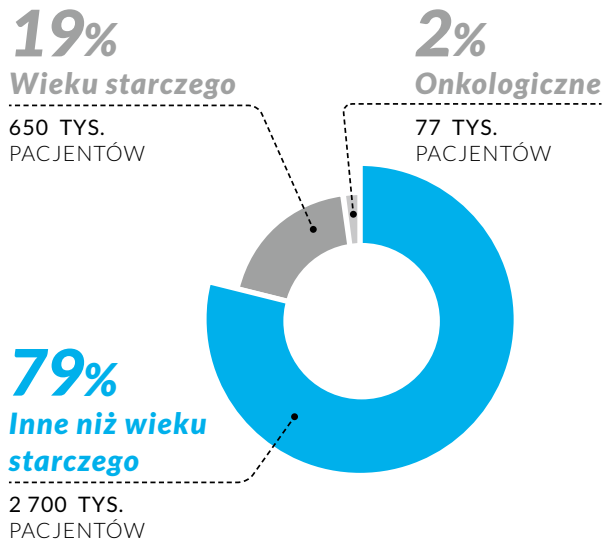


Choroby układu nerwowego (inne niż wieku podeszłego)

CHOROBY UKŁADU NERWOWEGO



| Liczba pacjentów W TYS. | Liczba pacjentów | | Porady W TYS. | Hospitalizacje W TYS. |
|---|---------------------------|----------------------|------------------|--------------------------|
| | Pacjenci w szpitalu i AOS | Pacjenci tylko w AOS | | |
| 1001 | 3% | 94% | 3% | 2004 |
| CHOROBY ZWYRODNIENIOWE KRĘGOSŁUPA | | | | |
| 898 | 4% | 94% | 2% | 1810 |
| MONONEUROPATIE, ZESPOŁY CIĘŚNI I RADIKULOPATIE | | | | |
| 409 | 2% | 92% | 6% | 640 |
| BÓLE GŁOWY | | | | |
| 170 | 4% | 89% | 7% | 424 |
| PADACZKA DOROŚLI | | | | |
| 168 | 2% | 90% | 8% | 279 |
| MÓZGOWE PORAZENIE DZIECIĘCE, WCZESNE ZABURZENIA ROZWOJU I ENCEFALOPATIE | | | | |
| 127 | 1% | 94% | 5% | 204 |
| INNE | | | | |
| 67 | 6% | 86% | 8% | 124 |
| CHOROBY NERWOWO-MIĘŚNIOWE | | | | |
| 57 | 22% | 24% | 54% | 46 |
| URAZY GŁOWY | | | | |
| 46 | 10% | 66% | 24% | 67 |
| URAZY KRĘGOSŁUPA | | | | |
| 42 | 13% | 70% | 17% | 98 |
| PADACZKA DZIECI | | | | |
| 33 | 19% | 64% | 17% | 64 |
| CHOROBY DEMIELINIZACYJNE | | | | |
| 9 | 10% | 21% | 69% | 4 |
| ZAPALENIA MÓZGU, RDZENIA I OPON MÓZGOWYCH | | | | |

■ Pacjenci w szpitalu i AOS ■ Pacjenci tylko w AOS ■ Pacjenci tylko w szpitalu

6% PACJENTÓW miało świadczenia ambulatoryjne i szpitalne

89% PACJENTÓW miało świadczenia tylko ambulatoryjne

5% PACJENTÓW miało świadczenia tylko szpitalne

Bóle głowy

30% WSZYSTKICH HOSPITALIZACJI z wykonanym rezonansem magnetycznym (RM)

11% HOSPITALIZACJI z grupy chorób neurologicznych (innych niż wieku podeszłego)

135 tys. OSOBODNI HOSPITALIZACJI

| Oddział | Hospitalizacje | | Hospitalizacje W TYS. | |
|----------------|-------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------|----|
| | Hospitalizacje z RM głowy lub mózgu | Hospitalizacje bez RM głowy lub mózgu | | |
| Dorośli | NEUROLOGICZNY | 34% | 66% | 20 |
| | CHOROBY WEWNĘTRZNYCH | 7% | 93% | 2 |
| Dzieci | PEDIATRYCZNY | 26% | 74% | 7 |
| | NEUROLOGICZNY DLA DZIECI | 45% | 55% | 4 |
| POZOSTAŁE | 11% | 89% | 3 | |

Biorąc pod uwagę wysoki odsetek hospitalizacji diagnostycznych oraz często przewlekły charakter bólów wskazane jest zmniejszenie roli oddziałów neurologicznych w leczeniu i diagnostyce tego schorzenia poprzez wspieranie diagnostyki w warunkach ambulatoryjnych oraz organizację opieki nad pacjentami na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej.

640 tys. PORAD SPECJALISTYCZNYCH dla 383 tys. PACJENTÓW

58% WIZYT dla pacjentów, którzy byli minimum 3-krotnie w roku

34% WIZYT W11 (porada lekarska, bez dodatkowych procedur)

Choroby zwyrodnieniowe kręgosłupa, mononeuropatie, zespoły cięśni i radikulopatie

123 tys. HOSPITALIZACJI w ramach umowy szpitalnej dla **113 tys.** pacjentów

38% HOSPITALIZACJI z grupy chorób neurologicznych (innych niż wieku podeszłego)

600 tys. OSOBODNI HOSPITALIZACJI

7% *Inne oddziały zachowawcze*

66% *Oddziały zabiegowe*

27% *Oddział neurologiczny*

24% WSZYSTKICH HOSPITALIZACJI z RM lub TK kręgosłupa

35% HOSPITALIZACJI NA ODDZIAŁACH neurologicznych BEZ RM lub TK kręgosłupa

Biorąc pod uwagę wysoki odsetek hospitalizacji diagnostycznych oraz często przewlekły charakter wymienionych chorób wskazane jest zwiększanie roli ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w diagnostyce i leczeniu tych chorób.

Ze względu na znaczące obciążenie poradni specjalistycznych poradami bez dodatkowych procedur (W11) wskazane jest podjęcie działań mających na celu zapewnienie opieki pacjentom z analizowanymi rozpoznaniem na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej.

3,8 mln PORAD SPECJALISTYCZNYCH dla **1,7 mln** pacjentów

57% PORAD DLA PACJENTÓW, którzy byli minimum 3-krotnie w roku

63% WIZYT W11 (porada lekarska, bez dodatkowych procedur)

Choroby układu nerwowego (inne niż wieku podeszłego)

Urazy głowy i kręgosłupa

HOSPITALIZACJE NA ODDZIAŁACH ZABIEGOWYCH

28% (17 tys.)

Urazy kręgosłupa

72% (43 tys.)

Urazy głowy

6,4 dnia

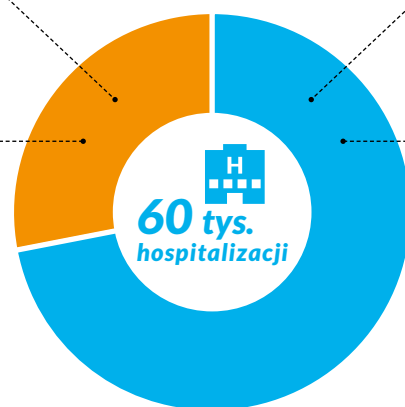
ALOS

3 dni*

MLOS

0,4 tys.

HOSPITALIZACJI
dłuższych niż 30 dni



6,7 dnia

ALOS

3 dni*

MLOS

1,2 tys.

HOSPITALIZACJI
dłuższych niż 30 dni

UDZIAŁ OSOBODNI WEDŁUG DŁUGOŚCI POBYTU NA ODDZIAŁACH ZABIEGOWYCH

| LOS (DNI) | Liczba osobodni (W TYS.) | Udział |
|-----------|--------------------------|--------|
| 0-29 | 306 | 78% |
| 30+ | 88 | 22% |

* Duża różnica ALOS i MLOS wskazuje na istniejące długie hospitalizacje.

Ze względu na znaczne obciążenie systemu szpitalnego hospitalizacjami długotrwałymi wskazane jest podjęcie działań mających na celu usprawnienie procesu kwalifikacji pacjentów do rehabilitacji lub opieki długoterminowej.

W celu umożliwienia odnoszenia się do wyników leczenia, wskazane jest uwzględnienie w raportowaniu wskaźników określających ciężkość urazu, w szczególności w przypadku ciężkich urazów czaszkowo-mózgowych.

Padaczka dorośli



CHOROBY REJESTROWANA NA KONIEC 2014 ROKU

0,38 mln

0,5 mln

30%

PACJENTÓW Z PADACZKĄ LEKOOPORNĄ*

70%

PACJENTÓW REAGUJĄCYCH NA TERAPIĘ



170 tys.

PACJENTÓW DOROSŁYCH



18 tys.

PACJENTÓW DOROSŁYCH hospitalizowanych

20

ODDZIAŁÓW leczących powyżej 150 pacjentów (22% hospitalizacji)

202

ODDZIAŁY leczące poniżej 150 pacjentów (78% hospitalizacji)

A66

38%

A67

54%

Padaczka lekooporna - diagnostyka

6%

Pozostałe

2%

47%

49%

1%

3%

9%

Z 1 tys. PACJENTÓW DOROSŁYCH w stanie padaczkowym było leczonych w szpitalach bez oddziału neurologicznego

156 tys.

PACJENTÓW DOROSŁYCH z tego 67 tys. odbyło 3 lub więcej porad u neurologa w ciągu roku

* Z badań epidemiologicznych wynika, że chorobowość wynosi około 0,38 mln, z czego 30% to pacjenci lekooporni (Cross JH (2011) Epilepsy in the WHO European region: fostering epilepsy care in Europe. Epilepsia 52:187-188).

Ze względu na wysoki odsetek hospitalizacji A66 wskazane jest aby diagnostyka pacjentów odbywała się w jak największym zakresie w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, zmniejszając zaangażowanie oddziałów szpitalnych w tym zakresie.

Biorąc pod uwagę wysoki odsetek pacjentów, którym świadczone porady specjalistyczne minimum 3 razy w ciągu roku, wskazane jest zwiększenie roli podstawowej opieki zdrowotnej w prowadzeniu stabilnych pacjentów z padaczką, jednocześnie zapewniając dostęp pacjentom z padaczką lekooporną do regularnej opieki w poradniach specjalistycznych.

Padaczka dzieci

21%

Z 0,4 tys. PACJENTÓW PONIŻEJ 18 R.Ż. w stanie padaczkowym było leczonych w szpitalach bez oddziału neurologicznego

35 tys.

PACJENTÓW PONIŻEJ 18 R.Ż. z tego 15 tys. (43%) odbyło 3 lub więcej porad u neurologa w ciągu roku



42 tys.

PACJENTÓW PONIŻEJ 18 R.Ż.



8 tys.

PACJENTÓW PONIŻEJ 18 R.Ż. hospitalizowanych

15

ODDZIAŁÓW leczących powyżej 300 pacjentów (72% hospitalizacji)

18

ODDZIAŁÓW leczące poniżej 300 pacjentów (28% hospitalizacji)

P23

80%

A66

11%

A67

5%

Padaczka lekooporna - diagnostyka

3%

Pozostałe

1%

78%

10%

9%

0%

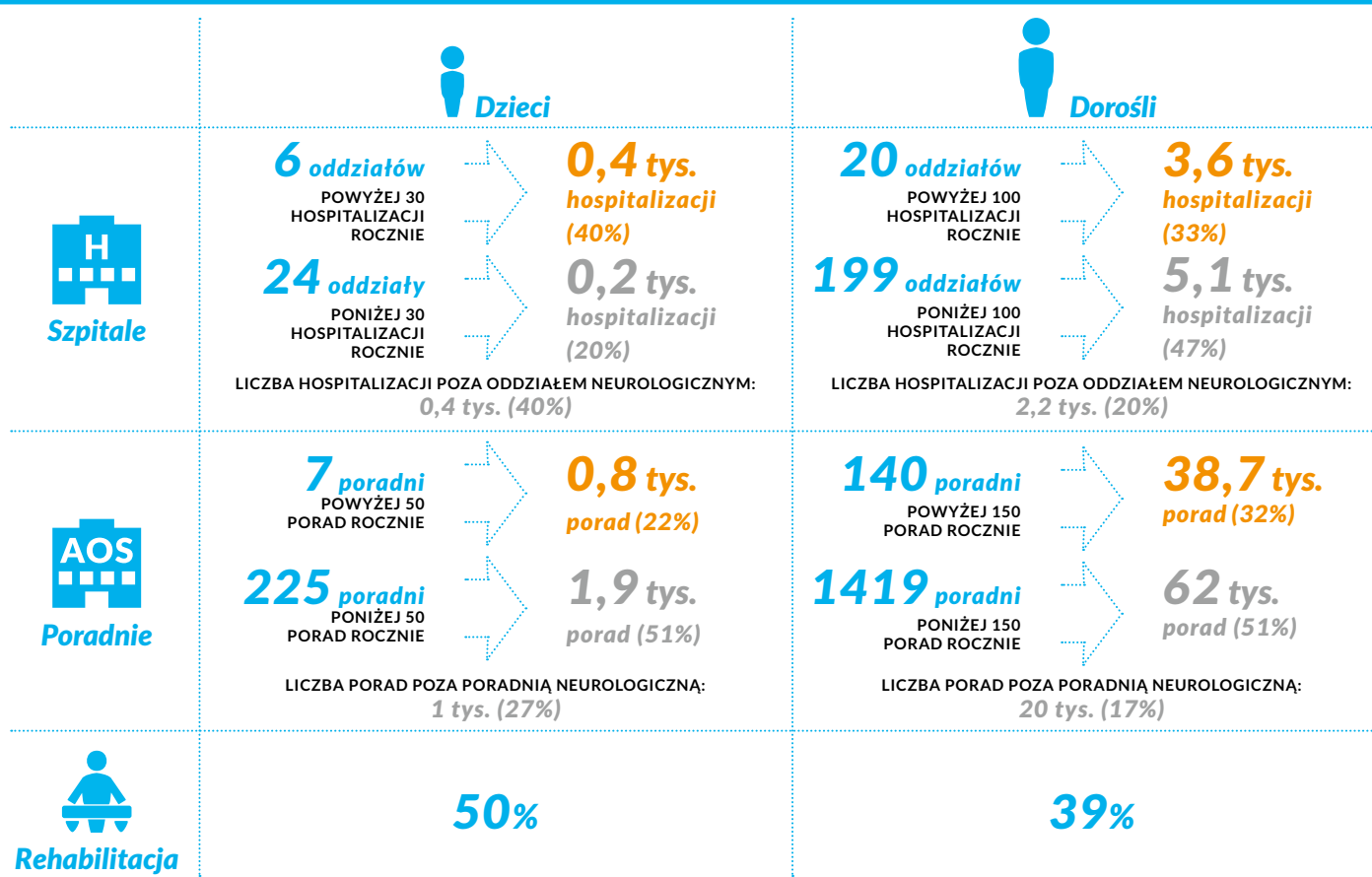
3%

Wskazane jest wyznaczenie placówek referencyjnych zajmujących się pacjentami z padaczką lekooporną, przeprowadzających diagnostykę, diagnostykę różnicową oraz leczenie, również chirurgicznie.

Wskazana jest organizacja transportu pacjentów w stanie padaczkowym w taki sposób, by zapewniony był dostęp do specjalisty.

Choroby układu nerwowego (inne niż wieku podeszłego)

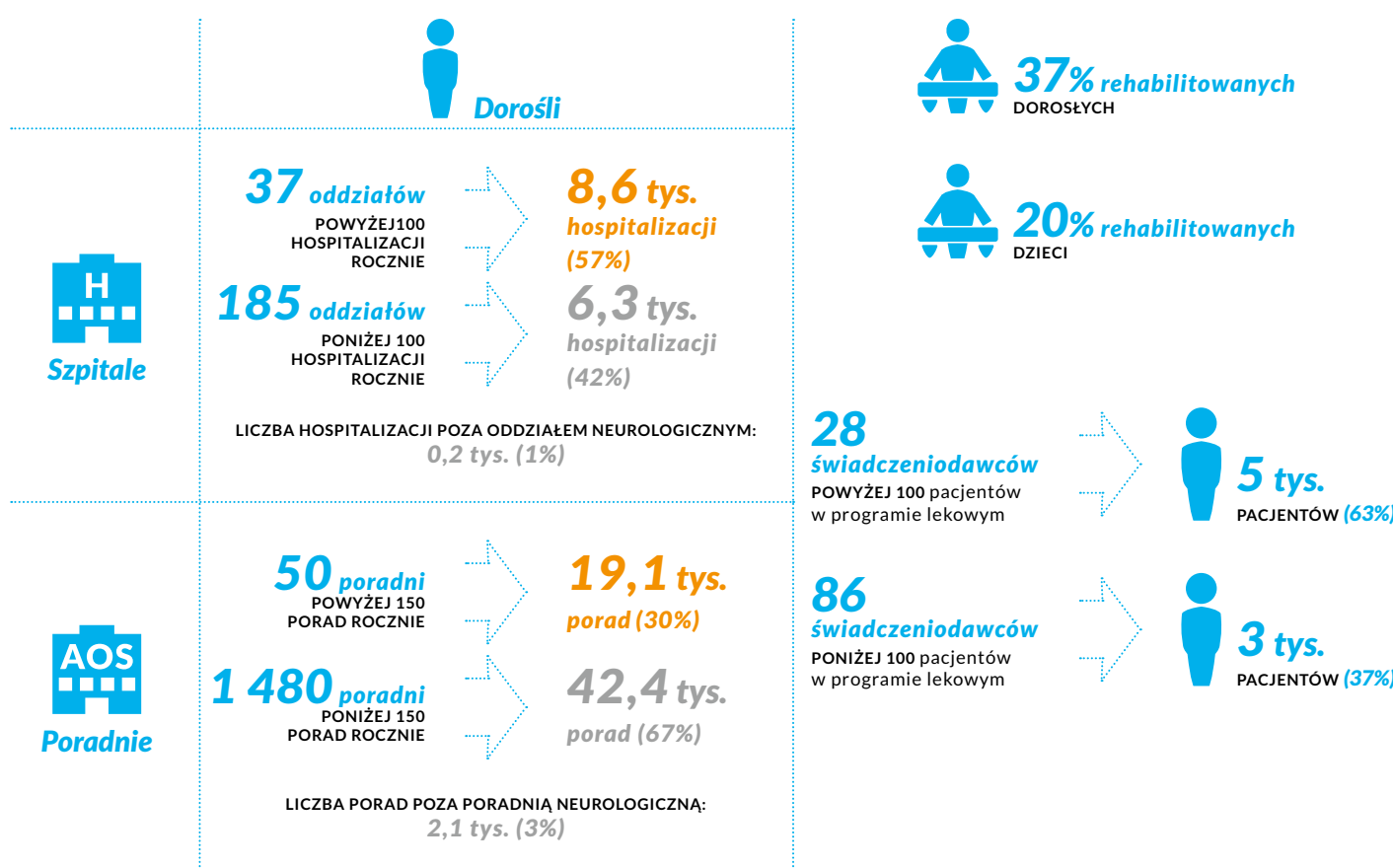
Choroby nerwowo-mięśniowe



Wskazane jest wyznaczenie szpitali oraz poradni neurologicznych, które będą referencyjne w kompleksowej diagnostyce i leczeniu chorób nerwowo-mięśniowych (zarówno w przypadku dzieci jak i dorosłych).

Ze względu na miejsce rehabilitacji w procesie leczenia pacjentów, wskazane jest podjęcie działań dążących do zapewnienia odpowiedniego dostępu do rehabilitacji dla pacjentów, uwzględniając rodzaj i stopień ich niepełnosprawności.

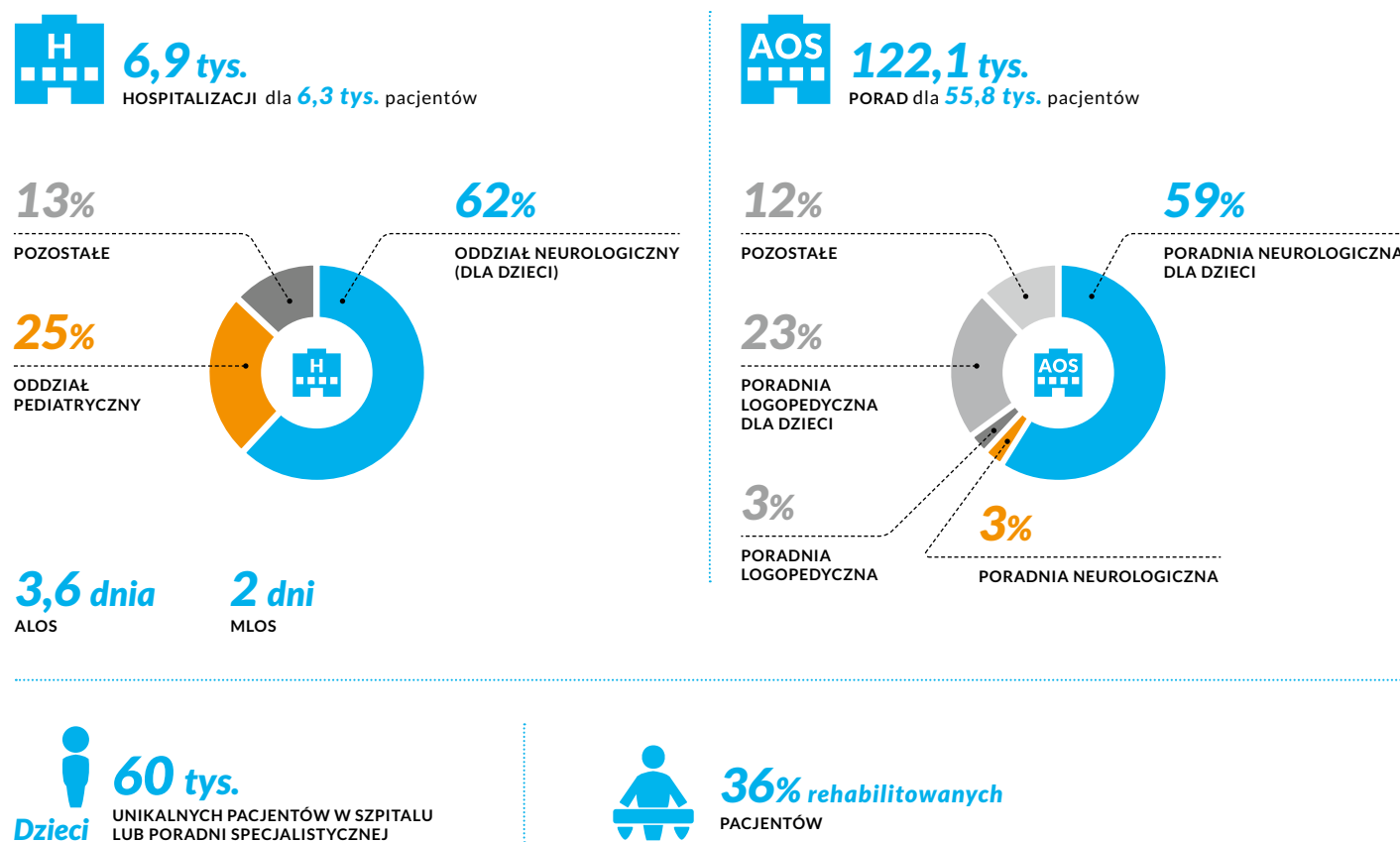
Choroby demielinizacyjne



Wskazane jest wyznaczenie szpitali oraz poradni neurologicznych, które będą referencyjne w kompleksowej diagnostyce i leczeniu chorób demielinizacyjnych.

Ze względu na miejsce rehabilitacji w procesie leczenia pacjentów, wskazane jest podjęcie działań dążących do zapewnienia odpowiedniego dostępu do rehabilitacji dla pacjentów, uwzględniając rodzaj i stopień ich niepełnosprawności.

Mózgowe porażenie dziecięce, wczesne zaburzenia rozwoju i encefalopatie u dzieci



Biorąc pod uwagę specyfikę choroby i obecnie obserwowany czas pobytu wskazane jest wprowadzenie zmian systemowych umożliwiających diagnostykę w warunkach ambulatoryjnych i hospitalizacji jednodniowych.

Ze względu na miejsce rehabilitacji w procesie leczenia pacjentów, wskazane jest podjęcie działań dążących do zapewnienia odpowiedniego dostępu do rehabilitacji dla pacjentów, uwzględniając rodzaj i stopień ich niepełnosprawności.