tej grupy chorych.

Istnieją znaczne różnice pomiędzy świadczeniodawcami w odsetku pacjentów rehabilitowanych w zakresie rehabilitacja ogólnoustrojowa, którzy uprzednio przebyli leczenie szpitalne (maksimum w województwie - 60,7%, minimum w województwie - 1,2%). Przyczyny tego stanu rzeczy mogą być złożone i wymagają dalszej analizy.

Rehabiliacja Stacjonarna Kardiologiczna

Dostęp do rehabilitacji kardiologicznej dla osób dorosłych w warunkach stacjonarnych jest znacznie zróżnicowany w skali kraju. Najwięcej hospitalizacji na 100 tys. dorosłych odnotowano w województwie opolskim (273,2), a najmniej w województwie mazowieckim (27,7). Natomiast w analizowanym województwie kujawsko-pomorskim było to 46,8 hospitalizacji na 100 tys. mieszkańców.

Analiza rehabilitacji stacjonarnej dla dzieci również wykazała, że jedynie w województwach śląskim i dolnośląskim znajdowały się ośrodki udzielające świadczenia z zakresu rehabilitacji kardiologicznej dla dzieci.

5 świadczeniodawców w województwie kujawsko-pomorskim realizowało mniej niż 250 hospitalizacji w zakresie rehabilitacja kardiologiczna w ciągu roku (około 20 hospitalizacji miesięcznie), co skłania do zastanowienia się nad kompleksowością udzielanych w tych ośrodkach świadczeń.

Zwraca uwagę wysoki odsetek pacjentów rehabilitowanych stacjonarnie w zakresie rehabilitacja kardiologiczna w wieku 65+ i 80+ (w województwie kujawsko-pomorskim odpowiednio 47,0% i 3,4%). Może to świadczyć o potrzebach zdrowotnych w zakresie rehabilitacji wśród tej grupy chorych.

Istnieją znaczne różnice pomiędzy świadczeniodawcami w odsetku pacjentów rehabilitowanych w zakresie rehabilitacja kardiologiczna, którzy uprzednio przebyli leczenie szpitalne (maksimum w województwie - 14,3%, minimum w województwie - 0%). Przyczyny tego stanu rzeczy mogą być złożone i wymagają dalszej analizy.

Rehabiliacja Stacjonarna Neurologiczna

Dostęp do rehabilitacji neurologicznej dla osób dorosłych w warunkach stacjonarnych jest znacznie zróżnicowany w skali kraju. Najwięcej hospitalizacji na 100 tys. dorosłych odnotowano w województwie opolskim (157,5), a najmniej w województwie łódzkim (66,0). Natomiast w analizowanym województwie kujawsko-pomorskim było to 85,9 hospitalizacji na 100 tys. mieszkańców.

Analiza rehabilitacji stacjonarnej dla dzieci również wykazała, że dostęp do rehabilitacji neurologicznej dla pacjentów w tym wieku jest znacznie zróżnicowany w skali kraju. Najwięcej hospitalizacji na 100 tys. dzieci odnotowano w województwie warmińsko-mazurskim (223,4) najmniej w województwie świętokrzyskim (0,5). Natomiast w analizowanym województwie kujawsko-pomorskim było to 4,7 hospitalizacji na 100 tys. mieszkańców. Należy podkreślić, że w województwach: lubuskim, łódzkim nie było ani jednego świadczeniodawcy, który realizował zakres rehabilitacja neurologiczna dla dzieci.

Należy zwrócić uwagę, że 38,9% hospitalizacji dla dzieci w zakresie rehabilitacja neurologiczna w województwie kujawsko-pomorskim zostało wykonane dla mieszkańców innych województw.

9 świadczeniodawców w województwie kujawsko-pomorskim realizowało mniej niż 120 hospitalizacji w zakresie rehabilitacja neurologiczna w ciągu roku (około 10 hospitalizacji miesięcznie), co skłania do zastanowienia się nad kompleksowością udzielanych w tych ośrodkach świadczeń.

Zwraca uwagę wysoki odsetek pacjentów rehabilitowanych stacjonarnie w zakresie rehabilitacja neurologiczna w wieku 65+ i 80+ (w województwie kujawsko-pomorskim odpowiednio 53,1% i 14,2%). Może to świadczyć o potrzebach zdrowotnych w zakresie rehabilitacji wśród tej grupy chorych.

Istnieją znaczne różnice pomiędzy świadczeniodawcami w odsetku pacjentów rehabilitowanych w zakresie rehabilitacja neurologiczna, którzy uprzednio przebyli leczenie szpitalne (maksimum w województwie - 26,5%, minimum w województwie - 0%). Przyczyny tego stanu rzeczy mogą być złożone i wymagają dalszej analizy.

Rehabiliacja Stacjonarna Pulmonologiczna

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). Natomiast w analizowanym województwie kujawsko-pomorskim było to 20,7 hospitalizacji na 100 tys. mieszkańców. Należy podkreślić, że w województwach: łódzkim, podlaskim, świętokrzyskim, zachodniopomorskim nie było ani jednego świadczeniodawcy, który realizował zakres rehabilitacja pulmonologiczna dla dorosłych.

Analiza rehabilitacji stacjonarnej dla dzieci również wykazała, że dostęp do rehabilitacji pulmonologicznej dla pacjentów w tym wieku jest znacznie zróżnicowany w skali kraju. 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, zachodniopomorskim nie było ani jednego świadczeniodawcy, który realizował zakres rehabilitacja pulmonologiczna dla dzieci.

Zwraca uwagę wysoki odsetek pacjentów rehabilitowanych stacjonarnie w zakresie rehabilitacja pulmonologiczna w wieku 65+ i 80+ (w województwie kujawsko-pomorskim odpowiednio 66,4% i 16,4%). Może to świadczyć o potrzebach zdrowotnych w zakresie rehabilitacji wśród tej grupy chorych.

Rehabiliacja w Ośrodkach/Oddziałach Dziennych

Analiza rozmieszczenia świadczeniodawców udzielających rehabilitację w warunkach oddziału dziennego wykazała, że w województwie było 18 powiatów, w których nie istniał ani jeden ośrodek rehabilitacji ogólnoustrojowej oraz 18 powiatów, w których nie było ośrodka rehabilitacji zaburzeń wieku rozwojowego.

W przypadku pozostałych zakresów rehabilitacji w warunkach oddziału dziennego nie jest konieczne, ze względu na węższą specjalizację, aby znajdowały się w każdym powiecie.

Dodatkowo należy zwrócić uwagę na brak w województwie świadczeniodawców realizujących zakres rehabilitacji w chorobach narządu wzroku.

Analizowane w Mapach Potrzeb Zdrowotnych dane wskazują na różnice w dostępności do świadczeń rehabilitacyjnych w poszczególnych województwach i powiatach. Dla dokładniejszego określenia poziomu zaspokojenia potrzeb społeczeństwa w tym zakresie, w kolejnym kroku zaleca się uwzględnienie danych na temat list oczekujących oraz porównywanie uzyskanych wskaźników ze wskaźnikami z innych krajów.

7.2 Lecznictwo uzdrowiskowe

W 2014 roku na terenie Polski działało 146 podmiotów, które sprawozdawały do Narodowego Funduszu Zdrowia świadczenia opieki zdrowotnej w rodzaju lecznictwo uzdrowiskowe.

Ze względu na nierównomierne rozmieszczenie placówek (w 3 województwach nie odnotowano żadnego podmiotu) obserwowane są znaczne migracje pomiędzy województwami. Z lecznictwa uzdrowiskowego skorzystało 395,90 tys. pacjentów, przy czym świadczenia rehabilitacyjne (uzdrowiskowa rehabilitacja dla dorosłych w szpitalu uzdrowiskowym oraz uzdrowiskowa rehabilitacja dla dorosłych w sanatorium uzdrowiskowym) zostały udzielone 14,50 tys. pacjentów.

Przyczyną uzyskania takiej statystyki jest fakt, że z 10 zakresów świadczeń raportowanych przez te podmioty tylko 2 wprost świadczą o rehabilitacji. Pozostałe są o charakterze ogólnym jak: Uzdrowiskowe leczenie sanatoryjne dorosłych urządzone w podziemnym wyrobisku górniczym lub Uzdrowiskowe leczenie sanatoryjne dzieci. Biorąc powyższe pod uwagę w kolejnym kroku należałoby pozyskać bardziej szczegółowe dane dotyczące leczenia uzdrowiskowego.

7.3 Opieka paliatywna i hospicyjna

Analizując rozkład wykazanych pobytów paliatywno-hospicyjnych w warunkach domowych na 100 tys. ludności względem miejsca zamieszkania pacjenta łatwo zauważyć, że nie był on 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 co łatwo zauważyć obserwując odsetek pacjentów sprawozdanych pacjentów pochodzących spoza województwa.

Również zróżnicowany jest rozkład liczby pacjentów korzystających z pobytów paliatywno-hospicyjnych w warunkach stacjonarnych. Największą wartością wskaźnika liczby pacjentów na 100 tys. ludności charakteryzowały się województwa małopolskie (107,8), świętokrzyskie (107,4), podkarpackie (104,1), najmniejszą województwa łódzkie (68,8), mazowieckie (61,9) oraz zachodniopomorskie (46,4). Warto zwrócić również uwagę na zróżnicowany profil świadczeniodawców co łatwo zauważyć obserwując odsetek pacjentów sprawozdanych pacjentów pochodzących spoza województwa.

7.4 Opieka długoterminowa

Opieka długoterminowa w warunkach stacjonarnych

Rozkład liczby dorosłych pacjentów korzystających z opieki długoterminowej w warunkach stacjonarnych przeliczony na 100 tys. dorosłej ludności 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).

Również rozkład liczby dzieci korzystających z opieki długoterminowej w warunkach stacjonarnych na 100 tys. dzieci 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).

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

Opieka długoterminowa w warunkach domowych

Rozkład liczby dorosłych pacjentów korzystających z opieki długoterminowej w warunkach domowych na 100 tys. dorosłej ludności 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).

Rozkład liczby dzieci korzystających z opieki długoterminowej w warunkach domowych na 100 tys. dzieci 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 pochodzących spoza województwa.



EFEKTYWNE DZIAŁANIE
PRZEZ MAPOWANIE



Ministerstwo Zdrowia

Część VIII

Prognozy

8.1 Prognoza zapadalności rejestrowanej

W niniejszym rozdziale zaprezentowano podsumowanie wyników prognoz zapadalności rejestrowanej na lata 2020-2029 w województwie kujawsko-pomorskim dla chorób przewlekłych. Informacje dla pozostałych podgrup chorób, zaliczanych do chorób przemijających (ostrych) zostały zaprezentowane w odpowiednich mapach potrzeb zdrowotnych. 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').

W tym rozdziale prezentowane jest zestawienie dla scenariusza zindywidualizowanego, który zakłada, że dla województwa kujawsko-pomorskiego do prognozowania wykorzystujemy historycznie zaobserwowane w danym województwie wartości współczynników zapadalności rejestrowanej/chorobowości szpitalnej w danej podgrupie chorób. Wybór tego scenariusza wynika faktu, że naturalnym punktem odniesienia w prognozowaniu jest analiza zakładająca utrzymywanie się zróżnicowania pomiędzy województwami w zakresie wartości współczynników zapadalności rejestrowanej/chorobowości szpitalnej na poziomie zgodnym z danymi historycznymi. Ponieważ założenie to nie musi być w rzeczywistości spełnione scenariusze 'minimalny', 'maksymalny' oraz 'uśredniony' prezentowane w mapach szczegółowych pozwalają na przeanalizowanie konsekwencji przyjęcia różnych wariantów prognozowanego poziomu zapadalności rejestrowanej.

8.1.1 Choroby układu kostno-mięśniowego

W celu pokazania, w których podgrupach chorobowych, należy się spodziewać największych wartości zapadalności rejestrowanej w Tabeli 8.1 zaprezentowano wartości jej prognoz w województwie kujawsko-pomorskim w latach 2020 i 2029. Największa zapadalność rejestrowana w roku 2020 prognozowana jest dla podgrupy o nazwie 'choroby kręgosłupa' a najmniejsza dla schorzeń zakwalifikowanych jako 'artropatie związane z zakażeniami'.

Tabela 8.1: Wartości prognozy zapadalności rejestrowanej w województwie kujawsko-pomorskim w latach 2020 i 2029.

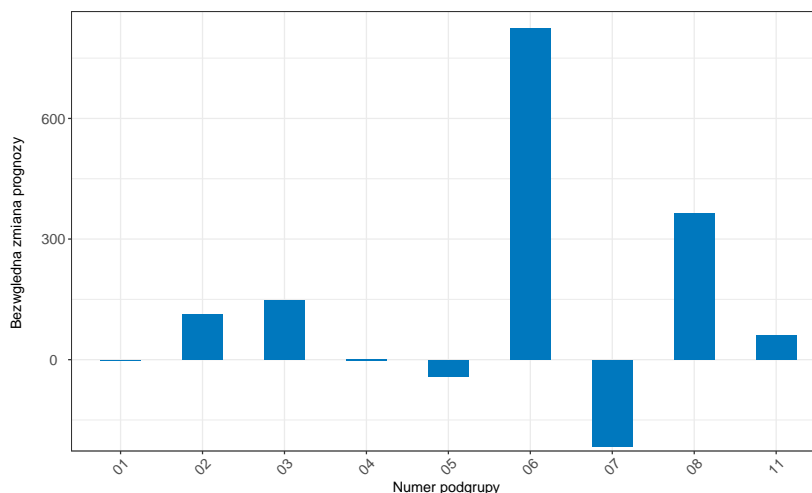
Nazwa podgrupy	Prognoza 2020 (w tys.)	Prognoza 2029 (w tys.)
Choroby kręgosłupa	33,86	33,92
Choroby stawów	30,19	31,01
Choroby powięzi, ścięgien i tkanek miękkich (niezapalne)	23,12	22,90
Artropatie wielostawowe zapalne	5,40	5,51
Choroby układowe tkanki łącznej	4,02	4,17
Zaburzenia mineralizacji i struktury kości	3,86	4,22
Choroby powięzi, ścięgien i tkanek miękkich (zapalne)	3,31	3,27
Choroby mięśni	0,42	0,42
Artropatie związane z zakażeniami	0,28	0,28

Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

W okresie od 2020 do 2029 roku prognozowane jest ogólne zwiększenie zapadalności rejestrowanej na choroby wchodzące w skład analizowanych rozpoznań (tj. choroby układu kostno-mięśniowego). W zarządzaniu systemem ochrony zdrowia istotne jest zrozumienie jak zmiana zapadalności rejestrowanej będzie kształtowała się w podgrupach chorobowych. Z tego względu na wykresie 8.1 przedstawiono zmiany w bezwzględnej wartości prognoz zapadalności rejestrowanej w województwie kujawsko-pomorskim między

latami 2020 i 2029. Największy wzrost zapadalności rejestrowanej pomiędzy latami 2020 i 2029 prognozowany jest dla podgrupy o nazwie 'choroby stawów. Oznacza, to, że prognozowany na poziomie 0,82 tys. wzrost w ramach tej podgrupy chorób będzie wymagał przygotowania odpowiedniego zaplecza medycznego w systemie ochrony zdrowia lub wprowadzenia programów profilaktycznych, które pozwolą na ograniczenie tego wzrostu. Z kolei najmniejszy wzrost zapadalności rejestrowanej prognozowany jest dla podgrupy 'choroby powięzi, ścięgien i tkanek miękkich (niezapalne)'.

Wykres 8.1: **Bezwzględne zmiany wartości prognoz zapadalności rejestrowanej w województwie kujawsko-pomorskim między latami 2020 i 2029.**



Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

Tabela 8.2: Nazwy podgrup użytych na wykresach

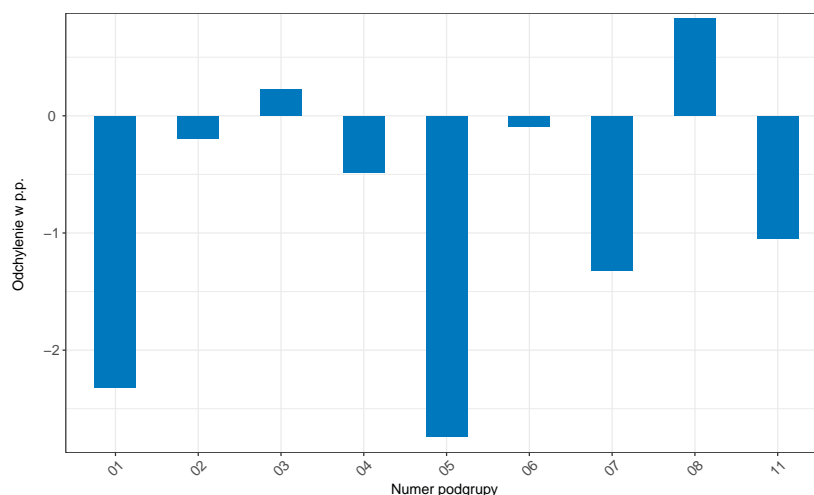
Numer podgrupy	Nazwa podgrupy
01	Artropatie związane z zakażeniami
02	Artropatie wielostawowe zapalne
03	Choroby układowe tkanki łącznej
04	Choroby mięśni
05	Choroby powięzi, ścięgien i tkanek miękkich (zapalne)
06	Choroby stawów
07	Choroby powięzi, ścięgien i tkanek miękkich (niezapalne)
08	Zaburzenia mineralizacji i struktury kości
11	Choroby kręgosłupa

Źródło: Opracowanie DAiS.

Prognozowana dynamika zmian zapadalności rejestrowanej w latach 2020-2029 w województwie kujawsko-pomorskim różni się od przeciętnej wartości tej dynamiki prognozowanej dla całej Polski. Z tego względu na wykresie 8.2 przedstawiono odchylenie procentowej zmiany wartości prognoz zapadalności rejestrowanej w województwie kujawsko-pomorskim między latami 2020 i 2029 w stosunku do takiej samej zmiany dla całej Polski. Odchylenie to jest wyrażone w punktach procentowych. Największe odchylenie procentowej zmiany zapadalności rejestrowanej prognozowane jest dla podgrupy zdefiniowanej jako 'choroby powięzi, ścięgien i tkanek miękkich (zapalne)' i wynosi -2.74 p.p. (prognozowana zmiana procentowa w województwie kujawsko-pomorskim wynosi -1.25% w stosunku do zmiany 1.48% prognozowanej dla całej

Polski). Oznacza to, że w tej podgrupie chorób można przewidywać, że wymagane będzie prowadzenie działań w stopniu intensywniejszym niż przeciętnie na poziomie całej Polski. Najmniejsze odchylenie prognozowane jest dla choroby stawów i wynosi -0.09 p.p..

Wykres 8.2: Odchylenie procentowej zmiany wartości prognoz zapadalności rejestrowanej w województwie kujawsko-pomorskim między latami 2020 i 2029 w stosunku do takiej samej zmiany dla całej Polski w punktach procentowych.



Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

8.1.2 Choroby układu nerwowego (neurologiczne wieku podeszłego)

W celu pokazania, w których podgrupach chorobowych, należy się spodziewać największych wartości zapadalności rejestrowanej w Tabeli 8.3 zaprezentowano wartości jej prognoz w województwie kujawsko-pomorskim w latach 2020 i 2029. Największa zapadalność rejestrowa w roku 2020 prognozowana jest dla podgrupy o nazwie 'choroba Alzheimera i inne otępienia' a najmniejsza dla schorzeń zakwalifikowanych jako 'choroba Parkinsona i inne zaburzenia ruchowe'.

Tabela 8.3: Wartości prognozy zapadalności rejestrowanej w województwie kujawsko-pomorskim w latach 2020 i 2029.

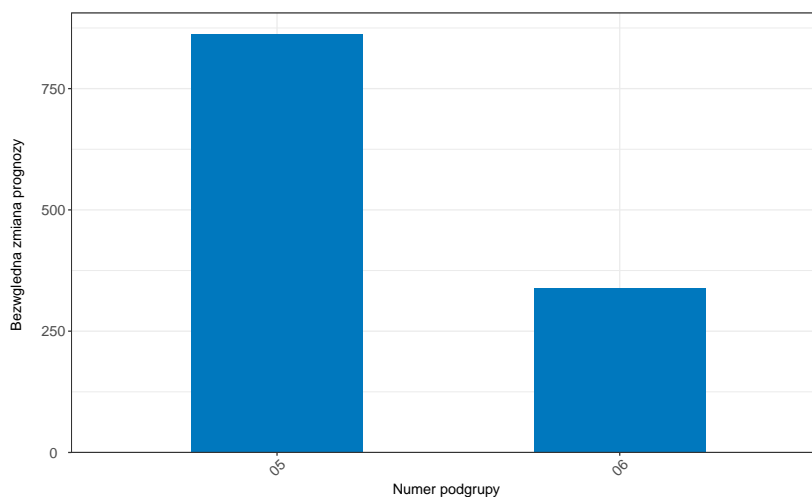
Nazwa podgrupy	Prognoza 2020 (w tys.)	Prognoza 2029 (w tys.)
Choroba Alzheimera i inne otępienia	2,93	3,79
Choroba Parkinsona i inne zaburzenia ruchowe	2,13	2,47

Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

W okresie od 2020 do 2029 roku prognozowane jest ogólne zwiększenie zapadalności rejestrowanej na choroby wchodzące w skład analizowanych rozpoznań (tj. choroby układu nerwowego (neurologiczne wieku podeszłego)). W zarządzaniu systemem ochrony zdrowia istotne jest zrozumienie jak zmiana zapadalności rejestrowanej będzie kształtowała się w podgrupach chorobowych. Z tego względu na wykresie 8.3 przedstawiono zmiany w bezwzględnej wartości prognoz zapadalności rejestrowanej w województwie kujawsko-pomorskim między latami 2020 i 2029. Największy wzrost zapadalności rejestrowanej pomiędzy latami 2020 i 2029 prognozowany jest dla podgrupy o nazwie 'choroba Alzheimera i inne otępienia'.

Oznacza, to, że prognozowany na poziomie 0,86 tys. wzrost w ramach tej podgrupy chorób będzie wymagał przygotowania odpowiedniego zaplecza medycznego w systemie ochrony zdrowia lub wprowadzenia programów profilaktycznych, które pozwolą na ograniczenie tego wzrostu. Z kolei najmniejszy wzrost zapadalności rejestrowanej prognozowany jest dla podgrupy 'choroba Parkinsona i inne zaburzenia ruchowe'.

Wykres 8.3: **Bezwzględne zmiany wartości prognoz zapadalności rejestrowanej w województwie kujawsko-pomorskim między latami 2020 i 2029.**



Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

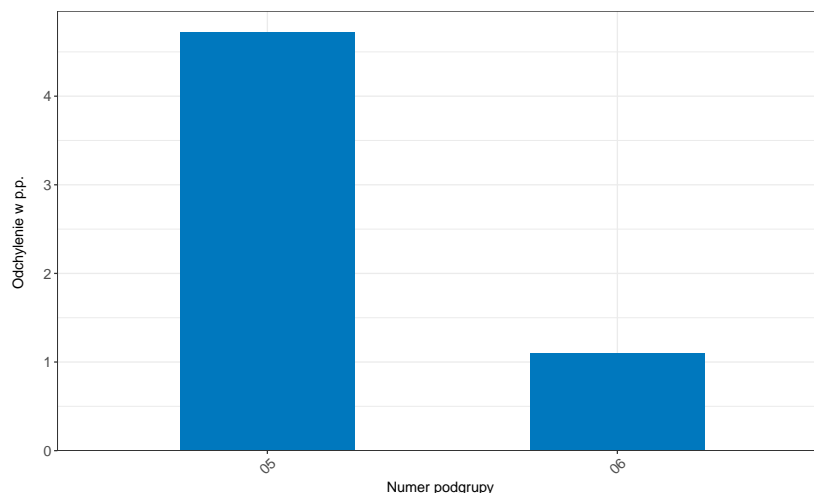
Tabela 8.4: Nazwy podgrup użytych na wykresach

Numer podgrupy	Nazwa podgrupy
05	Choroba Alzheimera i inne otępienia
06	Choroba Parkinsona i inne zaburzenia ruchowe

Źródło: Opracowanie DAiS.

Prognozowana dynamika zmian zapadalności rejestrowanej w latach 2020-2029 w województwie kujawsko-pomorskim różni się od przeciętnej wartości tej dynamiki prognozowanej dla całej Polski. Z tego względu na wykresie 8.4 przedstawiono odchylenie procentowej zmiany wartości prognoz zapadalności rejestrowanej w województwie kujawsko-pomorskie między latami 2020 i 2029 w stosunku do takiej samej zmiany dla całej Polski. Odchylenie to jest wyrażone w punktach procentowych. Największe odchylenie procentowej zmiany zapadalności rejestrowanej prognozowane jest dla podgrupy zdefiniowanej jako 'choroba Alzheimera i inne otępienia' i wynosi 4.72 p.p. (prognozowana zmiana procentowa w województwie kujawsko-pomorskim wynosi 29.47% w stosunku do zmiany 24.75% prognozowanej dla całej Polski). Oznacza to, że w tej podgrupie chorób można przewidywać, że wymagane będzie prowadzenie działań w stopniu intensywniejszym niż przeciętnie na poziomie całej Polski. Najmniejsze odchylenie prognozowane jest dla choroby Parkinsona i inne zaburzenia ruchowe wynosi 1.1 p.p..

Wykres 8.4: Odchylenie procentowej zmiany wartości prognoz zapadalności rejestrowanej w województwie kujawsko-pomorskim między latami 2020 i 2029 w stosunku do takiej samej zmiany dla całej Polski w punktach procentowych.



Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

8.1.3 Choroby układu nerwowego (pozostałe choroby)

W celu pokazania, w których podgrupach chorobowych, należy się spodziewać największych wartości zapadalności rejestrowanej w Tabeli 8.5 zaprezentowano wartości jej prognoz w województwie kujawsko-pomorskim w latach 2020 i 2029. Największa zapadalność rejestrowana w roku 2020 prognozowana jest dla podgrupy o nazwie 'choroby zwyrodnieniowe kręgosłupa' a najmniejsza dla schorzeń zakwalifikowanych jako 'choroby demielinizacyjne'.

Tabela 8.5: Wartości prognozy zapadalności rejestrowanej w województwie kujawsko-pomorskim w latach 2020 i 2029.

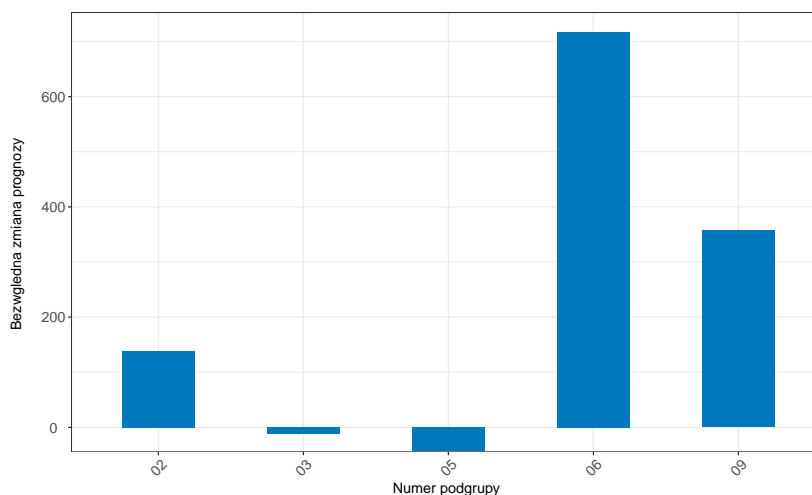
Nazwa podgrupy	Prognoza 2020 (w tys.)	Prognoza 2029 (w tys.)
Choroby zwyrodnieniowe kręgosłupa	25,65	26,37
Mononeuropatie, zespoły cieśni i radikulopatie	23,10	23,46
Padaczka	2,55	2,51
Choroby nerwowo-mięśniowe	2,05	2,18
Choroby demielinizacyjne	0,28	0,27

Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

W okresie od 2020 do 2029 roku prognozowane jest ogólne zwiększenie zapadalności rejestrowanej na choroby wchodzące w skład analizowanych rozpoznań (tj. choroby układu nerwowego (pozostałe choroby)). W zarządzaniu systemem ochrony zdrowia istotne jest zrozumienie jak zmiana zapadalności rejestrowanej będzie kształtowała się w podgrupach chorobowych. Z tego względu na wykresie 8.5 przedstawiono zmiany w bezwzględnej wartości prognoz zapadalności rejestrowanej w województwie kujawsko-pomorskim między latami 2020 i 2029. Największy wzrost zapadalności rejestrowanej pomiędzy latami 2020 i 2029 prognozowany jest dla podgrupy o nazwie 'choroby zwyrodnieniowe kręgosłupa'. Oznacza, to, że prognozowany na poziomie 0,72 tys. wzrost w ramach tej podgrupy chorób będzie wymagał przygotowania odpowiedniego zaplecza medycznego w systemie ochrony zdrowia lub wprowadzenia programów

profilaktycznych, które pozwolą na ograniczenie tego wzrostu. Z kolei najmniejszy wzrost zapadalności rejestrowanej prognozowany jest dla podgrupy 'padaczka'.

Wykres 8.5: **Bezwzględne zmiany wartości prognoz zapadalności rejestrowanej w województwie kujawsko-pomorskim między latami 2020 i 2029.**



Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

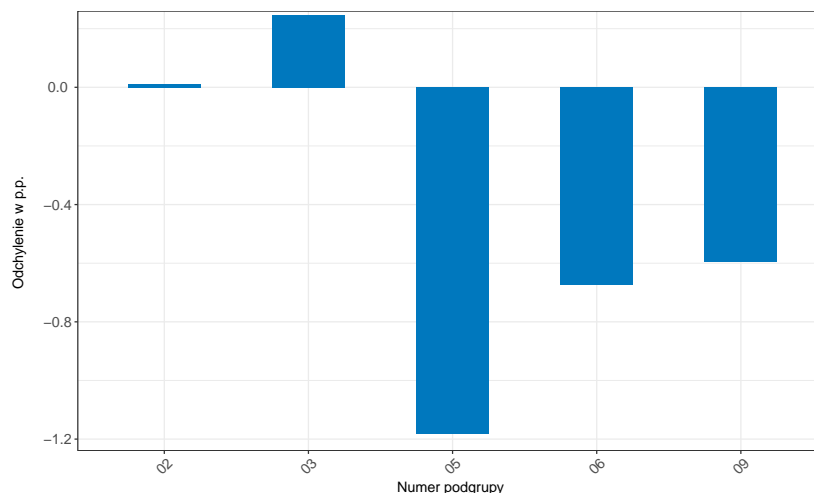
Tabela 8.6: Nazwy podgrup użytych na wykresach

Numer podgrupy	Nazwa podgrupy
02	Choroby nerwowo-mięśniowe
03	Choroby demielinizacyjne
05	Padaczka
06	Choroby zwyrodnieniowe kręgosłupa
09	Mononeuropatie, zespoły cieśni i radikulopatie

Źródło: Opracowanie DAiS.

Prognozowana dynamika zmian zapadalności rejestrowanej w latach 2020-2029 w województwie kujawsko-pomorskim różni się od przeciętnej wartości tej dynamiki prognozowanej dla całej Polski. Z tego względu na wykresie 8.6 przedstawiono odchylenie procentowej zmiany wartości prognoz zapadalności rejestrowanej w województwie kujawsko-pomorskie między latami 2020 i 2029 w stosunku do takiej samej zmiany dla całej Polski. Odchylenie to jest wyrażone w punktach procentowych. Największe odchylenie procentowej zmiany zapadalności rejestrowanej prognozowane jest dla podgrupy zdefiniowanej jako 'padaczka' i wynosi -1.18 p.p. (prognozowana zmiana procentowa w województwie kujawsko-pomorskim wynosi -1.66% w stosunku do zmiany -0.48% prognozowanej dla całej Polski). Oznacza to, że w tej podgrupie chorób można przewidywać, że wymagane będzie prowadzenie działań w stopniu intensywniejszym niż przeciętnie na poziomie całej Polski. Najmniejsze odchylenie prognozowane jest dla choroby nerwowo-mięśniowej wynosi 0.01 p.p..

Wykres 8.6: Odchylenie procentowej zmiany wartości prognoz zapadalności rejestrowanej w województwie kujawsko-pomorskim między latami 2020 i 2029 w stosunku do takiej samej zmiany dla całej Polski w punktach procentowych.



Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

8.1.4 Choroby aorty i naczyń obwodowych z uwzględnieniem nadciśnienia tętniczego

W celu pokazania, w których podgrupach chorobowych, należy się spodziewać największych wartości zapadalności rejestrowanej w Tabeli 8.7 zaprezentowano wartości jej prognoz w województwie kujawsko-pomorskim w latach 2020 i 2029. Największa zapadalność rejestrowa w roku 2020 prognozowana jest dla podgrupy o nazwie 'nadciśnienie tętnicze' a najmniejsza dla schorzeń zakwalifikowanych jako 'miażdżycy tętnicy nerkowej'.

Tabela 8.7: Wartości prognozy zapadalności rejestrowanej w województwie kujawsko-pomorskim w latach 2020 i 2029.

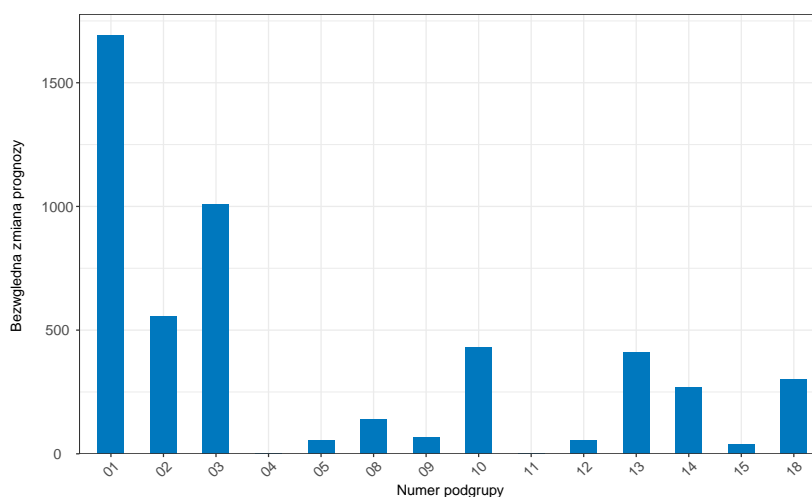
Nazwa podgrupy	Prognoza 2020 (w tys.)	Prognoza 2029 (w tys.)
Nadciśnienie tętnicze	19,53	21,22
Żylaki kończyn	10,63	11,04
Miażdżycy tętnic	6,37	7,38
Nadciśnienie tętnicze odporne	5,01	5,57
Zakrzepica i/lub zatorowość płucna	4,36	4,80
Owrzodzenia	2,34	2,61
Niedrożność i zwężenie tętnic przedmózgowych	2,31	2,62
Zapalenie naczyń	1,43	1,43
Tętniak odcinka brzuszego i tętnicy biodrowej	0,64	0,78
Obrzęk chłonny	0,59	0,63
Tętniak innych tętnic	0,48	0,55
Zator i zakrzep tętniczy	0,36	0,41
Tętniak i tętniak rozwarstwiający tętnicy głównej (z wyłączeniem tętniaka odcinka brzuszego)	0,33	0,39
Miażdżycy tętnicy nerkowej	0,04	0,04

Nazwa podgrupy	Prognoza 2020 (w tys.)	Prognoza 2029 (w tys.)
----------------	---------------------------	---------------------------

Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

W okresie od 2020 do 2029 roku prognozowane jest ogólne zwiększenie zapadalności rejestrowanej na choroby wchodzące w skład analizowanych rozpoznań (tj. nadciśnienie tętnicze (ogółem)). W zarządzaniu systemem ochrony zdrowia istotne jest zrozumienie jak zmiana zapadalności rejestrowanej będzie kształtowała się w podgrupach chorobowych. Z tego względu na wykresie 8.7 przedstawiono zmiany w bezwzględnej wartości prognoz zapadalności rejestrowanej w województwie kujawsko-pomorskim między latami 2020 i 2029. Największy wzrost zapadalności rejestrowanej pomiędzy latami 2020 i 2029 prognozowany jest dla podgrupy o nazwie 'nadciśnienie tętnicze'. Oznacza, to, że prognozowany na poziomie 1,69 tys. wzrost w ramach tej podgrupy chorób będzie wymagał przygotowania odpowiedniego zaplecza medycznego w systemie ochrony zdrowia lub wprowadzenia programów profilaktycznych, które pozwolą na ograniczenie tego wzrostu. Z kolei najmniejszy wzrost zapadalności rejestrowanej prognozowany jest dla podgrupy 'zapalenie naczyń'.

Wykres 8.7: **Bezwzględne zmiany wartości prognoz zapadalności rejestrowanej w województwie kujawsko-pomorskim między latami 2020 i 2029.**



Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

Tabela 8.8: Nazwy podgrup użytych na wykresach

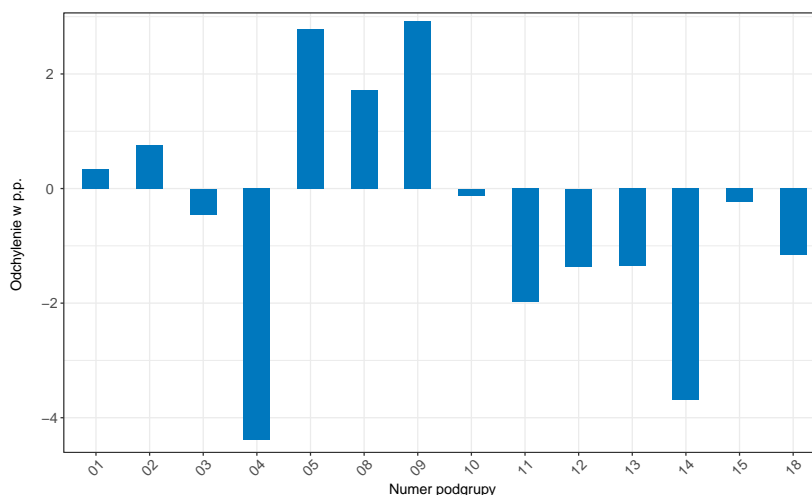
Numer podgrupy	Nazwa podgrupy
01	Nadciśnienie tętnicze
02	Nadciśnienie tętnicze odporne
03	Miażdżyca tętnic
04	Miażdżyca tętnicy nerkowej
05	Tętniak i tętniak rozwarstwiający tętnicy głównej (z wyłączeniem tętniaka odcinka brzusznego)
08	Tętniak odcinka brzusznego i tętnicy biodrowej
09	Tętniak innych tętnic
10	Zakrzepica i/lub zatorowość płucna
11	Zapalenie naczyń

Numer podgrupy	Nazwa podgrupy
12	Zator i zakrzep tętniczy
13	Żyłki kończyn
14	Owrzodzenia
15	Obrzęk chłonny
18	Niedrożność i zwężenie tętnic przedmózgowych

Źródło: Opracowanie DAiS.

Prognozowana dynamika zmian zapadalności rejestrowanej w latach 2020-2029 w województwie kujawsko-pomorskim różni się od przeciętnej wartości tej dynamiki prognozowanej dla całej Polski. Z tego względu na wykresie 8.8 przedstawiono odchylenie procentowej zmiany wartości prognoz zapadalności rejestrowanej w województwie kujawsko-pomorskim między latami 2020 i 2029 w stosunku do takiej samej zmiany dla całej Polski. Odchylenie to jest wyrażone w punktach procentowych. Największe odchylenie procentowej zmiany zapadalności rejestrowanej prognozowane jest dla podgrupy zdefiniowanej jako 'miażdżycy tętnicy nerkowej' i wynosi -4.39 p.p. (prognozowana zmiana procentowa w województwie kujawsko-pomorskim wynosi 8.19% w stosunku do zmiany 12.58% prognozowanej dla całej Polski). Oznacza to, że w tej podgrupie chorób można przewidywać, że wymagane będzie prowadzenie działań w stopniu intensywniejszym niż przeciętnie na poziomie całej Polski. Najmniejsze odchylenie prognozowane jest dla zakrzepica i/lub zatorowość płucna i wynosi -0.12 p.p..

Wykres 8.8: Odchylenie procentowej zmiany wartości prognoz zapadalności rejestrowanej w województwie kujawsko-pomorskim między latami 2020 i 2029 w stosunku do takiej samej zmiany dla całej Polski w punktach procentowych.



Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

8.1.5 Choroby układu oddechowego (przewlekłe)

W celu pokazania, w których podgrupach chorobowych, należy się spodziewać największych wartości zapadalności rejestrowanej w Tabeli 8.9 zaprezentowano wartości jej prognoz w województwie kujawsko-pomorskim w latach 2020 i 2029. Największa zapadalność rejestrowana w roku 2020 prognozowana jest dla podgrupy o nazwie 'astma' a najmniejsza dla schorzeń zakwalifikowanych jako 'zaburzenia oddychania w czasie snu'.

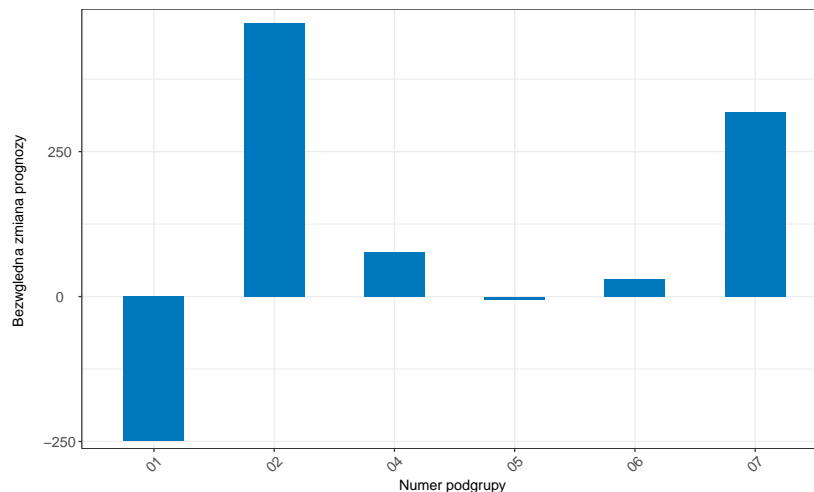
Tabela 8.9: Wartości prognozy zapadalności rejestrowanej w województwie kujawsko-pomorskim w latach 2020 i 2029.

Nazwa podgrupy	Prognoza 2020 (w tys.)	Prognoza 2029 (w tys.)
Astma	10,23	9,98
Przewlekła obturacyjna choroba płuc	4,32	4,79
Przewlekłe choroby zapalne płuc	3,45	3,48
Niewydolność oddychania	1,71	2,03
Choroby śródmiąższowe płuc	1,20	1,28
Zaburzenia oddychania w czasie snu	1,04	1,03

Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

W okresie od 2020 do 2029 roku prognozowane jest ogólne zwiększenie zapadalności rejestrowanej na choroby wchodzące w skład analizowanych rozpoznań (tj. choroby układu oddechowego (przewlekłe)). W zarządzaniu systemem ochrony zdrowia istotne jest zrozumienie jak zmiana zapadalności rejestrowanej będzie kształtowała się w podgrupach chorobowych. Z tego względu na wykresie 8.9 przedstawiono zmiany w bezwzględnej wartości prognoz zapadalności rejestrowanej w województwie kujawsko-pomorskim między latami 2020 i 2029. Największy wzrost zapadalności rejestrowanej pomiędzy latami 2020 i 2029 prognozowany jest dla podgrupy o nazwie 'przewlekła obturacyjna choroba płuc'. Oznacza to, że prognozowany na poziomie 0,47 tys. wzrost w ramach tej podgrupy chorób będzie wymagał przygotowania odpowiedniego zaplecza medycznego w systemie ochrony zdrowia lub wprowadzenia programów profilaktycznych, które pozwolą na ograniczenie tego wzrostu. Z kolei najmniejszy wzrost zapadalności rejestrowanej prognozowany jest dla podgrupy 'astma'.

Wykres 8.9: **Bezwzględne zmiany wartości prognoz zapadalności rejestrowanej w województwie kujawsko-pomorskim między latami 2020 i 2029.**



Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

Tabela 8.10: Nazwy podgrup użytych na wykresach

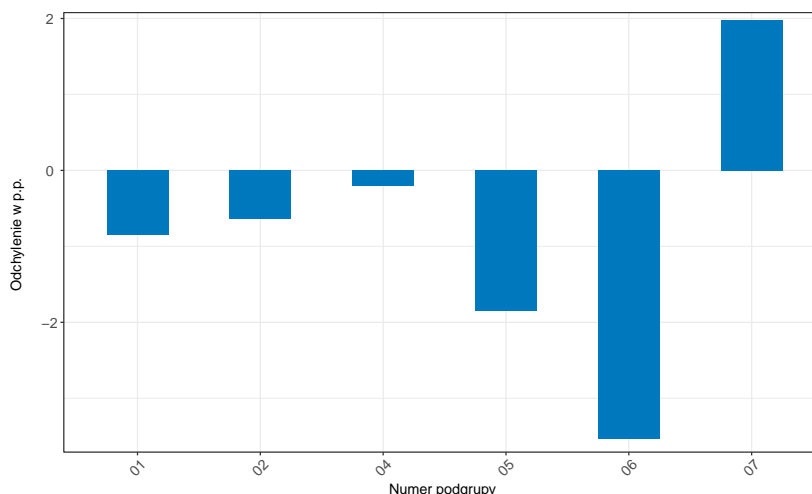
Numer podgrupy	Nazwa podgrupy
01	Astma

Numer podgrupy	Nazwa podgrupy
02	Przewlekła obturacyjna choroba płuc
04	Choroby śródmiąższowe płuc
05	Zaburzenia oddychania w czasie snu
06	Przewlekłe choroby zapalne płuc
07	Niewydolność oddychania

Źródło: Opracowanie DAiS.

Prognozowana dynamika zmian zapadalności rejestrowanej w latach 2020-2029 w województwie kujawsko-pomorskim różni się od przeciętnej wartości tej dynamiki prognozowanej dla całej Polski. Z tego względu na wykresie 8.10 przedstawiono odchylenie procentowej zmiany wartości prognoz zapadalności rejestrowanej w województwie kujawsko-pomorskim między latami 2020 i 2029 w stosunku do takiej samej zmiany dla całej Polski. Odchylenie to jest wyrażone w punktach procentowych. Największe odchylenie procentowej zmiany zapadalności rejestrowanej prognozowane jest dla podgrupy zdefiniowanej jako 'przewlekłe choroby zapalne płuc' i wynosi -3.53 p.p. (prognozowana zmiana procentowa w województwie kujawsko-pomorskim wynosi 0.86% w stosunku do zmiany 4.4% prognozowanej dla całej Polski). Oznacza to, że w tej podgrupie chorób można przewidywać, że wymagane będzie prowadzenie działań w stopniu intensywniejszym niż przeciętnie na poziomie całej Polski. Najmniejsze odchylenie prognozowane jest dla choroby śródmiąższowe płuci wynosi -0.2 p.p..

Wykres 8.10: Odchylenie procentowej zmiany wartości prognoz zapadalności rejestrowanej w województwie kujawsko-pomorskim między latami 2020 i 2029 w stosunku do takiej samej zmiany dla całej Polski w punktach procentowych.



Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

8.1.6 Choroby gruczołów wydzielania wewnętrznego

W celu pokazania, w których podgrupach chorobowych, należy się spodziewać największych wartości zapadalności rejestrowanej w Tabeli 8.11 zaprezentowano wartości jej prognoz w województwie kujawsko-pomorskim w latach 2020 i 2029. Największa zapadalność rejestrowa w roku 2020 prognozowana jest dla podgrupy o nazwie 'choroby tarczycy' a najmniejsza dla schorzeń zakwalifikowanych jako 'choroby nadnerczy'.

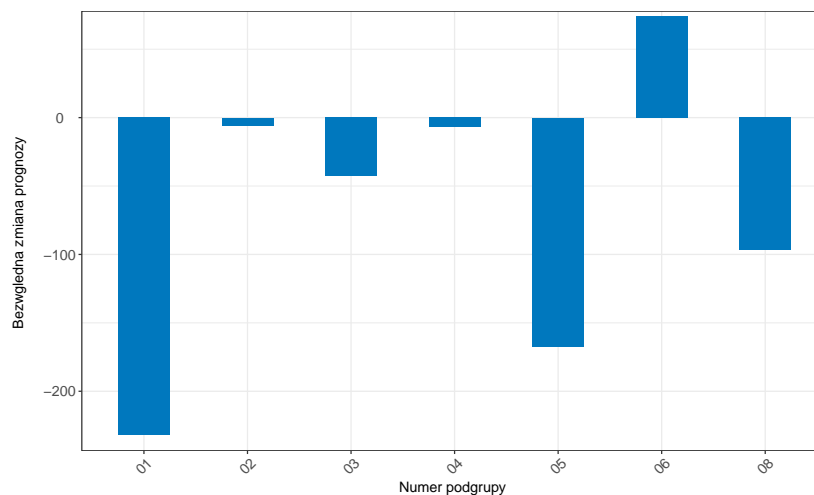
Tabela 8.11: Wartości prognozy zapadalności rejestrowanej w województwie kujawsko-pomorskim w latach 2020 i 2029.

Nazwa podgrupy	Prognoza 2020 (w tys.)	Prognoza 2029 (w tys.)
choroby tarczycy	10,59	10,43
choroby gonad	1,82	1,59
otyłość	1,56	1,46
choroby trzustki	0,78	0,85
choroby przysadki	0,62	0,58
choroby przytarczyc	0,52	0,51
choroby nadnerczy	0,30	0,29

Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

W okresie od 2020 do 2029 roku prognozowane jest ogólne zmniejszenie zapadalności rejestrowanej na choroby wchodzące w skład analizowanych rozpoznań (tj. choroby gruczołów wydzielania wewnętrznego). W zarządzaniu systemem ochrony zdrowia istotne jest zrozumienie jak zmiana zapadalności rejestrowanej będzie kształtowała się w podgrupach chorobowych. Z tego względu na wykresie 8.11 przedstawiono zmiany w bezwzględnej wartości prognoz zapadalności rejestrowanej w województwie kujawsko-pomorskim między latami 2020 i 2029. Największy wzrost zapadalności rejestrowanej pomiędzy latami 2020 i 2029 prognozowany jest dla podgrupy o nazwie 'choroby trzustki'. Oznacza, to, że prognozowany na poziomie 0,07 tys. wzrost w ramach tej podgrupy chorób będzie wymagał przygotowania odpowiedniego zaplecza medycznego w systemie ochrony zdrowia lub wprowadzenia programów profilaktycznych, które pozwolą na ograniczenie tego wzrostu. Z kolei najmniejszy wzrost zapadalności rejestrowanej prognozowany jest dla podgrupy 'choroby gonad'.

Wykres 8.11: Bezwzględne zmiany wartości prognoz zapadalności rejestrowanej w województwie kujawsko-pomorskim między latami 2020 i 2029.



Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

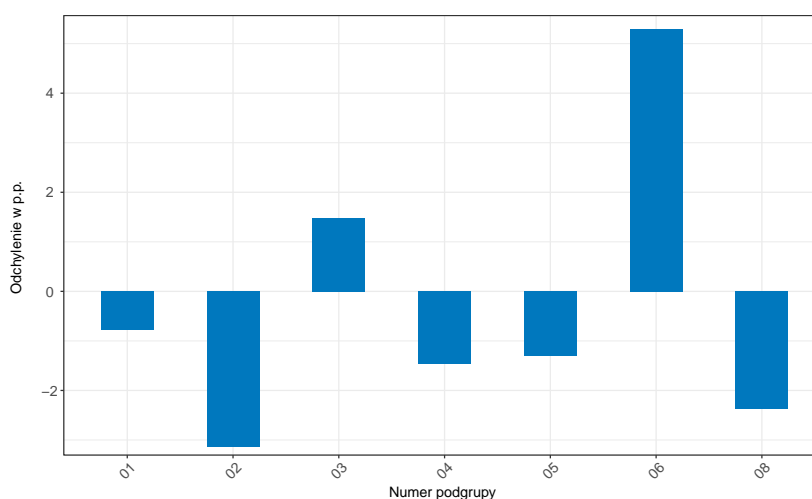
Tabela 8.12: Nazwy podgrup użytych na wykresach

Numer podgrupy	Nazwa podgrupy
01	choroby gonad
02	choroby nadnerczy
03	choroby przysadki
04	choroby przytarczyc
05	choroby tarczycy
06	choroby trzustki
08	otyłość

Źródło: Opracowanie DAiS.

Prognozowana dynamika zmian zapadalności rejestrowanej w latach 2020-2029 w województwie kujawsko-pomorskim różni się od przeciętnej wartości tej dynamiki prognozowanej dla całej Polski. Z tego względu na wykresie 8.12 przedstawiono odchylenie procentowej zmiany wartości prognoz zapadalności rejestrowanej w województwie kujawsko-pomorskim między latami 2020 i 2029 w stosunku do takiej samej zmiany dla całej Polski. Odchylenie to jest wyrażone w punktach procentowych. Największe odchylenie procentowej zmiany zapadalności rejestrowanej prognozowane jest dla podgrupy zdefiniowanej jako 'choroby trzustki' i wynosi 5.3 p.p. (prognozowana zmiana procentowa w województwie kujawsko-pomorskim wynosi 9.54% w stosunku do zmiany 4.24% prognozowanej dla całej Polski). Oznacza to, że w tej podgrupie chorób można przewidywać, że wymagane będzie prowadzenie działań w stopniu intensywniejszym niż przeciętnie na poziomie całej Polski. Najmniejsze odchylenie prognozowane jest dla choroby gonadi wynosi -0.77 p.p..

Wykres 8.12: Odchylenie procentowej zmiany wartości prognoz zapadalności rejestrowanej w województwie kujawsko-pomorskim między latami 2020 i 2029 w stosunku do takiej samej zmiany dla całej Polski w punktach procentowych.



Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

8.1.7 Choroby psychiczne

W celu pokazania, w których podgrupach chorobowych, należy się spodziewać największych wartości zapadalności rejestrowanej w Tabeli 8.13 zaprezentowano wartości jej prognoz w województwie kujawsko-

pomorskim w latach 2020 i 2029. Największa zapadalność rejestrowa w roku 2020 prognozowana jest dla podgrupy o nazwie 'zaburzenia lękowe' a najmniejsza dla schorzeń zakwalifikowanych jako 'zaburzenia odżywiania'.

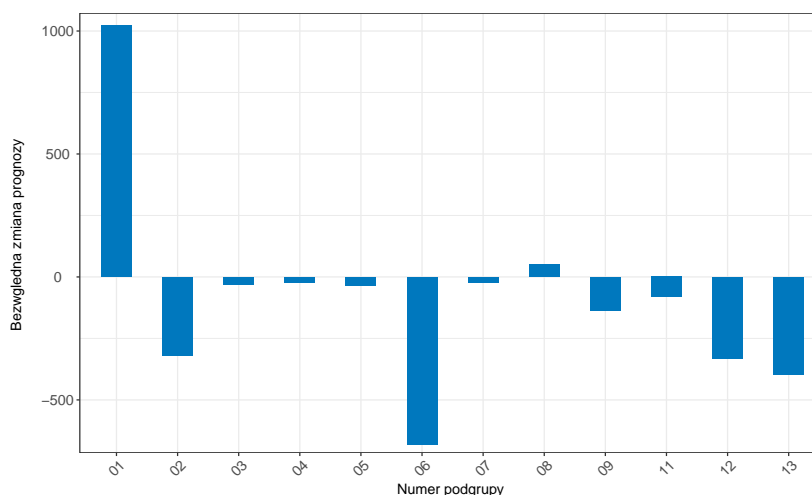
Tabela 8.13: Wartości prognozy zapadalności rejestrowanej w województwie kujawsko-pomorskim w latach 2020 i 2029.

Nazwa podgrupy	Prognoza 2020 (w tys.)	Prognoza 2029 (w tys.)
Zaburzenia lękowe	13,06	12,38
Zaburzenia nastroju	7,37	7,34
Zaburzenia organiczne	5,89	6,91
Uzależnienia	5,91	5,59
Zab. zachowania i emocji rozp. się zwykle w dz. i wieku mł.	3,54	3,15
Zaburzenia rozwoju psychologicznego	3,03	2,70
Zaburzenia osob. i zachowania dorosłych	1,39	1,25
Niepełnosprawność intelektualna	1,09	1,00
Schizofrenia	1,00	0,96
Zespoły behaw. zw. z zab. fizjo. i czynnikami fiz.	0,73	0,78
Psychozy inne niż schizofrenia	0,53	0,50
Zaburzenia odżywiania	0,20	0,18

Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

W okresie od 2020 do 2029 roku prognozowane jest ogólne zmniejszenie zapadalności rejestrowanej na choroby wchodzące w skład analizowanych rozpoznań (tj. choroby psychiczne). W zarządzaniu systemem ochrony zdrowia istotne jest zrozumienie jak zmiana zapadalności rejestrowanej będzie kształtowała się w podgrupach chorobowych. Z tego względu na wykresie 8.13 przedstawiono zmiany w bezwzględnej wartości prognoz zapadalności rejestrowanej w województwie kujawsko-pomorskim między latami 2020 i 2029. Największy wzrost zapadalności rejestrowanej pomiędzy latami 2020 i 2029 prognozowany jest dla podgrupy o nazwie 'zaburzenia organiczne'. Oznacza, to, że prognozowany na poziomie 1,02 tys. wzrost w ramach tej podgrupy chorób będzie wymagał przygotowania odpowiedniego zaplecza medycznego w systemie ochrony zdrowia lub wprowadzenia programów profilaktycznych, które pozwolą na ograniczenie tego wzrostu. Z kolei najmniejszy wzrost zapadalności rejestrowanej prognozowany jest dla podgrupy 'zaburzenia lękowe'.

Wykres 8.13: Bezwzględne zmiany wartości prognoz zapadalności rejestrowanej w województwie kujawsko-pomorskim między latami 2020 i 2029.



Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

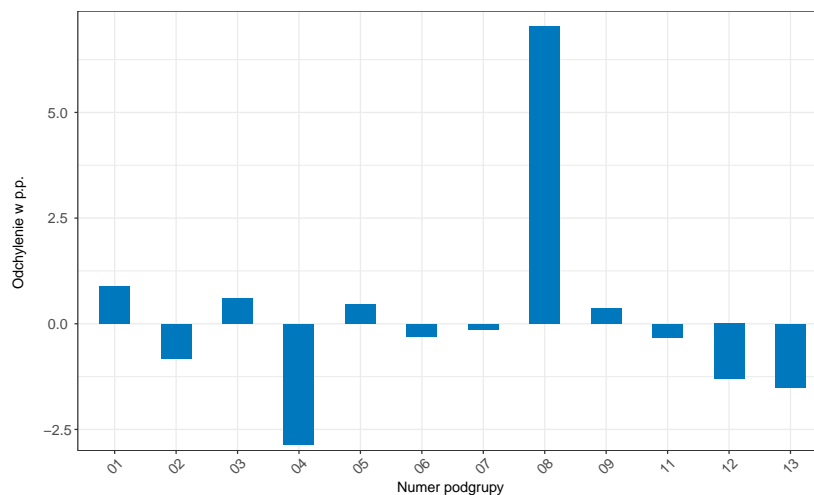
Tabela 8.14: Nazwy podgrup użytych na wykresach

Numer podgrupy	Nazwa podgrupy
01	Zaburzenia organiczne
02	Uzależnienia
03	Schizofrenia
04	Psychozy inne niż schizofrenia
05	Zaburzenia nastroju
06	Zaburzenia lękowe
07	Zaburzenia odżywiania
08	Zespoły behaw. zw. z zab. fizjo. i czynnikami fiz.
09	Zaburzenia osob. i zachowania dorosłych
11	Nieppełnosprawność intelektualna
12	Zaburzenia rozwoju psychologicznego
13	Zab. zachowania i emocji rozp. się zwykle w dz. i wieku mł.

Źródło: Opracowanie DAiS.

Prognozowana dynamika zmian zapadalności rejestrowanej w latach 2020-2029 w województwie kujawsko-pomorskim różni się od przeciętnej wartości tej dynamiki prognozowanej dla całej Polski. Z tego względu na wykresie 8.14 przedstawiono odchylenie procentowej zmiany wartości prognoz zapadalności rejestrowanej w województwie kujawsko-pomorskie między latami 2020 i 2029 w stosunku do takiej samej zmiany dla całej Polski. Odchylenie to jest wyrażone w punktach procentowych. Największe odchylenie procentowej zmiany zapadalności rejestrowanej prognozowane jest dla podgrupy zdefiniowanej jako 'zespoły behaw. zw. z zab. fizjo. i czynnikami fiz.' i wynosi 7.05 p.p. (prognozowana zmiana procentowa w województwie kujawsko-pomorskim wynosi 6.72% w stosunku do zmiany -0.32% prognozowanej dla całej Polski). Oznacza to, że w tej podgrupie chorób można przewidywać, że wymagane będzie prowadzenie działań w stopniu intensywniejszym niż przeciętnie na poziomie całej Polski. Najmniejsze odchylenie prognozowane jest dla zaburzenia odżywiania i wynosi -0.13 p.p..

Wykres 8.14: Odchylenie procentowej zmiany wartości prognoz zapadalności rejestrowanej w województwie kujawsko-pomorskim między latami 2020 i 2029 w stosunku do takiej samej zmiany dla całej Polski w punktach procentowych.



Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

8.1.8 Cukrzyca

W celu pokazania, w których podgrupach chorobowych, należy się spodziewać największych wartości zapadalności rejestrowanej w Tabeli 8.15 zaprezentowano wartości jej prognoz w województwie kujawsko-pomorskim w latach 2020 i 2029.

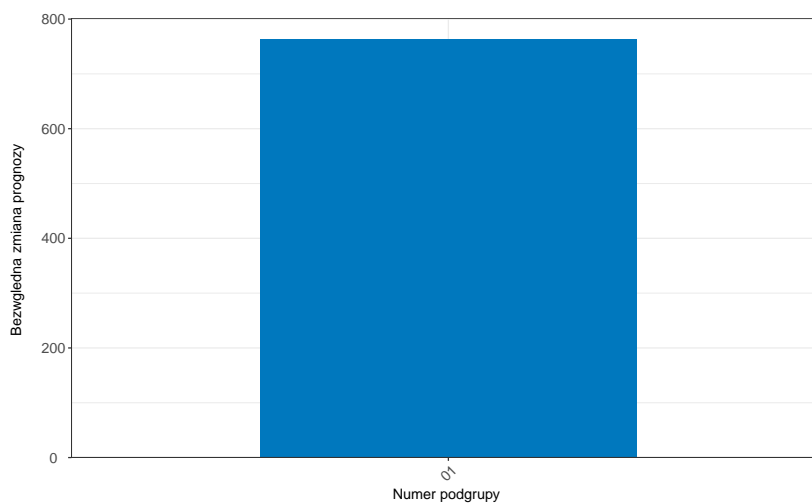
Tabela 8.15: Wartości prognozy zapadalności rejestrowanej w województwie kujawsko-pomorskim w latach 2020 i 2029.

Nazwa podgrupy	Prognoza 2020 (w tys.)	Prognoza 2029 (w tys.)
Cukrzyca	8,32	9,08

Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

W okresie od 2020 do 2029 roku prognozowane jest ogólne zwiększenie zapadalności rejestrowanej na choroby wchodzące w skład analizowanych rozpoznań (tj. cukrzyca). W zarządzaniu systemem ochrony zdrowia istotne jest zrozumienie jak zmiana zapadalności rejestrowanej będzie kształtowała się w podgrupach chorobowych. Z tego względu na wykresie 8.15 przedstawiono zmiany w bezwzględnej wartości prognoz zapadalności rejestrowanej w województwie kujawsko-pomorskim między latami 2020 i 2029.

Wykres 8.15: Bezwzględne zmiany wartości prognoz zapadalności rejestrowanej w województwie kujawsko-pomorskim między latami 2020 i 2029.



Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

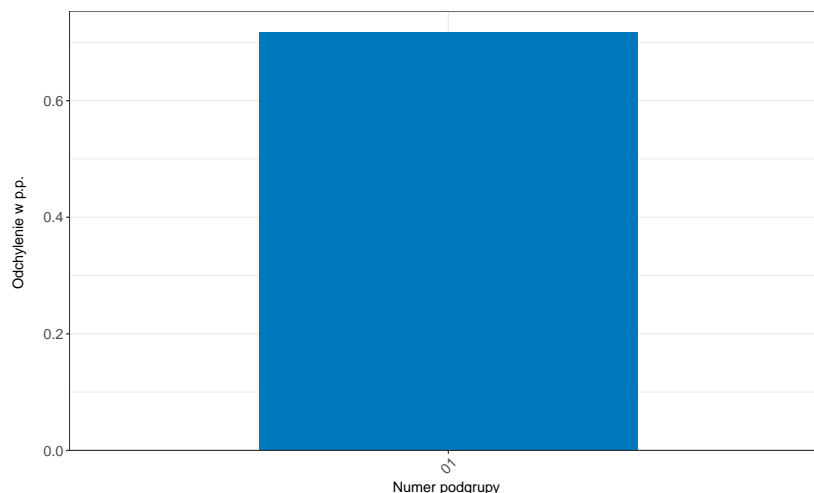
Tabela 8.16: Nazwy podgrup użytych na wykresach

Numer podgrupy	Nazwa podgrupy
01	Cukrzyca

Źródło: Opracowanie DAiS.

Prognozowana dynamika zmian zapadalności rejestrowanej w latach 2020-2029 w województwie kujawsko-pomorskim różni się od przeciętnej wartości tej dynamiki prognozowanej dla całej Polski. Z tego względu na wykresie 8.16 przedstawiono odchylenie procentowej zmiany wartości prognoz zapadalności rejestrowanej w województwie kujawsko-pomorskie między latami 2020 i 2029 w stosunku do takiej samej zmiany dla całej Polski. Odchylenie to jest wyrażone w punktach procentowych. Najmniejsze odchylenie prognozowane jest dla cukrzycai wynosi 0.72 p.p..

Wykres 8.16: Odchylenie procentowej zmiany wartości prognoz zapadalności rejestrowanej w województwie kujawsko-pomorskim między latami 2020 i 2029 w stosunku do takiej samej zmiany dla całej Polski w punktach procentowych.



Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

8.1.9 Nowotwory układu krwiotwórczego i chłonnego

W celu pokazania, w których podgrupach chorobowych, należy się spodziewać największych wartości zapadalności rejestrowanej w Tabeli 8.17 zaprezentowano wartości jej prognoz w województwie kujawsko-pomorskim w latach 2020 i 2029. Największa zapadalność rejestrowana w roku 2020 prognozowana jest dla podgrupy o nazwie 'przewlekłe nowotwory układu krwiotwórczego' a najmniejsza dla schorzeń zakwalifikowanych jako 'nowotwory z komórek histiocytarnych i dendrytycznych'.

Tabela 8.17: Wartości prognozy zapadalności rejestrowanej w województwie kujawsko-pomorskim w latach 2020 i 2029.

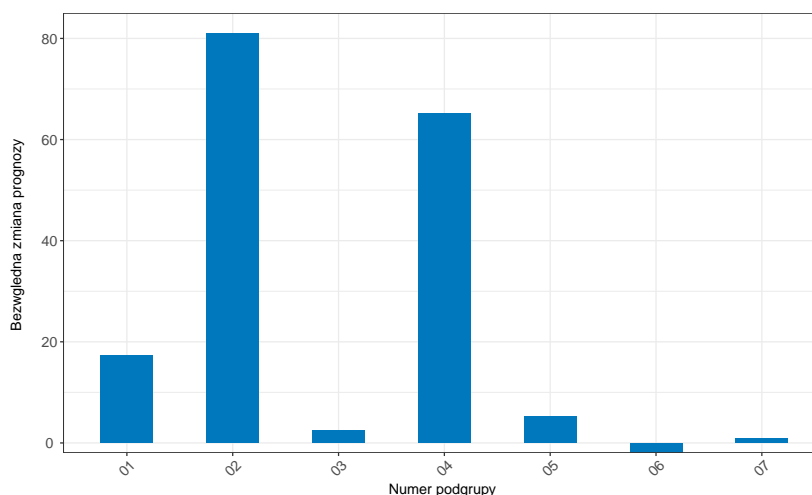
Nazwa podgrupy	Prognoza 2020 (w tys.)	Prognoza 2029 (w tys.)
Przewlekłe nowotwory układu krwiotwórczego	0,57	0,65
Nowotwory z dojrzałych komórek B	0,53	0,59
Ostre nowotwory układu krwiotwórczego	0,14	0,15
Chłoniak Hodgkina	0,07	0,07
Nowotwory z dojrzałych komórek T i NK	0,05	0,05
Nowotwory z prekursorowych komórek B i T	0,02	0,02
Nowotwory z komórek histiocytarnych i dendrytycznych	0,00	0,00

Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

W okresie od 2020 do 2029 roku prognozowane jest ogólne zwiększenie zapadalności rejestrowanej na choroby wchodzące w skład analizowanych rozpoznań (tj. nowotwory układu krwiotwórczego i chłonnego). W zarządzaniu systemem ochrony zdrowia istotne jest zrozumienie jak zmiana zapadalności rejestrowanej będzie kształtowała się w podgrupach chorobowych. Z tego względu na wykresie 8.17 przedstawiono zmiany w bezwzględnej wartości prognoz zapadalności rejestrowanej w województwie kujawsko-pomorskim między latami 2020 i 2029. Największy wzrost zapadalności rejestrowanej pomiędzy latami 2020 i 2029 prognozowany jest dla podgrupy o nazwie 'przewlekłe nowotwory układu krwiotwórczego'.

Oznacza, to, że prognozowany na poziomie 0,08 tys. wzrost w ramach tej podgrupy chorób będzie wymagał przygotowania odpowiedniego zaplecza medycznego w systemie ochrony zdrowia lub wprowadzenia programów profilaktycznych, które pozwolą na ograniczenie tego wzrostu. Z kolei najmniejszy wzrost zapadalności rejestrowanej prognozowany jest dla podgrupy 'chłoniak Hodgkina'.

Wykres 8.17: **Bezwzględne zmiany wartości prognoz zapadalności rejestrowanej w województwie kujawsko-pomorskim między latami 2020 i 2029.**



Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

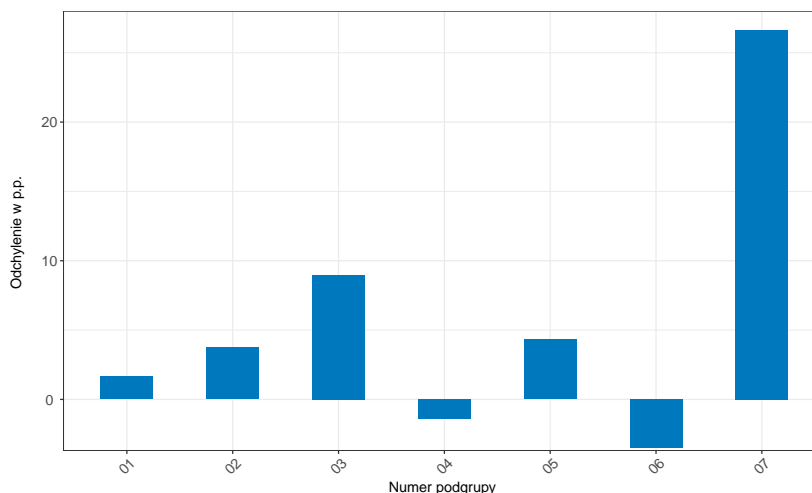
Tabela 8.18: Nazwy podgrup użytych na wykresach

Numer podgrupy	Nazwa podgrupy
01	Ostre nowotwory układu krwiotwórczego
02	Przewlekłe nowotwory układu krwiotwórczego
03	Nowotwory z prekursorowych komórek B i T
04	Nowotwory z dojrzałych komórek B
05	Nowotwory z dojrzałych komórek T i NK
06	Chłoniak Hodgkina
07	Nowotwory z komórek histiocytarnych i dendrytycznych

Źródło: Opracowanie DAiS.

Prognozowana dynamika zmian zapadalności rejestrowanej w latach 2020-2029 w województwie kujawsko-pomorskim różni się od przeciętnej wartości tej dynamiki prognozowanej dla całej Polski. Z tego względu na wykresie 8.18 przedstawiono odchylenie procentowej zmiany wartości prognoz zapadalności rejestrowanej w województwie kujawsko-pomorskie między latami 2020 i 2029 w stosunku do takiej samej zmiany dla całej Polski. Odchylenie to jest wyrażone w punktach procentowych. Największe odchylenie procentowej zmiany zapadalności rejestrowanej prognozowane jest dla podgrupy zdefiniowanej jako 'nowotwory z komórek histiocytarnych i dendrytycznych' i wynosi 26.67 p.p. (prognozowana zmiana procentowa w województwie kujawsko-pomorskim wynosi 25.65% w stosunku do zmiany -1.02% prognozowanej dla całej Polski). Oznacza to, że w tej podgrupie chorób można przewidywać, że wymagane będzie prowadzenie działań w stopniu intensywniejszym niż przeciętnie na poziomie całej Polski. Najmniejsze odchylenie prognozowane jest dla nowotwory z dojrzałych komórek Bi wynosi -1.38 p.p..

Wykres 8.18: Odchylenie procentowej zmiany wartości prognoz zapadalności rejestrowanej w województwie kujawsko-pomorskim między latami 2020 i 2029 w stosunku do takiej samej zmiany dla całej Polski w punktach procentowych.



Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

8.1.10 Choroby krwi, układu krwiotwórczego i odpornościowego

W celu pokazania, w których podgrupach chorobowych, należy się spodziewać największych wartości zapadalności rejestrowanej w Tabeli 8.19 zaprezentowano wartości jej prognoz w województwie kujawsko-pomorskim w latach 2020 i 2029. Największa zapadalność rejestrowana w roku 2020 prognozowana jest dla podgrupy o nazwie 'niedokrwistości niedoborowe' a najmniejsza dla schorzeń zakwalifikowanych jako 'porfiria'.

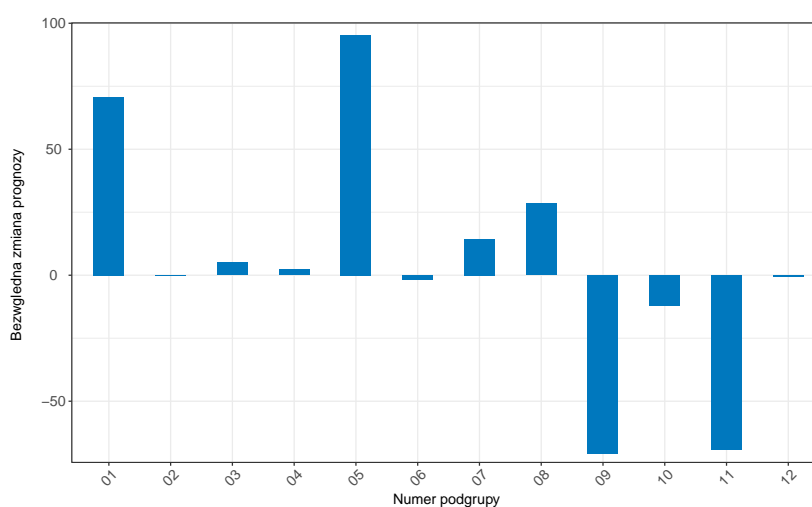
Tabela 8.19: Wartości prognozy zapadalności rejestrowanej w województwie kujawsko-pomorskim w latach 2020 i 2029.

Nazwa podgrupy	Prognoza 2020 (w tys.)	Prognoza 2029 (w tys.)
Niedokrwistości niedoborowe	1,15	1,22
Inne choroby krwi	0,92	0,95
Inne niedokrwistości	0,70	0,79
Zaburzenia krzepnięcia i skazy krwotoczne (nabyte)	0,72	0,73
Choroby układu odpornościowego (pierwotne)	0,68	0,61
Choroby układu odpornościowego (nieokreślone)	0,64	0,57
Choroby układu odpornościowego (wtórne)	0,15	0,13
Niedokrwistości hemolityczne (nabyte)	0,05	0,05
Niedokrwistości hemolityczne (wrodzone)	0,04	0,04
Zaburzenia krzepnięcia i skazy krwotoczne (wrodzone)	0,04	0,04
Niedokrwistości aplastyczne	0,03	0,03
Porfiria	0,01	0,01

Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

W okresie od 2020 do 2029 roku prognozowane jest ogólne zwiększenie zapadalności rejestrowanej na choroby wchodzące w skład analizowanych rozpoznań (tj. choroby krwi, układu krwiotwórczego i odpornościowego). W zarządzaniu systemem ochrony zdrowia istotne jest zrozumienie jak zmiana zapadalności rejestrowanej będzie kształtowała się w podgrupach chorobowych. Z tego względu na wykresie 8.19 przedstawiono zmiany w bezwzględnej wartości prognoz zapadalności rejestrowanej w województwie kujawsko-pomorskim między latami 2020 i 2029. Największy wzrost zapadalności rejestrowanej pomiędzy latami 2020 i 2029 prognozowany jest dla podgrupy o nazwie 'inne niedokrwistości. Oznacza, to, że prognozowany na poziomie 0,10 tys. wzrost w ramach tej podgrupy chorób będzie wymagał przygotowania odpowiedniego zaplecza medycznego w systemie ochrony zdrowia lub wprowadzenia programów profilaktycznych, które pozwolą na ograniczenie tego wzrostu. Z kolei najmniejszy wzrost zapadalności rejestrowanej prognozowany jest dla podgrupy 'choroby układu odpornościowego (pierwotne)'.

Wykres 8.19: Bezwzględne zmiany wartości prognoz zapadalności rejestrowanej w województwie kujawsko-pomorskim między latami 2020 i 2029.



Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

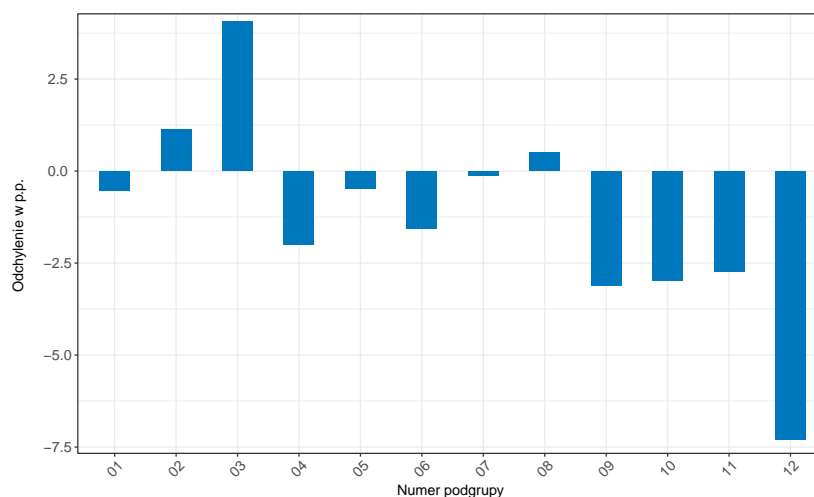
Tabela 8.20: Nazwy podgrup użytych na wykresach

Numer podgrupy	Nazwa podgrupy
01	Niedokrwistości niedoborowe
02	Niedokrwistości hemolityczne (wrodzone)
03	Niedokrwistości hemolityczne (nabyte)
04	Niedokrwistości aplastyczne
05	Inne niedokrwistości
06	Zaburzenia krzepnięcia i skazy krwotoczne (wrodzone)
07	Zaburzenia krzepnięcia i skazy krwotoczne (nabyte)
08	Inne choroby krwi
09	Choroby układu odpornościowego (pierwotne)
10	Choroby układu odpornościowego (wtórne)
11	Choroby układu odpornościowego (nieokreślone)
12	Porfiria

Źródło: Opracowanie DAiS.

Prognozowana dynamika zmian zapadalności rejestrowanej w latach 2020-2029 w województwie kujawsko-pomorskim różni się od przeciętnej wartości tej dynamiki prognozowanej dla całej Polski. Z tego względu na wykresie 8.20 przedstawiono odchylenie procentowej zmiany wartości prognoz zapadalności rejestrowanej w województwie kujawsko-pomorskie między latami 2020 i 2029 w stosunku do takiej samej zmiany dla całej Polski. Odchylenie to jest wyrażone w punktach procentowych. Największe odchylenie procentowej zmiany zapadalności rejestrowanej prognozowane jest dla podgrupy zdefiniowanej jako 'porfirią' i wynosi -7.31 p.p. (prognozowana zmiana procentowa w województwie kujawsko-pomorskim wynosi -8.42% w stosunku do zmiany -1.12% prognozowanej dla całej Polski). Oznacza to, że w tej podgrupie chorób można przewidywać, że wymagane będzie prowadzenie działań w stopniu intensywniejszym niż przeciętnie na poziomie całej Polski. Najmniejsze odchylenie prognozowane jest dla zaburzenia krzepnięcia i skazy krwotoczne (nabyte) i wynosi -0.11 p.p..

Wykres 8.20: Odchylenie procentowej zmiany wartości prognoz zapadalności rejestrowanej w województwie kujawsko-pomorskim między latami 2020 i 2029 w stosunku do takiej samej zmiany dla całej Polski w punktach procentowych.



Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

8.1.11 Wrodzone wady rozwojowe

W przypadku wrodzonych wad rozwojowych, prognoza zapadalności rejestrowanej została przygotowana na podstawie danych pochodzących z Polskiego Rejestru Wad Wrodzonych skorygowanych o dane Narodowego Funduszu Zdrowia oraz prognozę urodzeń Głównego Urzędu Statystycznego. W prognozie przyjęto tzw. wariant uśredniony. Zakłada on, 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 wartości dla Polski. Podejście to pozwala również na pominięcie problemów z dostępnością do szczegółowych danych o miejscu zamieszkania pacjenta. Wykorzystanie powyższego rozumowania daje możliwość oszacowania zmienności wartości prognostycznych dla obserwowanego trendu demograficznego. Drugim wariantem jest pokazanie jak wyglądałby trend gdyby przyjąć dane z EUROCAT.

Zgodnie z powyższą metodyką prognozuje się, że w przypadku wariantu demograficznego dla danych polskich w latach 2020-2029 zaobserwuje się spadek zapadalności rejestrowanej o 15% (spadek z 11,4 tys. w roku 2020 do 9,7 tys. w 2029 r.). Najwyższy spadek zapadalności rejestrowanej jest prognozowany dla województwa opolskiego (18,0%), a najmniejszy dla województwa pomorskiego (11,9%). W przypadku

wariantu demograficznego dla danych EUROCAT prognozuje się zdecydowanie niższe wartości zapadalności rejestrowanej (7 tys. w 2020 r. i 6 tys. w 2029 r.) oraz spadek tej wartości w latach 2020-2029 (spadek o 15%). Tak jak w przypadku wariantu demograficznego dla Polski największy spadek zapadalności rejestrowanej prognozuje się dla województwa opolskiego (17,7%), a najmniejszy dla województwa pomorskiego (11,7%).

8.2 Prognozy dedykowane wybranym grupom chorób

8.2.1 Prognoza zapotrzebowania w zakresie pediatrii ogólnej

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 w województwie spadek liczby hospitalizacji ogólnopediatrycznych o około 2 100, zaś liczba szpitali, które będą odnotowywały co najmniej 700 takich hospitalizacji nie zmieni się i wyniesie 13.

8.2.2 Prognoza zapotrzebowania na placówki położnicze

W 2014 roku w województwie kujawsko-pomorskim 23 podmioty sprawozdawały porody do Narodowego Funduszu Zdrowia. Spośród tych placówek 15 (tj. 65%) sprawozdało tych porodów minimum 400. W skali kraju sprawozdających podmiotów było 395, a wartość graniczną 400 porodów osiągnęło 310 z nich (78%).

Zgodnie z wynikami modelu w 2020 roku 15 spośród obecnie funkcjonujących w województwie kujawsko-pomorskim 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 40km). 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/pododdziału neonatologicznego.

8.2.3 Prognoza liczby miejsc w opiece paliatywno-hospicyjnej

W mapie potrzeb zdrowotnych zaprezentowano model prognostyczny kalkulujący niezbędną liczbę miejsc opieki paliatywno-hospicyjnej. Autorzy modelu posłużyli się metodyką zaprezentowaną przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) w publikacji „Global Atlas of Palliative Care at the End of Life”. W ramach analizy wykorzystano wskaźniki zapadalności na guzy łagodne przedstawione w mapach potrzeb zdrowotnych w grudniu 2016 wg sześciu grup wiekowych oraz płci, obliczono iloczyn wskaźnika zapadalności oraz prognozy ludności Polski przygotowanej przez Główny Urząd Statystyczny dla lat 2009-2050 wg województw i kodów TERYT, obliczono dożycia prezentujące liczbę pacjentów, którzy wg danych Narodowego Funduszu Zdrowia dożywają odpowiednio 1,2,3,4,5,6 roku od momentu rozpoznania choroby, obliczono liczbę zgonów w każdej z grup wieku. Oryginalny model proponował, aby opiekę hospicyjną i paliatywną objętych było 84% wszystkich pacjentów z rozpoznaniem z katalogu C oraz D (wg klasyfikacji ICD-10) na rok przed zgonem, z uwagi na wyniki badań nad przewlekłością bólu u wspomnianej grupy pacjentów. Po dyskusji z krajowymi ekspertami medycyny paliatywnej, aby uwzględnić specyfikę lokalnych

uwarunkowań determinujących konieczność objęcia opieką paliatywno-hospicyjną, zdecydowano się na podniesienie wartości tego parametru do 90%. Finalny model wskazuje na niezbędną liczbę miejsc opieki paliatywno-hospicyjnej ogółem. W celu obliczenia liczby niezbędnych miejsc w hospicjach stacjonarnych posłużono się wytycznymi Europejskiego Towarzystwa Medycyny Paliatywnej mówiącymi o konieczności zapewnienia conajmniej 100 łóżek w hospicjach stacjonarnych na milion populacji. Liczba miejsc w hospicjach domowych stanowi różnicę oszacowanej liczby miejsc paliatywno-hospicyjnych ogółem oraz liczby miejsc w hospicjach stacjonarnych wg województw.

W rezultacie dla województwa kujawsko-pomorskiego, prognoza liczby potrzebnych miejsc paliatywno-hospicyjnych w hospicjach w 2020 r. wynosi 5736 (ogółem), w tym 207 miejsc stacjonarnych i 5529 miejsc domowych.