



INSTYTUT ZARZĄDZANIA
W OCHRONIE ZDROWIA

CHIRURGIA NACZYJNIOWA W POLSCE

ZIELONA KSIĘGA

© Copyright by Uczelnia Łazarskiego
Warszawa 2016



ISBN: 978-83-64054-02-0



Autorzy:

Dr n. ekon. Małgorzata Gałązka-Sobotka

Dr n. med. Jakub Gierczyński, MBA

Lek. med. Jerzy Gryglewicz

Dr Przemysław Sielicki



Mgr Anna Drapała

Mgr Ewa Karczewicz

Mgr Katarzyna Paczek

Recenzje naukowe:

Prof. zw. dr hab. n. med. Walerian Staszkiwicz

Prof. dr hab. h.c. Wojciech Witkiewicz

Korekta edytorska: Maja Żuchowska

Opracowanie graficzne i skład DTP: Laboratorium Artystyczne (www.laboratoriumartystyczne.pl)

Wydawca:

Uczelnia Łazarskiego

ul. Świeradowska 43, 02-662 Warszawa

+ 48 /22/ 54-35-450, + 48 /22/ 54-35-410

wydawnictwo@lazarski.edu.pl

www.lazarski.pl

Projekt badawczy zrealizowany dzięki wsparciu **Polskiego Towarzystwa Chirurgii Naczyniowej**.

SPIS TREŚCI

1.	WPROWADZENIE	6
2.	CHOROBY TĘTNIC I ŻYL OBWODOWYCH – ASPEKTY KLINICZNE	9
2.1	Przewlekłe miażdżycowe niedokrwienie kończyn dolnych	10
2.2	Profilaktyka udaru niedokrwienego	14
2.3	Tętniaki aorty i tętnic obwodowych	17
2.4	Dostęp naczyniowy do hemodializ	20
2.5	Przewlekła choroba żylna (żylaki kończyn dolnych, owrzodzenia żyłne goleni)	22
3.	ANALIZA DEMOGRAFICZNA POLSKI W KONTEKŚCIE WZROSTU ZAPOTRZEBOWANIA NA ŚWIADCZENIA Z ZAKRESU CHIRURGII NACZYNIOWEJ	27
4.	CHIRURDZY NACZYNIOWI W POLSCE	35
5.	CHIRURGIA NACZYNIOWA - KONTRAKTY NFZ W 2015 R.	41
5.1.	Chirurgia naczyniowa w leczeniu szpitalnym	42
5.2.	Szczegółowe informacje dotyczące umów zawartych przez oddziały wojewódzkie w leczeniu szpitalnym w zakresie chirurgii naczyniowej	45
5.2.1.	Dolnośląski OW NFZ	45
5.2.2.	Kujawsko-Pomorski OW NFZ	46
5.2.3.	Lubelski OW NFZ	46
5.2.4.	Lubuski OW NFZ	47
5.2.5.	Łódzki OW NFZ	48
5.2.6.	Małopolski OW NFZ	48
5.2.7.	Mazowiecki OW NFZ	49
5.2.8.	Opolski OW NFZ	51
5.2.9.	Podkarpacki OW NFZ	51
5.2.10.	Podlaski OW NFZ	50
5.2.11.	Pomorski OW NFZ	52
5.2.12.	Śląski OW NFZ	52
5.2.13.	Świętokrzyski OW NFZ	53
5.2.14.	Warmińsko-Mazurski OW NFZ	54
5.2.15.	Wielkopolski OW NFZ	54
5.2.16.	Zachodniopomorski OW NFZ	55
6.	PORADNIE LECZENIA CHOROÓB NACZYŃ - KONTRAKTY NFZ W 2015 R.	56
6.1.	Leczenie chorób naczyń – Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna (AOS)	57
6.2.	Szczegółowe informacje dotyczące umów zawartych przez oddziały wojewódzkie w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej w zakresie leczenia chorób naczyń	60
6.2.1.	Dolnośląski OW NFZ	60
6.2.2.	Kujawsko-Pomorski OW NFZ	61
6.2.3.	Lubelski OW NFZ	62
6.2.4.	Lubuski OW NFZ	63
6.2.5.	Łódzki OW NFZ	63
6.2.6.	Małopolski OW NFZ	64
6.2.7.	Mazowiecki OW NFZ	65
6.2.8.	Opolski OW NFZ	66
6.2.9.	Podkarpacki OW NFZ	67
6.2.10.	Podlaski OW NFZ	68

6.2.11.	Pomorski OW NFZ	68
6.2.12.	Śląski OW NFZ	69
6.2.13.	Świętokrzyski OW NFZ	71
6.2.14.	Warmińsko-Mazurski OW NFZ	72
6.2.15.	Wielkopolski OW NFZ	73
6.2.16.	Zachodniopomorski OW NFZ	74
7.	CHARAKTERYSTYKA WYBRANYCH ŚWIADCZEŃ Z ZAKRESU CHIRURGII NACZYNIOWEJ SFINANSOWANYCH PRZEZ NFZ	76
8.	CHARAKTERYSTYKA ODDZIAŁÓW CHIRURGII NACZYNIOWEJ NA PODSTAWIE MAP POTRZEB ZDROWOTNYCH	97
7.1.	Podstawowe informacje o oddziałach	98
7.2.	Czas oczekiwania na przyjęcie do oddziałów chirurgii naczyniowej w 2014 r.	102
7.3.	Tryb przyjęcia do oddziału chirurgii naczyniowej	106
7.4.	Długość pobytu, obłożenie i ponowna hospitalizacja w oddziałach chirurgii naczyniowej	110
7.5.	Wiek i płeć pacjentów hospitalizowanych w oddziałach chirurgii naczyniowej	114
7.6.	Analiza leczonych pacjentów z uwzględnieniem miejsca zamieszkania (migracja)	118
7.7.	Prognoza liczby łóżek w oddziałach chirurgii naczyniowej	122
7.8.	Podsumowanie w mapie ogólnopolskiej	126
9.	WYBRANE JEDNOSTKI CHOROBOWE UKŁADU KRAŻENIA JAKO PRZYCZYNA NIEZDOLNOŚCI DO PRACY	127
10.	REKOMENDACJE	145
11.	RECENZJE NAUKOWE	151
12.	SPIS TABEL, WYKRESÓW, RYSUNKÓW	156



IZWOZ

INSTYTUT ZARZĄDZANIA
W OCHRONIE ZDROWIA

1. WPROWADZENIE

Oddajemy w Państwa ręce monografię pt. „Chirurgia naczyniowa w Polsce” przygotowaną przez Instytut Zarządzania w Ochronie Zdrowia Uczelni Łazarskiego w Warszawie. Opracowanie definiuje aktualny potencjał świadczeniodawców oraz zapotrzebowanie na świadczenia z zakresu chirurgii naczyniowej w Polsce.

Od lat zdecydowanie największym zagrożeniem życia są choroby układu krążenia odpowiedzialne za około 50 proc. ogółu zgonów w Polsce. Zmniejsza się umieralność z powodu choroby niedokrwiennej serca, w tym zawału serca, oraz chorób naczyń mózgowych, natomiast trend wzrostowy wykazuje w ostatnich latach zachorowalność i śmiertelność z powodu chorób aorty i tętnic obwodowych. Niepokojące są również dane dotyczące liczby amputacji w przebiegu miażdżycy i powikłań cukrzycy. Rosnąca częstość tych schorzeń wynika również z wzrastającej przeciętnej długości życia w Polsce.

Niniejsza publikacja powstała w celu merytorycznej konsultacji i publicznej debaty, prowadzących do pilnego wypracowania optymalnych rozwiązań w dziedzinie chirurgii naczyniowej w Polsce, a skutkujących w szczególności zwiększeniem dostępności do świadczeń oraz wzrostem efektywności i optymalizacji kosztów leczenia tych chorób, w ramach umów zawartych na świadczenia zdrowotne z Narodowym Funduszem Zdrowia oraz, co może być najbardziej istotne, zmniejszaniem kosztów społecznych generowanych przez choroby naczyń.

Środowisko polskich chirurgów naczyniowych pragnie serdecznie podziękować Autorom z Instytutu Zarządzania w Ochronie Zdrowia Uczelni Łazarskiego oraz wszystkim osobom oraz instytucjom, które przyczyniły się do powstania tego opracowania.

Prof. dr hab. med. Grzegorz Oszkinis
Prezes Polskiego Towarzystwa Chirurgii Naczyniowej

Prof. dr hab. med. Piotr Andziak
Konultant Krajowy ds. chirurgii naczyniowej

Warszawa, 14.06.2016 r.



Publikacja „Chirurgia naczyniowa w Polsce” to efekt trwającego kilka miesięcy projektu badawczego ekspertów Instytutu Zarządzania w Ochronie Zdrowia Uczelni Łazarskiego w Warszawie. Został przygotowany na prośbę i we współpracy z Polskim Towarzystwem Chirurgii Naczyniowej.

Jego celem jest prezentacja kluczowych danych, które obrazują strukturę podmiotową i przedmiotową chirurgii naczyniowej oraz pozwalają ocenić stan dostępności i racjonalność alokacji środków publicznych przeznaczonych na świadczenia w tym zakresie. W publikacji przedstawiono szczegółowe informacje m.in. na temat liczby świadczeniodawców, wartości umów na chirurgię naczyniową w podziale na OW NFZ, dostępności do wybranych świadczeń i kadr medycznej. Pełnego obrazu organizacji chirurgii naczyniowej w Polsce dopełniają dane zaprezentowane w mapach potrzeb zdrowotnych przygotowanych przez Ministerstwo Zdrowia, w których ujęto charakterystykę oddziałów z uwzględnieniem liczby pacjentów, liczby i wartości hospitalizacji, długości pobytu, trybu przyjęcia itp. Przesłanką do podjęcia badań jest potrzeba dalszej racjonalizacji tego obszaru medycyny.

Dane epidemiologiczne potwierdzają wysokie ryzyko uszkodzenia naczyń, które związane jest ze starzeniem się społeczeństwa, wydłużeniem średniej długości życia oraz obciążeniami wynikającymi głównie z zaburzeń metabolicznych i sposobu odżywiania. Chirurgia naczyniowa jest tym obszarem medycyny, który wymaga ścisłej współpracy z wieloma innymi specjalizacjami, bowiem jej zasadniczym celem jest leczenie chirurgiczne powikłań i następstw wielu schorzeń, w szczególności chorób układu krążenia, miażdżycy oraz cukrzycy. Stąd potrzeba interdyscyplinarnego i horyzontalnego spojrzenia na opiekę zdrowotną w tej dziedzinie.

Eksperti Instytutu Zarządzania w Ochronie Zdrowia Uczelni Łazarskiego przekazują niniejsze opracowanie naukowe do merytorycznej konsultacji i publicznej debaty mającej na celu wypracowanie optymalnych rozwiązań dla chirurgii naczyniowej w Polsce, skutkujących w szczególności zwiększeniem dostępności do świadczeń zdrowotnych dla pacjentów oraz wzrostem efektywności i optymalizacji kosztów leczenia chorób naczyń w ramach umów zawartych na świadczenia zdrowotne z Narodowym Funduszem Zdrowia oraz zmniejszania kosztów społecznych generowanych przez choroby naczyń.¹

Autorzy publikacji pragną serdecznie podziękować wszystkim osobom oraz instytucjom, które przyczyniły się do powstania raportu, w szczególności kierownictwu Narodowego Funduszu Zdrowia oraz Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.

Dr n. ekon. Małgorzata Gałązka-Sobotka

Dyrektor Instytutu Zarządzania w Ochronie Zdrowia

1 Wcześniejsze raporty IZWOZ to m.in.: Analiza dostępności do leczenia onkologicznego oraz finansowania świadczeń z zakresu chemioterapii ze szczególnym uwzględnieniem nowych terapii onkologicznych; Finansowanie świadczeń z zakresu radioterapii w latach 2011-2013; Hematologia onkologiczna – aspekty kliniczne, ekonomiczne i systemowe; Mechanizmy wczesnego dostępu do leków innowacyjnych na świecie ze szczególnym uwzględnieniem terapii onkologicznych; Kierunki zmian; Cukrzyca – analiza kosztów ekonomicznych i społecznych; Przewlekła obturacyjna choroba płuc – analiza kosztów ekonomicznych i społecznych; Samoistne włóknienie płuc – aspekty kliniczne, ekonomiczne i systemowe ze szczególnym uwzględnieniem rekomendacji dotyczących optymalnego zarządzania chorobą; Biała Księga; Wirusowe zapalenie wątroby typu C – analiza kosztów ekonomicznych i społecznych; Społeczno-ekonomiczne skutki stwardnienia rozsianego (SM) w Polsce. Biała Księga; Stwardnienie rozsiane – zarządzanie chorobą. Propozycje rozwiązań problemów; Choroba Parkinsona – analiza kosztów ekonomicznych i społecznych; Depresja – skutki społeczno-ekonomiczne; Schizofrenia – skutki społeczno-ekonomiczne.

2. CHOROBY TĘTNIC I ŻYŁ OBWODOWYCH – ASPEKTY KLINICZNE

2.1. Przewlekłe miażdżycowe niedokrwienie kończyn dolnych

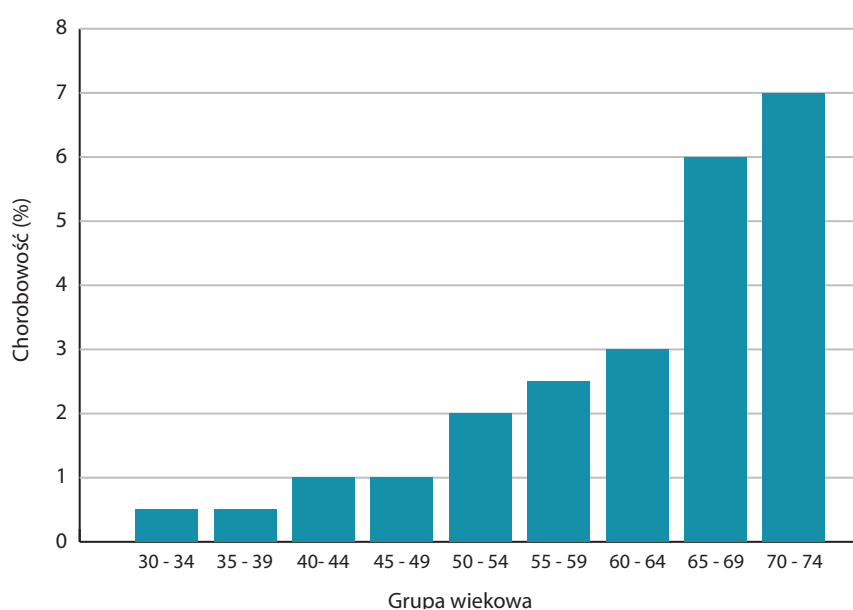
Zmiany miażdżycowe są najczęstszą przyczyną przewlekłego niedokrwienia kończyn dolnych (ang. *Peripheral Arterial Disease*; PAD). Pozostałe przyczyny, takie jak: choroba Bürgera i inne choroby o podłożu zapalnym, przerost włóknisto-mięśniowy, następstwa ostrego niedokrwienia kończyn dolnych i zespoły uciskowe są rozpoznawane u ok. 2 proc. chorych.

Jako, że miażdżycy jest procesem uogólnionym, obejmującym jednocześnie różne łożyska naczyniowe, niedokrwieniu kończyn dolnych często towarzyszy choroba niedokrwienna serca oraz objawy niedokrwienia mózgu. W zależności od użytych metod diagnostycznych, współwystępowanie choroby niedokrwiennej serca z PAD szacuje się na 29-90 proc. Chorobę naczyń mózgowych stwierdza się u 26-50 proc. osób z PAD.

Aktualna wiedza epidemiologiczna dotycząca występowania PAD w populacji dorosłej opiera się na badaniach sprzed dekady. Częstość występowania tego schorzenia jest silnie związana z wiekiem: rzadziej występuje przed 50 rokiem życia i gwałtownie rośnie w późniejszym wieku. Częściej występuje u osób rasy czarnej pochodzenia niełatynoskiego, niż u osób rasy białej. Częstość występowania PAD w populacji ogólnej szacuje się na 3-10 proc., a w populacji powyżej 65 roku życia określa się na około 20 proc. W młodszych grupach wiekowych chromanie przestankowe występuje częściej u mężczyzn, natomiast w latach późniejszych różnica między mężczyznami a kobietami zaciera się. Według danych Narodowego Funduszu Zdrowia, w 2014 r. w Polsce hospitalizowanych było 40 tysięcy pacjentów z powodu miażdżycy tętnic kończyn dolnych (zarejestrowanych wg kodu ICD – 10 – 170.2 i 170.9 w grupie JPG Q66).

Zależność częstości występowania od wieku jest stała i niezmienna. Doskonale ilustruje tę zależność częstość występowania najłagodniejszej postaci przewlekłego, miażdżycowego niedokrwienia kończyn dolnych jakim jest chromanie przestankowe (definiowane jako dyskomfort mięśniowy w kończynie dolnej spowodowany wysiłkiem fizycznym, przechodzący po trwającym do 10 minut odpoczynku).

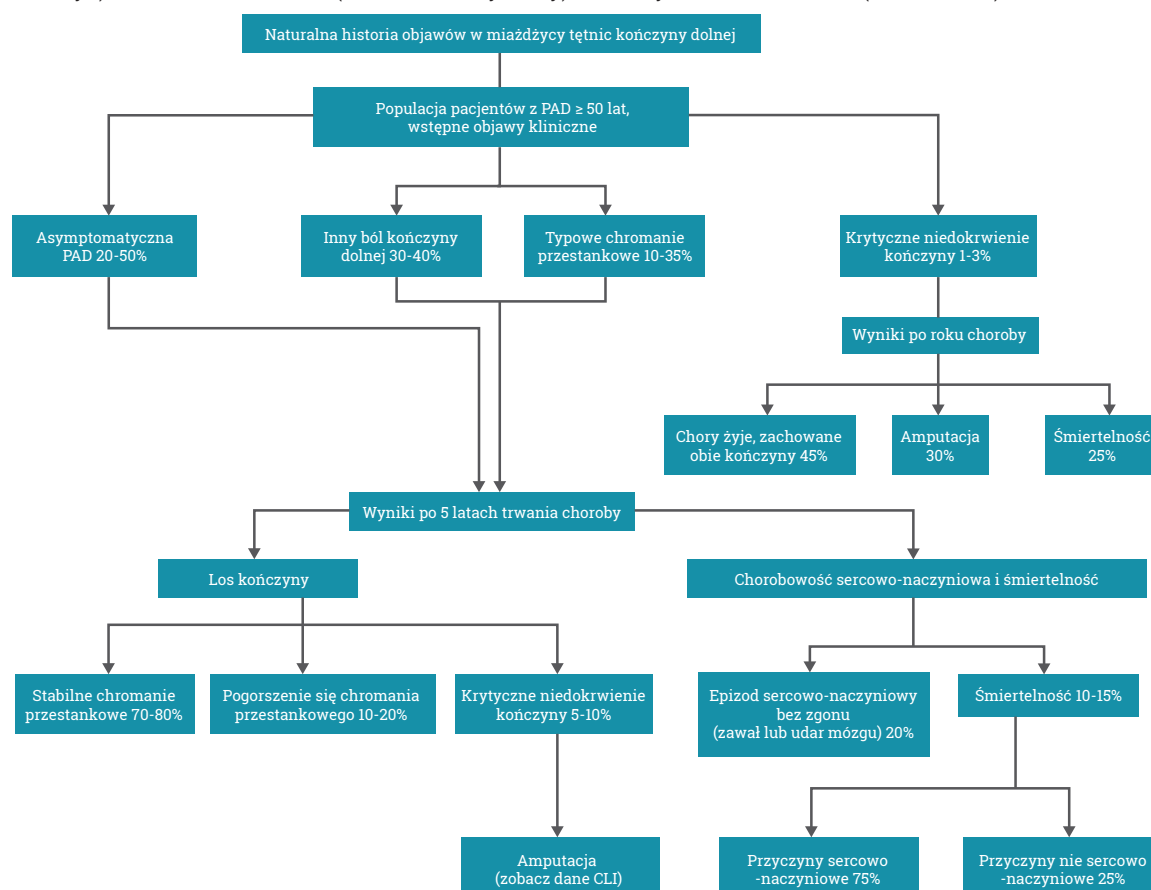
Wykres 1. Uśrednione występowanie chromania przestankowego (objawowa PAD) w badaniach dużych populacji



Źródło: Norgren L., Hiatt W.R., Dormandy J.A., Nehler M.R., Harris K.A., Fowkes F.G.R., w imieniu Grupy Roboczej TASC II: Konsensus dotyczący postępowania w chorobie tętnic obwodowych (TASC II). Acta Angiol.Vol. 13, Supl. D, 2007.

Postępujący charakter choroby powoduje stopniowe pogłębianie się objawów niedokrwienia kończyn i nasilenie dolegliwości. U 70-80 proc. chorych chromanie przestankowe jest stabilne i może być długotrwale leczone zachowawczo, a u 10-20 proc. ulega nasileniu i skróceniu. Jedynie u 5-10 proc. chorych dochodzi do powstania skrajnej postaci przewlekłego niedokrwienia, nazywanego „krytycznym niedokrwieniem kończyny”. Krytyczne niedokrwienie kończyny (KNK) jest bardzo poważnym, a zarazem złym rokowniczo powikłaniem miażdżycy tętnic kończyn dolnych. Według definicji European Working Group on Critical Leg Ischemia z 1991 r., przewlekłe krytyczne niedokrwienie obejmuje chorych z cukrzycą i bez niej, u których występują stałe niedokrwienne bóle (spoczynkowe) w obrębie kończyn dolnych wymagające podawania leków przeciwbólowych przez okres ponad 2 tygodni lub występuje niedokrwienne owrzodzenie czy martwica stopy. W przypadku rozpoznania KNK u większości chorych może być konieczne wykonanie w ciągu roku dużej amputacji, jeśli nie dojdzie do istotnej poprawy ukrwienia. Do amputacji dochodzi u 30 proc. tej grupy chorych. Rokowanie u chorych z KNK jest również bardzo złe: 25 proc. z nich umiera w ciągu roku od chwili postawienia rozpoznania, a zaledwie u 30 proc. chorych z KNK udaje się wykonać zabieg rekonstrukcyjny tętnic ratujący kończynę przed amputacją. Odsetek amputacji kończyn jest znacząco wyższy u chorych z KNK cierpiących na cukrzycę. Amputacja niedokrwionej kończyny często jest ostatecznym zabiegiem ratującym życie chorego. Rokowanie u chorych po amputacji, zwłaszcza na poziomie uda, jest złe. W ciągu 2 lat umiera bowiem 40 proc. chorych.

Wykres 2. Pacjent z chromaniem przestankowym w ciągu 5 lat trwania choroby (z wytycznych ACC/AHA). PAD – peripheral arterial disease (choroba tętnic obwodowych); CLI – critical limb ischemia (krytyczne niedokrwienie kończyn); CV – cardiovascular (sercowo-naczyniowy); MI – myocardial infraction (zawał serca)



Źródło: Hirsch A.T. i wsp., ACC-AHA 2005 Guidelines for the Management of Patients with Peripheral arterial disease, J. Am. Coll. Cardiol. 2006; 47: 1239-1312. American College of Cardiology Foundation and the American Heart Association, Inc.

Koszty społeczne nieleczenia lub niewłaściwego leczenia miażdżycy tętnic obwodowych są ogromne. Chorzy po amputacjach kończyn dolnych w większości stają się trwale niezdolni do pracy, a jedynie 10-15 proc. z nich jest skutecznie poddawana protezowaniu i powraca do aktywności życiowej. Częściej chorzy ci wymagają stałej opieki osób trzecich.

Objawy kliniczne choroby niedokrwiennej kończyn dolnych

Przewlekłe niedokrwienie kończyn dolnych jest chorobą o znacznym zróżnicowaniu objawów klinicznych, od zupełnego braku objawów, przez chromanie przestankowe do krytycznego niedokrwienia kończyn dolnych. Objawy kliniczne zależne są przede wszystkim od stopnia zwężenia/niedrożności naczyń, lokalizacji zmian w poszczególnych odcinkach naczyniowych, stopnia rozwoju krążenia obocznego, ogólnego stanu zdrowia oraz stopnia zaangażowania chorego w realizację zaleconej terapii zachowawczej. Najczęściej zgłaszanymi przez chorych dolegliwościami są: uczucie wychłodzenia lub zwiększona wrażliwość stóp na zimno, parestezje, zmiany zabarwienia skóry i paznokci, zanik owłosienia, a w późniejszym etapie choroby: chromanie przestankowe, zaniki mięśni kończyn dolnych, ból spoczynkowy oraz zmiany martwicze tkanek. Dużą grupę osób z PAD (40-50 proc.) stanowią chorzy bezobjawowi, u których nie występuje klasyczny objaw chromania przestankowego. Brak tego objawu może być spowodowany niską aktywnością fizyczną chorego (niemożność wywołania bólu wysiłkowego) lub jej ograniczeniem przez choroby współistniejące np. chorobę niedokrwienną mięśnia sercowego.

Rozpoznanie PAD można postawić na podstawie wywiadów i badania przedmiotowego z uwzględnieniem obecności tętna wyczuwalnego na poszczególnych tętnicach. W celu weryfikacji wstępnego rozpoznania i monitorowania przebiegu leczenia, korzystne jest określenie wskaźnika kostka – ramię (ang. *Ankle Brachial Index*; ABI). Spoczynkowy ABI, wynoszący mniej niż 0,9 wskazuje na hemodynamicznie istotne zwężenie lub niedrożność tętnic w kończynach dolnych. Głównym celem metod obrazowych jest wizualizacja zmian w tętnicach. Wykonuje się je przed planowanymi zabiegami rewaskularyzacji za pomocą technik wewnątrznacyniowych lub klasycznej chirurgii. Obecnie stosowanymi metodami obrazowania są: ultrasonografia dopplerowska z podwójnym obrazowaniem, angiografia tomografii komputerowej (KT-angio) i rezonansu magnetycznego (MR-angio).

Podstawowym celem leczenia chorych z przewlekłym miażdżycowym niedokrwieniem kończyn dolnych jest niedopuszczenie do powstania krytycznego niedokrwienia i zagrożenia amputacją. Aby to osiągnąć niezbędne jest wczesne rozpoznanie i podjęcie właściwego leczenia w ośrodkach chirurgii naczyniowej. Znaczna część tej grupy chorych (70-80 proc.) poddaje się leczeniu zachowawczemu, które obejmuje modyfikację czynników ryzyka miażdżycy, kontrolowany trening marszowy i leczenie farmakologiczne. Pozostałe osoby wymagają wykonania operacji rekonstrukcyjnych tętnic, zarówno klasycznych jak i wewnątrznacyniowych.

W celu oceny możliwości funkcjonalnych chorego oraz doboru odpowiednich parametrów rehabilitacji, należy określić czas i dystans chromania przestankowego. Najczęściej do określenia tych parametrów wykorzystuje się testy marszowe na bieżni, sześciominutowy test marszowy, rzadziej testy wysiłkowe na cykloergometrze rowerowym. Spośród testów marszowych na bieżni wyróżnia się protokoły ze zmieniającym się obciążeniem tzw. protokoły stopniowane oraz takie, w których obciążenie pozostaje na stałym poziomie.

Objaw chromania przestankowego

Chromanie przestankowe jest jednym z najczęstszych objawów PAD. Określenie „chromanie przestankowe” (ang. *Intermittent Claudication*) odnosi się do bólu kończyn(y) dolnej, o natężeniu zmuszającym chorego do zatrzymania się, wywołwanego wysiłkiem fizycznym i ustępującego w spoczynku. Ból mięśni kończyn dolnych związany jest z przemijającym niedokrwieniem, spowodowanym zwężeniem lub niedrożnością tętnicy. Ból jest powtarzalny, wywołwany przez określony wysiłek fizyczny i ustępuje w ciągu kilku minut odpoczynku. Umiejszczenie oraz rozległość zmian miażdżycowych determinują lokalizację dolegliwości bólowych w kończynach dolnych. Chorzy najczęściej skarżą się na ból podudzi, rzadziej ud, pośladków i całej kończyny dolnej.

Do oceny stopnia zaawansowania PAD stosuje się dwie klasyfikacje: Fontaine’a oraz Rutherforda. Skala Fontaine’a jest pięciostopniową skalą, w której stopień zaawansowania choroby określa się na podstawie subiektywnej oceny długości dystansu chromania przestankowego. Skala Rutherforda jest czterostopniową skalą, dodatkowo podzieloną na siedem kategorii, w której określa się stopień nasilenia chromania przestankowego od lekkiego, aż po ciężki.

Tabela 1. Klasyfikacja przewlekłego niedokrwienia kończyn dolnych wg Fontaine'a i Rutherforda

Klasyfikacja Fontaine'a		Klasyfikacja Rutherforda		
Stopień	Objawy kliniczne	Stopień	Kategoria	Objawy Kliniczne
I	Brak objawów chromania	0	0	Brak objawów
II a	Chromanie przestankowe > 200 m.	I	I	Łagodne chromanie
II b	Chromanie przestankowe < 200 m.	I	II	Umiarkowane chromanie
III	Bóle spoczynkowe	I	III	Ciężkie chromanie
IV	Owrzodzenia lub zgorzel	II	IV	Niedokrwienny ból spoczynkowy
		III	V	Niewielkie ognisko martwicy
		III	VI	Rozległa martwica tkanek

Źródło: Cronenwett J.L., Johnston W. (red.), Rutherford's Vascular Surgery. W.B. Saunders 2014.

W zależności od głównej lokalizacji zmian miażdżycowych w tętnicach kończyn dolnych, wyróżnia się cztery postaci choroby:

1. Niedrożność aortalno-biodrowa, występująca u 10-30 proc. pacjentów. Specyficzną postacią niedrożności aortalno-biodrowej jest zespół Leriche'a związany z wybiórczą niedrożnością dalszego odcinka aorty brzusznej. Początkowy okres tego zespołu charakteryzuje się łatwą męczliwością kończyn dolnych podczas chodzenia, bez typowego objawu chromania przestankowego. W późniejszym etapie, w czasie chodzenia występuje ból wysiłkowy kończyn dolnych oraz impotencja u mężczyzn. Tętno na tętnicach udowych jest niewyczuwalne. Stwierdza się znaczne osłabienie siły mięśniowej, zaniki mięśni kończyn dolnych, utrzymujące się zblednięcie skóry, szczególnie wyraźne na stopach. Przebieg choroby jest długotrwały. Wyraźne objawy niedokrwienia, tzn. krótki dystans chromania, bóle spoczynkowe i zmiany troficzne, pojawiają się po 3-5 latach. Pogorszenie stanu zdrowia pacjenta jest zwykle spowodowane rozwojem zmian miażdżycowych w tętnicach udowych i podkolanowych. Przy współistniejącej niedrożności tętnic biodrowych wewnętrznych, ból podczas chodzenia lokalizuje się najpierw w tylnej części ud i w pośladkach.
2. Niedrożność udowo-podkolanowa, dotycząca do 70 proc. pacjentów. Zmiany rozwijają się zazwyczaj w kanale przywodzicieli, w miejscu, gdzie tętnica udowa podlega silnym naprężeniom podczas zginania kończyny dolnej w stawie kolanowym. Szerzenie się procesu miażdżycowego w kierunku bliższym lub współwystępowanie procesów zakrzepowych sprzyja rozwojowi niedrożności całej tętnicy udowej powierzchownej. Krążenie oboczne jest zazwyczaj zachowane za pośrednictwem tętnic: głębokiej uda i podkolanowej.
3. Niedrożność obwodowa, występująca u 8-15 proc. pacjentów, często współistnieje z cukrzycą. Wymaga ona różnicowania z innymi schorzeniami, szczególnie z chorobą Bürgera. Często towarzyszą jej zmiany martwicze na stopach.
4. Niedrożność wielopoziomowa, dotycząca 10-20 proc. pacjentów.

Algorytmy postępowania rehabilitacyjnego w chorobie niedokrwiennej kończyn dolnych

Ćwiczenia fizyczne są integralną częścią leczenia zachowawczego PAD. W piśmiennictwie opisano różne modele rehabilitacji stosowane u chorych z chromaniem przestankowym. Zazwyczaj mają one formę samodzielnego treningu marszowego wykonywanego w warunkach domowych lub nadzorowanego treningu marszowego prowadzonego na bieżni. Powszechnie stosuje się także takie metody usprawniania jak: Nordic Walking,

ćwiczenia oporowe kończyn dolnych, trening na rowerze stacjonarnym lub kombinację powyższych metod. Bez względu na formę rehabilitacji, powinna ona być kompleksowa, systematyczna, ciągła oraz indywidualnie dobrana z uwzględnieniem współistniejących chorób.

Głównym celem rehabilitacji w PAD jest:

- wydłużenie dystansu chodu,
- wzmocnienie siły mięśni kończyn dolnych,
- poprawa równowagi oraz koordynacji nerwowo-mięśniowej,
- poprawa ogólnej wydolności i sprawności fizycznej,
- poprawa parametrów hemodynamicznych układu krążenia i oddechowego,
- poprawa jakości życia,
- odroczenie leczenia inwazyjnego lub zapobieganie konieczności ponownej interwencji chirurgicznej.

Każda sesja rehabilitacyjna powinna być podzielona na trzy części: ćwiczenia przygotowujące mięśnie do wysiłku tzw. rozgrzewka, właściwy trening oraz ćwiczenia rozciągające. Z uwagi na fakt, że większość chorych z niedokrwieniem kończyn dolnych to osoby starsze, nierzadko obciążone innymi chorobami sercowo-naczyniowymi, niezwykle istotna wydaje się być kontrola tętna podczas ćwiczeń. Początkowo, wartość tętna treningowego nie powinna przekraczać 60 proc. tętna maksymalnego.

Ośrodki chirurgii naczyniowej w Polsce zapewniają kompleksową opiekę chorym z przewlekłym miażdżycowym niedokrwieniem kończyn dolnych, począwszy od postawienia rozpoznania i przygotowania do operacji, poprzez leczenie operacyjne, a skończywszy na wczesnych i odległych badaniach kontrolnych. W Polsce w 2014 r. wykonano blisko 16 000 klasycznych operacji tętnic obwodowych i 18 500 operacji wewnątrznaczyniowych.²

2.2. Profilaktyka udaru niedokrwinnego

Chirurgia tętnic szyjnych jest jednym z ważniejszych obszarów chirurgii naczyniowej. Operacje klasyczne i wewnątrznaczyniowe są uznaną formą zarówno wtórnej jak i pierwotnej profilaktyk i udaru niedokrwinnego u chorych, u których przyczyną udaru jest zwężenie tętnicy szyjnej wewnętrznej w odcinku przedczaszkowym. Roczna liczba udarów niedokrwiniowych w Polsce sięga 60 000-70 000, z czego 80 proc. to udary niedokrwienne. Zwężenia tętnicy szyjnej wewnętrznej są odpowiedzialne na 20 proc. udarów niedokrwiniowych. Odsetek chorych z objawowymi i bezobjawowymi zwężeniami tętnic szyjnych wzrasta z wiekiem. Ryzyko nawrotu niedokrwienia mózgu u chorych z objawowym zwężeniem tętnicy szyjnej leczonych zachowawczo wynosi 4,4 proc. w ciągu roku dla zwężenia w granicach 50-69 proc. i 13 proc. rocznie dla zwężenia >70 proc. U chorych z bezobjawowym zwężeniem tętnicy szyjnej >60 proc. ryzyko udaru mózgu wynosi około 1-2 proc. rocznie. Może ono jednak wzrastać do 3-4 proc. u osób w podeszłym wieku lub w przypadku obecności zwężenia drugiej tętnicy szyjnej bądź jej niedrożności [1,2].

Powszechnie przyjętymi i stosowanymi metodami wtórnej i pierwotnej profilaktyki udaru niedokrwinnego wywołanego zwężeniem pozaczaszkowych tętnic mózgowych jest leczenie operacyjne, w wybranych przypadkach operacja wewnątrznaczyniowa i u wszystkich chorych leczenie farmakologiczne połączone z eliminacją czynników ryzyka miażdżycy. Zapobieganie udarom niedokrwiniowym u chorych ze zwężeniem tętnic szyjnych wewnętrznych metodą operacyjną w wybranych grupach chorych jest skuteczniejsze od postępowania zachowawczego. Stąd wynika istotna rola chirurgii naczyniowej w leczeniu tej grupy chorych [3].

Zasady rozpoznawania zwężeń tętnicy szyjnej wewnętrznej oraz wskazania do operacji klasycznej i wewnątrznaczyniowej są takie same. Dotyczy to stopnia zwężenia i przebytych lub obecnych objawów neurologicznych. Przeciwwskazania do każdej z metod są nieco odmienne.

² Na podstawie danych NFZ

Objawy kliniczne

Chorzy z objawowym zwężeniem tętnicy szyjnej wewnętrznej stanowią większość wśród operowanych klasycznie lub wewnątrznacyniowo. Najczęściej obserwowane objawy neurologiczne to: niedowład lub porażenie mięśni twarzy, kończyny górnej i/lub dolnej po stronie przeciwnej do zwężenia oraz osłabienie czucia lub parestezje w obrębie twarzy, kończyny górnej i/lub dolnej po stronie przeciwnej do zwężenia. Najczęściej występującym objawem ocznym jest nagła jednooczna ślepota przemijająca (*amaurosis fugax*). Jeśli niedokrwienie dotyczy prawej półkuli mózgu dodatkowymi objawami neurologicznymi mogą być anozognozja, asomatognozja, osłabienie czucia, pogorszenie widzenia i zaburzenia pamięci. Niedokrwienie lewej półkuli mózgu wywołuje dodatkowo afazję, aleksję, anomię i agrafię. Objawami niezwiązanymi z zaburzeniami ukrwienia mózgu w obszarze tętnicy szyjnej wewnętrznej a często zgłaszanymi przez chorych są: zaburzenia równowagi, ataksja, podwójne widzenie, dyzartria, nudności, wymioty i utraty świadomości.

W badaniu przedmiotowym poza obecnością objawów neurologicznych będących następstwem przebytego niedokrwienia mózgu na zwężenie tętnicy szyjnej może wskazywać obecność szmeru w okolicy kąta żuchwy [1,2,4,5].

Diagnostyka obrazowa

U wszystkich chorych, którzy przebyli objawy niedokrwienia mózgu w obszarze zaopatrywania przez tętnicę szyjną wewnętrzną należy przeprowadzić diagnostykę obrazową, której celem jest stwierdzenie obecności zwężenia, jego umiejscowienia oraz morfologii blaszki miażdżycowej. Badaniami tymi należy także objąć chorych, u których występowały objawy nagłej jednoocznej ślepoty przemijającej. Zgodnie z obowiązującymi zaleceniami metodą diagnostyczną pierwszego rzutu jest ultrasonografia z podwójnym obrazowaniem przepływu, zarówno u chorych z objawowym jak i bezobjawowym zwężeniem tętnicy szyjnej wewnętrznej. Jednoznacznie określone, potwierdzone w dwóch niezależnych badaniach ultrasonograficznych zwężenie w granicach 50-99 proc. u chorych, którzy przebyli objawy niedokrwienia mózgu lub siatkówki oraz zwężenie w granicach 70-99 proc. u chorych bezobjawowych stanowi wystarczającą podstawę do zakwalifikowania chorego do operacji lub zabiegu wewnątrznacyniowego. Musi być jednak spełniony warunek stosowania obiektywnych, powszechnie przyjętych kryteriów rozpoznawczych oraz dużego doświadczenia badającego. Możliwość podejmowania decyzji o zakwalifikowaniu chorego do operacji klasycznej lub wewnątrznacyniowej jedynie w oparciu o wynik badania ultrasonograficznego jest uzasadniona wysoką czułością i swoistością tego badania w rozpoznawaniu zwężeń tętnicy szyjnej wewnętrznej przekraczających 50 proc. Wartości te wynoszą odpowiednio 64-99,5 proc. oraz 69-100 proc.

Poza oceną stopnia zwężenia tętnicy szyjnej wewnętrznej i jego umiejscowienia podczas wykonywania ultrasonografii należy ocenić morfologię blaszki miażdżycowej. Owrzodzenie blaszki miażdżycowej, niskie wartości GSM (<25), blaszka heterogenna, hypochogeniczny obszar otaczający światło tętnicy są ultrasonograficznymi wskaźnikami niestabilności blaszki miażdżycowej i powinny być brane pod uwagę przy podejmowaniu decyzji o sposobie leczenia. Szczególnie ważne jest stwierdzenie niskich wartości GSM (<25), gdyż wskazują one na ryzyko powstania objawów neurologicznych w mechanizmie zatorowości obwodowej podczas angioplastyki i stentowania tętnicy szyjnej, niezależnie od stosowania urządzeń neuroprotektoryjnych. Niestabilna blaszka miażdżycowa może stanowić przeciwwskazanie do angioplastyki.

Arteriografia tętnic szyjnych (klasyczna subtrakcyjna, angioMR, angioTK) powinna być wykonywana jedynie u chorych, u których badania nieinwazyjne nie pozwalają na postawienie rozpoznania i u chorych przed angioplastyką tętnic szyjnych. Jeśli konieczne jest wykonanie arteriografii, należy w pierwszej kolejności wykonywać badania małoinwazyjne, przede wszystkim angiografię w tomografii komputerowej. Jeśli konieczne jest wykonanie arteriografii, należy oprócz tętnic szyjnych wspólnych, wewnętrznych i zewnętrznych uwidocznić także łuk aorty i odchodzące od niego tętnice. Angiografia rezonansu magnetycznego u chorych ze zwężeniem tętnicy szyjnej wewnętrznej wykonywana jest rzadko.

„Złotym standardem” w rozpoznawaniu zwężeń tętnic szyjnych pozostaje klasyczna arteriografia. Pozwala na uwidocznienie patologii tętnic łuku aorty i tętnic wewnątrzczaszkowych (naczyniaki, tętniaki, przetoki tętniczo-żylne).

Niezbędnym badaniem u chorych, którzy przebyli objawy niedokrwienia mózgu jest tomografia komputerowa mózgu. Badanie to pozwala rozpoznać ogniska niedokrwienne, określić ich dokładną rozległość oraz wiek ogniska niedokrwiennego. Pozwala również na różnicowanie między udarem niedokrwinnym a krwotocznym, co ma szczególne znaczenie przy kwalifikowaniu chorych do operacji klasycznej lub wewnątrznaczyniowej. Badanie to uwidacznia także inne patologie w mózgu: guzy, tętniaki, przetoki tętniczo-żylne lub naczyniaki [2,5,6].

Wskazania do udroźnienia i angioplastyki tętnicy szyjnej wewnętrznej

Dysponujemy obecnie czterema dokumentami określającymi wskazania do udroźnienia i angioplastyki tętnicy szyjnej wewnętrznej. Są to zalecenia ESVS, SVS, European Society of Cardiology (ESC) oraz ASA/ACCF/AHA/AANN/AANS/ACR/ASNR/CNS/SAIP/SCAI/SIR/ SNIS/SVM/SVS. Zalecenia te w większości przypadków są zbieżne, chociaż SVS w sposób restrykcyjny ograniczyło wskazania do stosowania angioplastyki u chorych z bezobjawowym zwężeniem tętnicy szyjnej wewnętrznej [1,2].

U chorych z objawowym zwężeniem tętnicy szyjnej wewnętrznej mniejszym niż 50 proc. oraz bezobjawowym zwężeniem mniejszym niż 60 proc. zlecane jest leczenie farmakologiczne, obejmujące m.in. leki przeciwplatekcyjne, statyny oraz inhibitory ACE. Obecnie nie ma wystarczających danych z badań klinicznych, aby zalecać wykonywanie udroźnienia lub angioplastyki zwężenia tętnicy szyjnej wewnętrznej w tej grupie chorych.

Udroźnienie tętnicy szyjnej wewnętrznej jest bezwzględnie wskazane u chorych z objawowym zwężeniem >70 proc. rozpoznanym w badaniu ultrasonograficznym i zwężeniem >50 proc. potwierdzonym w klasycznej arteriografii (przebyty w ciągu ostatnich 6 miesięcy mały udar, przemijające niedokrwienie mózgu lub *amaurosis fugax*), u których ryzyko wystąpienia powikłań pooperacyjnych jest małe lub średnie. Skumulowany odsetek udarów i zgonów w ośrodku podejmującym się leczenia powinien być mniejszy niż 6 proc. W tej grupie chorych zalecaną metodą leczenia jest klasyczna operacja. Autorzy wszystkich zaleceń są zgodni, że udroźnienie lub angioplastyka tętnicy szyjnej wewnętrznej powinny być przeprowadzone w czasie 2 tygodni od chwili wystąpienia ostatnich objawów neurologicznych lub ocznych.

Udroźnienie tętnicy szyjnej wewnętrznej jest metodą bezpieczniejszą i skuteczniejszą niż angioplastyka u chorych w wieku >70 lat, gdy długość blaszki miażdżycowej przekracza 15 mm oraz gdy blaszka miażdżycowa jest niestabilna [1,4,6,7,8,9].

Angioplastykę z założeniem stentu można zalecać chorym z objawowym zwężeniem tętnicy szyjnej wewnętrznej >50 proc., jeśli ryzyko operacji klasycznej jest duże. Wśród czynników ogólnych zwiększonego ryzyka operacyjnego należy wymienić: niewydolność serca w klasie III-IV wg NYHA, dławicę piersiową w klasie III-IV wg CCS, zwężenie pnia lewej tętnicy wieńcowej lub przynajmniej dwóch tętnic nasierdziowych, konieczność przeprowadzenia operacji kardiochirurgicznej w ciągu 30 dni, frakcję wyrzutową lewej komory <30 proc., zawał serca przebyty w ciągu 30 dni przed planowaną operacją, przewlekłą ciężką chorobę płuc oraz niewydolność nerek wymagającą dializoterapii. Do miejscowych czynników zwiększonego ryzyka operacji klasycznej zaliczono zwężenie tętnicy szyjnej wewnętrznej położone na poziomie lub powyżej kręgu C2, zwężenie tętnicy szyjnej wspólnej lub wewnętrznej położone poniżej linii łączącej przyczepy obojczyków do mostka, niedrożność tętnicy szyjnej wewnętrznej po stronie przeciwnej, przebyte operacje w obrębie szyi, przebytą radioterapię w obrębie szyi, porażenie nerwu krtaniowego wstecznego po stronie przeciwnej do operowanej tętnicy, nawrotowe zwężenie tętnicy szyjnej wewnętrznej po operacji klasycznej lub angioplastyce oraz tracheotomię [2,4,5].

U chorych z bezobjawowym zwężeniem tętnicy szyjnej wewnętrznej >60 proc. może być zalecane wykonanie udrożnienia tętnicy szyjnej wewnętrznej jako forma pierwotnej profilaktyki udaru niedokrwinnego. Operację można proponować chorym o 3-5 letnim spodziewanym okresie przeżycia, jeśli ryzyko operacji (skumulowany odsetek udarów i zgonów) jest mniejsze niż 3 proc. Udrożnienie tętnicy szyjnej wewnętrznej przynosi większe korzyści mężczyznom w wieku <75 lat. Kobiety z bezobjawowym zwężeniem tętnicy szyjnej wewnętrznej odnoszą mniejsze korzyści z udrożnienia niż mężczyźni, dlatego udrożnienie tętnicy szyjnej wewnętrznej powinno być zalecane u młodszych, sprawnych fizycznie kobiet.

Według obecnie dostępnych danych klinicznych udrożnienie tętnicy szyjnej wewnętrznej jest najlepszym sposobem leczenia chorych z objawowym i bezobjawowym zwężeniem tętnicy szyjnej wewnętrznej. Rola angioplastyki w zapobieganiu udarowi niedokrwinnemu w średnioterminowej obserwacji jest podobna jak udrożnienia [6,7,8,9].

Szybki rozwój techniki angioplastyki i stentowania tętnicy szyjnej wewnętrznej stał się możliwy dzięki opracowaniu coraz doskonalszego sprzętu dedykowanego specjalnie tym zabiegom. Bardzo cienkie cewniki, prowadniki o odpowiedniej sztywności i giętkości, doskonałej sterowalności, zaopatrzone w atraumatyczne końcówki, coraz doskonalsze urządzenia do neuroprotekcji spowodowały, że metoda wewnątrznacyniowa stała się konkurencyjna, a w wybranych przypadkach lepsza niż klasyczna operacja. Wyniki zakończonych dotychczas wieloośrodkowych, randomizowanych badań porównujących skuteczność i bezpieczeństwo klasycznej operacji z zabiegami wewnątrznacyniowymi nie wykazały zdecydowanej przewagi tych ostatnich. Wyniki tych badań nie pozwalają na zalecenie zabiegów wewnątrznacyniowych u wszystkich chorych z objawowymi zwężeniami tętnicy szyjnej wewnętrznej.

Głównym celem przeszłonowej plastyki z założeniem stentu, podobnie jak operacji klasycznej, jest zapobieganie udarowi niedokrwinnemu u chorych z objawowym i wyjątkowo bezobjawowym zwężeniem tętnicy szyjnej wewnętrznej. Z technicznego punktu widzenia głównym celem angioplastyki jest poszerzenie światła tętnicy szyjnej wewnętrznej poprzez założenie stentu i zastosowaniem urządzeń neuroprotekcyjnych. Mimo, że nie przeprowadzono randomizowanych badań porównujących wyniki zabiegów wewnątrznacyniowych z i bez zastosowania urządzeń neuroprotekcyjnych, ich użycie jest zalecane, ponieważ istotnie zmniejsza ryzyko wystąpienia niedokrwienia mózgu w czasie zabiegu. Wybór rodzaju stosowanych urządzeń neuroprotekcyjnych zalecenia pozostawiają do decyzji operatora, opartej na doświadczeniu i preferencjach oraz warunkach anatomicznych i ocenie blaszki miażdżycowej. Każda z metod: proksymalna zamknięcie z odwróceniem kierunku przepływu krwi w tętnicy szyjnej wewnętrznej, dystalne zamknięcie oraz filtry, mają swoje specyficzne wskazania.

Udrożnienie tętnicy szyjnej wewnętrznej nadal pozostaje metodą z wyboru u większości chorych z objawowym i bezobjawowym zwężeniem tętnicy szyjnej wewnętrznej przekraczającym 70 proc. Angioplastyka zwężeń tętnic szyjnych systematycznie zdobywa sobie coraz pewniejsze miejsce wśród metod leczenia objawowych i bezobjawowych zwężeń tętnicy szyjnej wewnętrznej. Ma szczególne zastosowanie u chorych dużego ryzyka operacji klasycznej. Oba sposoby leczenia nie są metodami konkurencyjnymi, ale wzajemnie się uzupełniającymi, gdyż każda z nich jest dedykowana innej grupie chorych [2,4].

2.3. Tętniaki aorty i tętnic obwodowych

Tętniaki aorty i tętnic obwodowych to kolejna grupa chorób tętnic, która jest przedmiotem zainteresowania chirurgii naczyniowej. Najczęściej występują tętniaki aorty. W 80 proc. są to tętniaki aorty brzusznej, a w 20 proc. tętniaki aorty piersiowej. Tętniakiem aorty brzusznej nazywamy poszerzenie aorty poniżej odejścia tętnic nerkowych przekraczające 3 cm lub odcinkowe zwiększenie średnicy aorty o co najmniej 50 proc. w stosunku

do odcinka położonego bezpośrednio powyżej miejsca poszerzenia. Częstość występowania tętniaków aorty brzusznej szacuje się na 7,6 proc. u mężczyzn w wieku powyżej 65 lat, w porównaniu z częstością występowania u kobiet w tej samej grupie wiekowej – 1,3 proc. Z każdą kolejną dekadą częstość występowania tętniaka u mężczyzn zwiększa się o około 6 proc. Choć tętniak aorty brzusznej może nie dawać objawów przez wiele lat, to ostatecznie 1 na 3 pęka, jeśli nie był wcześniej rozpoznany. Współczynnik umieralności ogólnej dla pacjentów z pękniętym tętniakiem aorty brzusznej wynosi 65 proc., a blisko połowa tych zgonów następuje zanim chory dotrze na salę operacyjną. Natomiast śmiertelność pooperacyjna (do 30 dni) dla operacji naprawczych tętniaka aorty w trybie planowym wynosi 3 proc [10,11,12].

Ponad 90 proc. tętniaków aorty brzusznej jest umiejscowionych poniżej odejścia tętnic nerkowych. W ostatnich latach stale wzrasta liczba rozpoznawanych i operowanych tętniaków aorty brzusznej. Jest to spowodowane dwoma przyczynami: istotnym wydłużeniem długości życia oraz powszechną dostępnością badań obrazowych, zwłaszcza ultrasonografii.

Ze względu na budowę ściany tętniaka rozróżniamy: tętniaki prawdziwe, których ściana składa się ze wszystkich warstw, tętniaki rzekome, których ścianę stanowi jedynie jedna z warstw, zwykle przydanka lub co jest znacznie częstsze, torebka łącznotkankowa otaczająca wynaczynioną w wyniku przerwania ciągłości tętnicy krew oraz tętniaki rozwarstwiające, których ściana jest rozwarstwiona strumieniem krwi. Tętniaki aorty brzusznej są zwykle tętniakami prawdziwymi, rzadziej rozwarstwiającymi i tylko wyjątkowo spotyka się tętniaki rzekome. Prawdziwe tętniaki aorty brzusznej mają najczęściej kształt wrzecionowaty, znacznie rzadziej workowaty.

Objawy

Objawy tętniaka aorty brzusznej zależą od jego wielkości i stadium klinicznego. Wyróżniamy następujące postacie kliniczne tętniaków aorty brzusznej: tętniaki bezobjawowe, objawowe, pęknięte, zapalne, zakażone, embolizujące i rozwarstwiające.

Tętniak bezobjawowy

W 65-75 proc. tętniak aorty brzusznej nie daje objawów klinicznych. W 75 proc. jest przypadkowo rozpoznawany w czasie badania obrazowego jamy brzusznej (najczęściej ultrasonografii) wykonywanego z innej przyczyny. Niewielki odsetek chorych skarży się na uczucie tętnienia i pełności w jamie brzusznej. Badaniem palpacyjnym jedynie u 20-25 proc. chorych udaje się wyczuć tętniaka. Ryzyko pęknięcia bezobjawowego tętniaka o średnicy mniejszej niż 5,5cm jest bardzo małe.

Tętniak objawowy

Objawy pojawiają się wraz z powiększeniem się średnicy tętniaka. Średnica tętniaka zwiększa się przeciętnie o 3-5 mm rocznie. Objawy zgłaszane przez chorych związane są z uciskiem wywoływanym przez worek tętniaka na okoliczne narządy. Tętniak może uciskać dwunastnicę, powodując utrudnienie pasaży pokarmowego a nawet okresowe wymioty. Chorzy skarżą się na rozlane, trudne do umiejscowienia bóle brzucha. Tętniak uciskając żyłę główną dolną i/lub żyły biodrowe, może spowodować zaburzenia odpływu krwi żyłnej z kończyn, a nawet zakrzepicę żył głębokich. Duży tętniak aorty brzusznej może uciskać moczowód, powodując zastój moczu i bóle w okolicy lędźwiowej. Najczęściej jednak chorzy skarżą się na bóle w okolicy krzyżowej i lędźwiowej, promieniujące do krocza, pachwin i ud. Dolegliwości te są wywołane uciskiem worka tętniaka na sploty i pnie nerwowe okolicy kręgosłupa lędźwiowego. U większości chorych tętniak jest wyczuwalny badaniem palpacyjnym. Rocznie pęka blisko 50 proc. tętniaków objawowych. Objawowy tętniak aorty brzusznej jest wskazaniem do pilnej operacji [10,11].

Tętniak pęknięty

Pęknięcie jest najgroźniejszym powikłaniem tętniaka aorty brzusznej. Ryzyko pęknięcia zwiększa się wraz ze średnicą tętniaka. Tętniaki o średnicy <5cm pękają u 0,4 do 5 proc. w ciągu roku, o średnicy 5-6 cm u 4-15

proc. chorych, o średnicy 6-7 cm u 10-20 proc., o średnicy 7-8 cm u 20-40 proc., a o średnicy przekraczającej 8 cm u 30-50 proc. chorych. Najczęściej dochodzi do pęknięcia tętniaka do przestrzeni pozaotrzewnowej. W chwili pęknięcia i gwałtownego wynaczynienia krwi chorzy odczuwają nagły, silny ból w okolicy lędźwiowej, promieniujący do okolicy krzyżowej, krocza, podbrzusza i pachwin. Pojawienie się bólu połączone jest zwykle z zasłabnięciem, które może być pierwszym objawem rozwijającego się wstrząsu krwotocznego. Ciasna przestrzeń zaotrzewnowa daje możliwość zwykle przejściowego ograniczenia lub nawet zatrzymania krwawienia w mechanizmie wyrównania ciśnień w aorcie i przestrzeni pozaotrzewnowej. Znacznie rzadziej tętniaki pękają do wolnej jamy otrzewnej, dwunastnicy czy żyły głównej dolnej. Ten rodzaj pęknięcia powoduje masywny krwotokłączony z szybko narastającym wstrząsem krwotocznym i bólami brzucha, objawy masywnego krwotoku do przewodu pokarmowego lub objawy nadciśnienia w układzie żylnym dolnej połowy ciała [10,11,13,14].

Tętniak zapalny

Tętniaki zapalne stanowią 3,5 do 12 proc. wszystkich tętniaków. Istotą choroby jest znaczne pogrubienie ściany tętniaka aorty brzusznej połączone z dużym naciekiem zapalnym wszystkich otaczających tkanek i narządów. Nacieki obejmują zwykle dwunastnicę, kreskę oraz pętlę jelita cienkiego, kreskę esicy i esicę, tętnice i żyły nerkowe oraz moczowody. Chorzy skarżą się na bóle brzucha, nudności i wymioty. Jeśli dochodzi do wciągnięcia moczowodu i powstania wodonercza, chorzy zgłaszają typowe bóle w okolic lędźwiowej. W badaniu przedmiotowym stwierdza się podwyższoną ciepłotę ciała i bolesny opór w jamie brzusznej. W badaniach dodatkowych stwierdza się znacznie zwiększone OB i leukocytozę. Wodonerczu towarzyszy podwyższenie poziomu mocznika i kreatyniny oraz krwimocz.

Tętniak zakażony

Jest to bardzo rzadka postać tętniaka aorty brzusznej. Do bakteryjnego zakażenia ściany tętniaka dochodzić może przez ciągłość z okolicznych tkanek lub narządów albo drogą krwi u chorych z zakażeniem uogólnionym. Przyczyną zakażenia są najczęściej gronkowce oraz salmonella. W tej postaci tętniaka aorty brzusznej bardzo często stwierdza się wysoką gorączkę i zły stan ogólny wynikający z ogólnego zakażenia.

Tętniak embolizujący

Jest to postać tętniaka powodująca występowania zatorów obwodowych. Odrywające się fragmenty skrzepliny z worka tętniaka zamykają tętnice kończyn dolnych. Może to być przyczyną ostrego niedokrwienia kończyny, jeśli duży fragment skrzepliny zatrzyma się w rozwidleniu tętnicy biodrowej, udowej lub podkolanowej. Częściej dochodzi do zamknięcia małymi skrzeplinami tętniczek palców, co wywołuje ból i sine lub ciemnoniebieskie zabarwienie skóry (objaw „sinego palucha”).

Tętniak rozwarstwiający

Istotą choroby jest rozwarstwienie ściany aorty, którego początkiem jest zwykle rozdarcie błony wewnętrznej aorty. Strumień krwi wpływający pod błonę wewnętrzną powoduje jej oddzielenie z wytworzeniem fałszywego kanału przepływu. Wzrost ciśnienia w kanale fałszywym może spowodować znacznie zmniejszenie światła i tym samym przepływu w kanale prawdziwym. Jeśli rozwarstwienie obejmuje gałęzie trzewne (tętnice nerkowe, kreskową górną i dolną, pień trzewny) może dojść do niedokrwienia nerek, jelit, żołądka, wątroby. Gdy rozwarstwienie obejmuje tętnice biodrowe wspólne, zewnętrzne lub udowe może dojść do niedokrwienia kończyn dolnych. Rozwarstwienie aorty występuje najczęściej w jej odcinku piersiowym, a rozwarstwienie aorty brzusznej jest jedynie jej następstwem. Izolowane rozwarstwienie aorty brzusznej jest rzadkie. Objawem rozwarstwienia ściany aorty brzusznej jest nagły, bardzo silny ból w okolic lędźwiowej i krzyżowej, promieniujący do pachwin, krocza i ud. Jeśli rozwarstwienie obejmuje jedną lub obie tętnice biodrowe wspólne, zewnętrzne lub udowe, obserwuje się jednocześnie silne bóle kończyn dolnych wywołane ich niedokrwieniem [11,12,15].

Rozpoznawanie i badania diagnostyczne

Badanie przedmiotowe pozwala na rozpoznanie 65-75 proc. tętniaków aorty brzusznej o średnicy większej niż 5 cm. Stwierdza się wówczas tętniący opór w śródbrzuszu. Bolesność tętniaka występuje u chorych z tętniakami objawowymi i zapalnymi. Trudności w wyczuciu tętniaka mogą wystąpić u chorych otyłych. Niezbędnym elementem badania przedmiotowego u tych chorych jest badanie tętna na tętnicach kończyn dolnych.

Podstawowe znaczenie w rozpoznawaniu tętniaków aorty brzusznej ma obecnie badanie ultrasonograficzne. Pozwala ono ocenić: największą średnicę tętniaka, jego umiejscowienie, rozległość tętniaka, kształt (workowaty, wrzecionowaty), stosunek do tętnic nerkowych, biodrowych wspólnych, kręzkowych, grubość ściany tętniaka, umiejscowienie i rozmiary skrzepliny w worku tętniaka. Badanie ultrasonograficzne jest wystarczające do monitorowania wielkości tętniaka u chorych, u których nie ma wskazań do operacji. Wskazaniem do operacji jest tętniak bezobjawowy o średnicy 55 mm u mężczyzn i 52 mm u kobiet, tętniak objawowy, emblizujący, pęknięty i często rozwarstwiający. Wskazaniem do operacji jest również szybkie powiększenia się tętniaka (>1 cm rocznie) oraz obecność w ścianie tętniaka pęcherzykowatych uwypukleń, będących miejscami zmniejszonej oporności [10,11,12].

Leczenie

Obecnie dysponujemy dwoma doskonałymi metodami leczenia tętniaków aorty brzusznej: wewnątrznaczyniową (implantacja stentgraftu) oraz klasyczną. Metodę wewnątrznaczyniową wykorzystuje się u chorych, u których istnieją przeciwwskazania do operacji klasycznej ze względu na duże ryzyko wystąpienia powikłań pooperacyjnych, głównie kardiologicznych. Do operacji klasycznych kwalifikuje się młodych chorych, bez obciążeń lub takich, u których założenie stentgraftu nie jest możliwe z przyczyn anatomicznych lub technicznych. Celem operacji tętniaka aorty brzusznej jest zapobieżenie pęknięciu, gdyż ilość powikłań i śmiertelność są znacznie większe wśród tych chorych. Do operacji nie kwalifikują się chorzy, których spodziewany okres przeżycia nie przekracza 12 miesięcy (np. chorzy z zaawansowanym uogólnionym procesem nowotworowym) [10,11,14].

2.4. Dostęp naczyniowy do hemodializ

W Polsce na przewlekłą chorobę nerek we wszystkich stadiach zaawansowania cierpi według danych szacunkowych 4,2 mln osób. Spośród nich ponad 21 000 wymaga stałej terapii nerkozastępczej. W 95 proc. terapia nerkozastępcza jest prowadzona za pomocą hemodializ. Tę tendencję widać również w innych krajach rozwiniętych. W krajach rozwiniętych leczenie schyłkowej niewydolności nerek pochłania od 2 do 7 proc. budżetu opieki zdrowotnej. Ze względu na znaczne rozpowszechnienie przewlekłej choroby nerek, najbliższe lata przyniosą zwiększone zapotrzebowanie na wykonywanie dostępów naczyniowych do dializ. Ocenia się, że może to być jeden z głównych rodzajów operacji wykonywanych w ośrodkach chirurgii naczyniowej. Już obecnie liczba wytwarzanych dostępów naczyniowych do dializ jest porównywalna z liczbą operacji rekonstrukcyjnych tętnic obwodowych [16,17].

Do prowadzenia hemodializ u chorych z niewydolnością nerek konieczny jest prawidłowo działający dostęp naczyniowy, umożliwiający cykliczne pobieranie kilkuset mililitrów krwi w ciągu minuty. Dializy zazwyczaj prowadzone są przez 4-5 godzin 3 razy w tygodniu. Początkowo dostęp naczyniowy dla celów dializoterapii stanowiły wkłucia do tętnic i żył obwodowych. Następnie stosowano zewnętrzne przetoki tętniczo-żyłne uzyskiwane poprzez wprowadzenie do tętnicy i żyły, najczęściej żyły odpromieniowej i tętnicy promieniowej, sztywnych teflonowych cewników połączonych na powierzchni skóry giętym łącznikiem, rozłączanym w czasie dializy. Istotny postęp w rozwoju optymalnego dostępu naczyniowego do dializ stanowiło opracowanie, przez Keitha Appela w Nowym Yorku w latach 60. zeszłego wieku, wewnętrznych przetok tętniczo-żylnych. Od tego czasu opisano wiele rodzajów dostępów naczyniowych do dializ – od najbardziej obwodowych przetok między gałęziami tętnicy promieniowej i żyły odpromieniowej wykonywanymi w tabakierce anatomicznej, poprzez przetoki na przedramieniu, ramieniu,

do przetok na kończynie dolnej i skomplikowanych dostępów naczyniowych na klatce piersiowej czy jamie brzusznej. Wprowadzono również do praktyki klinicznej wykorzystywanie protez z materiału biologicznego lub sztucznego oraz stosowanie cewników dializacyjnych wprowadzanych do żył podobojczykowych, szyjnych wewnętrznych lub udowych [18,19].

Dotychczasowe badania wskazują, że spośród dostępów naczyniowych do hemodializ najkorzystniejsze dla chorego są przetoki tętniczo-żyłne. Chorzy dializowani za pomocą cewników dializacyjnych mają krótszy średni czas przeżycia w porównaniu z chorymi dializowanymi przy wykorzystaniu przetok tętniczo-żylnych. Wyniki wielu badań wskazują, że przetoki tętniczo-żyłne wytworzone z naczyń własnych chorego obciążone są najmniejszą liczbą powikłań, wymagają mniej wtórnych zabiegów naprawczych oraz odznaczają się większą wtórną drożnością w porównaniu z przetokami wytworzonymi z wykorzystaniem protez naczyniowych. Wykazano także, że przetoki wytworzone na przedramieniu z naczyń własnych w porównaniu z dostęпами naczyniowymi do dializ na ramieniu odznaczają się mniejszym ryzykiem wystąpienia powikłań takich jak niedokrwienie obwodowe, tętniaki czy krwiaki. Ponadto koszty utrzymania dostępu naczyniowego do dializ są pięciokrotnie mniejsze u chorych rozpoczynających dializoterapię przy wykorzystaniu przetok wytworzonych z naczyń własnych w porównaniu z chorymi z dostępem naczyniowym wytworzonym z użyciem protez wykonanych z tworzywa sztucznego lub cewnikami dializacyjnymi. Dlatego większość autorów i towarzystw naukowych zaleca stosowanie przetok tętniczo-żylnych wykonanych z naczyń własnych chorego, przede wszystkim na przedramieniu, jako najkorzystniejszego dostępu naczyniowego do dializ. Przetoki tętniczo-żyłne są obecnie uznawane za najlepszy dostęp naczyniowy do dializ, niemniej jednak obciążony znacznym odsetkiem niepowodzeń i powikłań. W przypadku odpowiedniej opieki w okresie narastającej niewydolności nerek, polegającej między innymi na zapobieganiu uszkodzeniom żył powierzchownych kończyn górnych, u około 60-70 proc. chorych zakwalifikowanych do dializoterapii z użyciem przedoperacyjnego badania dopplerowskiego istnieje możliwość wytworzenia przetoki tętniczo-żyłnej, a u 40-50 proc. pierwotną przetokę można wytworzyć z naczyń własnych na przedramieniu [16].

Kwalifikacja chorych do wytworzenia przetoki dializacyjnej

Obecnie zaleca się kwalifikację chorych do wytworzenia przetoki tętniczo-żyłnej, co najmniej 6 miesięcy przed spodziewanym rozpoczęciem leczenia nerkozastępczego. Chorzy z klirensiem kreatyniny mniejszym niż 30 ml/min/1,73 m², co odpowiada czwartemu stopniowi przewlekłej niewydolności nerek, powinni być poinformowani o wszystkich możliwych sposobach leczenia nerkozastępczego. U tych chorych nie powinno się nakłuwać żył typowo wykorzystywanych do wytworzenia przetok tętniczo-żylnych oraz wprowadzać cewników do żył podobojczykowych. Wszystkie konieczne kaniulacje żył powinny być wykonywane na naczyniach dłoni niezależnie od większej bolesności. Chorzy z klirensiem kreatyniny w granicach 20-25 ml/min/1,73 m² powinni być kwalifikowani do wytworzenia pierwszego dostępu naczyniowego do dializ. Wcześniejsze, niż rozpoczęcie dializ, wytworzenie dostępu naczyniowego pozwala na wykonanie ewentualnych interwencji koniecznych do uzyskania prawidłowo działającej przetoki bez konieczności stosowania czasowych cewników dializacyjnych [18].

W trakcie kwalifikacji zalecane jest przedoperacyjne badanie kliniczne i obrazowe naczyń, wykorzystywanych do wytworzenia przetoki tętniczo-żyłnej. W badaniu klinicznym ocenia się obecność i cechy tętna na tętnicy doprowadzającej, drożność i średnicę żyły, krętość jej przebiegu i wyczuwalne zgrubienia. Więcej informacji o naczyniach można uzyskać za pomocą badań obrazowych, zwłaszcza ultrasonografii dopplerowskiej. Rutynowe wykonywanie przedoperacyjnego badania naczyń metodą ultrasonografii dopplerowskiej, zwane mappingiem, zwiększyło liczbę dostępów dializacyjnych wytwarzanych z wykorzystaniem naczyń własnych chorego. Badanie ultrasonograficzne zmniejsza liczbę niepotrzebnych dyskwalifikacji z wytworzenia przetoki tętniczo-żyłnej, zwłaszcza obwodowej. W ostatnich latach wraz ze wzrostem jakości i dostępności badań ultrasonograficznych ograniczeniu uległa rola klasycznej angiografii, która jako badanie inwazyjne stosowane jest jedynie u chorych po wielu operacjach rekonstrukcyjnych dostępu naczyniowego lub w razie wątpliwości wynikających z badania metodą ultrasonografii dopplerowskiej [19,20,21].

2. 5. Przewlekła choroba żylna (żylaki kończyn dolnych, owrzodzenia żyłne goleni)

Rozpowszechnienie przewlekłej niewydolności żylniej stawia tę grupę chorób wśród najczęściej występujących chorób układu krążenia. Wyniki największego jak dotychczas epidemiologicznego badania przeprowadzonego w Polsce przez prof. A. Jawienia wskazują, że objawy przewlekłej choroby żylniej ma w Polsce 49 proc. osób dorosłych, w tym 38 proc. mężczyzn i 51 proc. kobiet. Najbardziej zaawansowana postać przewlekłej niewydolności żylniej, jaką jest żyłne owrzodzenie goleni dotyczy 1,5 proc. dorosłej populacji. Zarówno przewlekła niewydolność żylna jak i owrzodzenie żyłne goleni zdecydowanie częściej występują u ludzi w wieku podeszłym, zwiększając częstość występowania wraz z wiekiem. Koszty przewlekłego leczenia owrzodzenia żylnego goleni, niezdolności do pracy jak również niejednokrotnie trwałego inwalidztwa ponosi zarówno chory, jak i w znacznej części budżet państwa. Brak wystarczającej świadomości tej choroby w społeczeństwie, a często także wśród lekarzy oraz brak systemu szybkiego rozpoznawania sprawia, że chorzy z żylnym owrzodzeniem goleni są leczeni w oparciu o metody nierokujące szybkiej poprawy i powrotu do normalnego funkcjonowania i zwykle zbyt późno. Leczenie przewlekłej niewydolności żylniej nie musi być prowadzone przez specjalistyczne poradnie i ośrodki chirurgii naczyniowej. Główne obciążenia leczeniem zachowawczym (kompresjoterapia, leczenie żylnych owrzodzeń goleni) powinny odbywać się w poradniach podstawowej opieki zdrowotnej. Specjalistycznej opieki i operacji wymagają chorzy z zaawansowanymi postaciami choroby, grożącymi powikłaniami. W Polsce wykonano w 2014 r. 45 065 operacji żył u chorych z przewlekłą niewydolnością żylną.³ Terminu przewlekła choroba żylna (PChŻ) używa się do opisu zarówno widocznych klinicznie, jak i funkcjonalnych zaburzeń obwodowego układu żylnego. PChŻ można zdefiniować jako „(jakąkolwiek) morfologiczną i funkcjonalną nieprawidłowość układu żylnego trwającą przewlekłe i manifestującą się poprzez występowanie objawów podmiotowych i/lub przedmiotowych wskazujących na potrzebę przeprowadzenia badań i/lub wdrożenia adekwatnego leczenia.”

WWg doniesień, występowanie PChŻ w dorosłej populacji sięga aż 60 proc. badanych, i w szczególności dotyczy populacji krajów rozwiniętych. PChŻ jest w chwili obecnej istotnym źródłem dolegliwości zgłaszanych przez pacjentów, jak również znacząco wpływa na koszty opieki zdrowotnej.

Patofizjologia

Uważa się, że mikrokrażenie odgrywa kluczową rolę w powstawaniu objawów typowych dla PChŻ. W zaawansowanych przypadkach, charakteryzujących się znacznym nadciśnieniem żylnym, dochodzi do otwarcia przetok tętniczo-żylnych ze wstecznym przepływem krwi co prowadzi do wenulizacji tętniczek. Leukocyty obojętnochłonne przyklejają się do śródbłonna naczyń włosowatych i utrudniają przepływ krwi (tzw. pułapka leukocytarna). Nagromadzone leukocyty ulegają aktywacji uwalniając wolne rodniki tlenowe, które uszkadzają śródbłonek naczyniowy i okoliczne tkanki. Dochodzi do patologicznego przemieszczania się osocza krwi poza łożysko naczyniowe, powodującego obrzęk i stan zapalny. W efekcie prowadzi to do martwicy komórek.

PChŻ powoduje także wrodzone choroby żył. Zaliczamy do nich: żylaki pierwotne, żylaki wtórne bezpośrednio związane z wrodzoną niewydolnością żył głębokich, naczyniaki żyłne, przetoki tętniczo-żyłne oraz pierwotną niewydolność zastawek żylnych.

Żylaki pierwotne

Najczęściej mamy do czynienia z pierwotną niewydolnością żył kończyn dolnych, charakteryzującą się obecnością żylaków w zakresie żyły odpiszczelowej (85 proc.) oraz odstrzałkowej (15 proc.). Żylaki definiujemy jako chorobowo zmienione żyły, poskręcane, z workowatym poszerzeniem lub wrzecionowatym wydłużeniem z niewydolnością

3 Na podstawie danych NFZ.

zastawek żył powierzchownych i przeszywających, przez co dochodzi do odwrócenia kierunku przepływu krwi (refluku). Do najczęstszych czynników usposabiających do powstania żylaków zaliczymy: płeć, czynniki genetyczne, wiek, rasa, przebyte ciążę, hormonoterapia, otyłość, tryb życia, wady pozycji, brak aktywnego trybu życia, rodzaj wykonywanej pracy.

Zespół pozakrzepowy

Z zespołem pozakrzepowym mamy do czynienia gdy dochodzi do rekanalizacji żył po przebytej uprzednio zakrzepicy z jednoczesnym upośledzeniem funkcji pompy mięśniowej łydki i nadciśnieniem żylnym. Objawy zespołu pozakrzepowego występują też przy niedrożności dużych naczyń żylnych układu głębokiego. Istotą zespołu pozakrzepowego jest nadciśnienie żyłne w objętej procesem chorobowym kończynie. Reflaks i zastój krwi w żyłach głębokich prowadzą do niewydolności żył przeszywających, co powoduje odwrócenie w nich przepływu w kierunku żył powierzchownych. Prowadzi to do zmian zarówno w żyłach powierzchownych jak i tkance podskórnej i skórze. Powstają żylaki wtórne oraz zmiany troficzne skóry i tkanki podskórnej.

Do najczęstszych objawów zespołu pozakrzepowego zaliczamy: odczyn zapalny skóry, często z owrzodzeniem, ból i świąd skóry, obrzęk kończyny, wtórne żylaki, przebarwienia skóry. W zespole pozakrzepowym, poza bólem o charakterze chromania żylnego (uczucie bólu i rozpierania mięśni goleni po przejściu określonego dystansu), dochodzi do owrzodzeń, w skrajnych przypadkach obejmujących cały obwód w 1/3 dalszej goleni. Innym bardzo dokuczliwym objawem są nocne kurcze mięśni goleni. Tkanka podskórna i skóra goleni jest bardzo podatna na zakażenia (zwłaszcza przy owrzodzeniach troficznych), często też dochodzi do rozległych stanów zapalnych połączonych z reakcjami uczuleniowymi na stosowane specyfiki.

Diagnostyka

Instrumentalne badania diagnostyczne mają na celu ocenę stopnia niewydolności zastawek głównych pni żylnych oraz żył przeszywających, służą też do oceny przebytej zakrzepicy żyłnej, stopnia rekanalizacji żył w zespole pozakrzepowym.

Rozwój nowoczesnych nieinwazyjnych technik obrazowania, w postaci przede wszystkim ultrasonografii dopplerowskiej, wyparł w znacznym stopniu techniki inwazyjne (np. flebografia), które są stosowane w wątpliwych diagnostycznie przypadkach. Obecnie metodą z wyboru w diagnostyce PChŻ jest badanie metodą ultrasonografii dopplerowskiej. Badanie to pozwala uzyskać informacje o wydolności zastawek, drożności układu żylnego, przepływie żylnym i tętniczym.

Do badań pomocniczych także stosowanych w diagnostyce PChŻ zaliczamy: Laser-Doppler, rezonans magnetyczny, pletyzmografię cyfrową, fotopletyzmografię, pletyzmografię impedancyjną, termografię – fleboskopię w bliskiej podczerwieni (NIR, near-infrared phleboscropy), oksymetrię przezskórną i kapilaroskopię.

W przypadku niejednoznacznych wyników z badań metodami nieinwazyjnymi, stosuje się metody inwazyjne. Zaliczamy do nich: flebografię klasyczną – badanie kontrastowe z wklucia na stopie, flebografię zstępującą, dynamiczną flebografię zstępującą, flebografię selektywną, flebodynamometrię, fluorometrię i flebografię izotopową.

Leczenie

W zależności od stopnia niewydolności układu żylnego możemy stosować różne metody leczenia. W przypadku wystąpienia pierwszych, często dyskretnych, objawów ważne jest wprowadzenie odpowiednio wcześnie działań mających na celu zapobiegzenie powikłaniom PChŻ. Najczęściej w leczeniu zachowawczym, które ma na celu zmniejszenie ciśnienia w układzie żylnym kończyn dolnych oraz usprawnienie działania pompy mięśniowej, stosujemy: a) kompresjoterapię; b) elewację kończyny; c) fizykoterapię; d) farmakoterapię; e) skleroterapię.

Leczenie żylaków pierwotnych

Celem leczenia jest zlikwidowanie zmienionych żylakowato żył oraz zlikwidowanie refluksu z układu głębokiego do powierzchownego. Każdy sposób leczenia powinien być poprzedzony badaniem dopplerowskim oraz tzw. mappingiem niewydolnych żył i perforatorów. Najczęściej stosowaną metodą jest leczenie operacyjne polegające na podwiązaniu niewydolnego ujścia żyły odpiszczelowej oraz usunięcie jej wraz z żylakami metodą Babcocka. Alternatywnym sposobem leczenia żylaków pierwotnych jest zastosowanie metod endowaskularnych z wykorzystaniem lasera, fal radiowych, pary wodnej czy też klejów polimerowych.

Leczenie zespołu pozakrzepowego

Leczenie zachowawcze jest podstawowym sposobem postępowania ponieważ prowadzone we właściwy sposób daje zadowalające wyniki. Podstawą leczenia jest stopniowany ucisk z zastosowaniem bandażu lub specjalnych pończoch. Dobór stopnia ucisku jest indywidualny, w zależności od objawów zespołu pozakrzepowego. Jako uzupełnienie leczenia stosuje się leki flebotropowe, poprawiające reologię krwi, antykoagulanty, zmniejszające krzepliwość krwi. Bardzo ważnym elementem leczenia jest utrzymanie odpowiedniej higieny owrzodzenia oraz oddzielenie tkanek martwiczych, metodami chirurgicznymi lub z użyciem wspomagających preparatów enzymatycznych.

Leczenie chirurgiczne

1. tradycyjne metody chirurgiczne:
 - a) usuwanie żylaków metodą strippingu,
 - b) operacje niewydolnych perforatorów metodą otwartą (Linton),
2. małoinwazyjne metody chirurgiczne: metoda CHIVA opierająca się na założeniu, że podstawowym problemem klinicznym u chorych z żylakami jest refluks żylny, i na wykonaniu wybiórczego podwiązania i przecięcia żył, co likwiduje falę refluksu, mikroflebektomia, kriochirurgia, krurioskopia (zastępują lub uzupełniają metody tradycyjne),
3. ablacja żylaków za pomocą lasera (EVL), termoablacja radiowa (EVRF) za pomocą aplikatora fal o częstotliwości radiowej, ablacja za pomocą pary wodnej (SVS),
4. skleroterapia (obliteracja) żył przez wstrzyknięcie środka powodującego ich zarośnięcie – najczęściej jako metoda uzupełniająca leczenie operacyjne; wskazana w przypadku małych żylaków podskórnych i śródskórnych (w tym krwawiących), żył przeszywających o średnicy <4 mm oraz teleangiektazji,
5. chirurgia plastyczna zastawek żylnych (eksperymentalnie w nielicznych ośrodkach specjalistycznych).

U chorych, u których PChŻ jest skutkiem przebytej zakrzepicy i nadciśnienia żylnego spowodowanego utrudnieniem odpływu krwi żylną w odcinku biodrowo-udowym, obecnie z powodzeniem wykonuje się wewnątrznaczyniowe zabiegi udroźnienia, plastyki balonowej i stentowania naczyń żylnych w tym odcinku. Dotyczy to zwłaszcza chorych, u których stwierdza się nieprawidłowości leżące u podłoża wystąpienia zakrzepicy, jak np. w zespole ucisku lewej żyły biodrowej (zespół Maya i Thurnera).

Źródła:

1. ASA/ACCF/AHA/AANN/AANS/ACR/ASNR/CNS/SAIP/SCAI/SIR/SNIS/SVM/SVS Guideline on the Management of Patients With Extracranial Carotid and Vertebral Artery Disease A Report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines, and the American Stroke Association, American Association of Neuroscience Nurses, American Association of Neurological Surgeons, American College of Radiology, American Society of Neuroradiology, Congress of Neurological Surgeons, Society of Atherosclerosis Imaging and Prevention, Society for Cardiovascular Angiography and Interventions, Society of Interventional Radiology, Society of NeuroInterventional Surgery, Society for Vascular Medicine, and Society for Vascular Surgery Developed in Collaboration With the American Academy of Neurology and Society of Cardiovascular Computed Tomography. *J Am Coll Cardiol* 2011;57:e16-e94.
2. ESC Guidelines on the diagnosis and treatment of peripheral artery diseases Document covering atherosclerotic disease of extracranial carotid and vertebral, mesenteric, renal, upper and lower extremity arteries. The Task Force on the Diagnosis and Treatment of Peripheral Artery Diseases of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart Journal* 2011 32, 2851–2906.
3. Brott T.G., Hobson R.W. 2nd, Howard G., Roubin G.S., Clark W.M., Brooks W., et al.: Stenting versus endarterectomy for treatment of carotid-artery stenosis. *N Engl J Med* 2010;363:11-23.
4. Liapis C.D., Bell P.R.F., Mikhailidis D., Sivenius J., Nicolaides A., Fernandes e Fernandes J., Biasi G., Norgren L., on behalf of the ESVS Guidelines Collaborators: ESVS guidelines. Invasive treatment for carotid stenosis: indication, techniques. *Eur J Vasc Endovasc Surg*, 2009, 37, suppl.1.
5. Ricotta J.J., AbuRahma A., Ascher E., Eskandri M., Faries P., Lai B.K., Update Society for Vascular Surgery guidelines for management of extracranial carotid disease. *J Vasc Surg*, 2011, 54, e1-e31
6. Silver F.L., Mackey A., Clark W.M., Brooks W., Timaran C.H., Chiu D., Goldstein L.B., Meschia J.F., Ferguson R.D., Moore W.S., Howard G., Brott T.G., CREST Investigators. Safety of stenting and endarterectomy by symptomatic status in the Carotid Revascularization Endarterectomy Versus Stenting Trial (CREST). *Stroke*. 2011 Mar;42(3):675-80.
7. The SPACE Collaborative Group. 30 day results from the SPACE trial of stent-protected angioplasty versus carotid endarterectomy in symptomatic patients: a randomised non-inferiority trial. *Lancet* 2006; 368: 1239–47.
8. Mas J.L., Trinquart L., Leys D., Albucher J.F., Rousseau H., Viguier A., Bossavy J.P., Denis B., Piquet P., Garnier P., Viader F., Touzé E., Julia P., Giroud M., Krause D., Hosseini H., Becquemin J.P., Hinzelin G., Houdart E., Hénon H., Neau J.P., Bracard S., Onnient Y., Padovani R., Chatellier G., EVA-3S investigators. Endarterectomy Versus Angioplasty in Patients with Symptomatic Severe Carotid Stenosis (EVA-3S) trial: results up to 4 years from a randomised, multicentre trial. *Lancet Neurol*. 2008 Oct;7(10):885-92.
9. International Carotid Stenting Study investigators, Ederle J., Dobson J., Featherstone R.L., Bonati L.H., van der Worp H.B., et al., Carotid artery stenting compared with endarterectomy in patients with symptomatic carotid stenosis (International Carotid Stenting Study): an interim analysis of a randomised controlled trial. *Lancet* 2010;375:985-97.
10. Chaikow E.L., Brewster D.C., Dalman R.L. i wsp., The care of patients with an abdominal aortic aneurysms: The Society for Vascular Surgery practice guidelines. *J Vasc Surg*, 2009, 50, suppl.8S.
11. Moll F.L., Powell J.T., Fraedrich G., Verzini F., Haulon S., Waltham M., van Herwaarden J.A., Holt P.J.E., van Keulen J.W., Rantner B., Schlösser F.J.V., Setacci F., Ricco J-B., Management of abdominal aortic aneurysm. Clinical practice guidelines of the European Society for Vascular Surgery. *Eur J Vasc Endovasc Surg*, 2011, 41, suppl.1.
12. Erbel R., Aboyans V., Boileau C., Bossone E., Bartolomeo R.D., Eggebrecht H., Evangelista A., Falk V., Frank H., Gaemperli O., Grabenwoger M., Haverich A., Jung B., Anolis A.J., Meijboom F., Nienaber C.A., Roffi M., Rousseau H., Sechtem U., Sirnes P.A., Allmen R.S., Vrints C.J., ESC Committee for practice guidelines. 2014 ESC Guidelines on the diagnosis and treatment of aortic disease: document covering acute and chronic aortic diseases of the thoracic and abdominal aorta of the adult. The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Aortic Diseases of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J*, 2014, 35, 2873-

2926.

13. Reimerink J.J., Hoornweg L.L., Vahl A.C., Wisselink W., van den Broek T.A., Legemate D.A., Reekers J.A., Balm R., Amsterdam Acute Aneurysm Trial Collaborators: Endovascular repair versus open repair of ruptured abdominal aortic aneurysms: a multicenter randomized controlled trial. *Ann Surg.* 2013;258:248-56.
14. IMPROVE trial investigators, Powel J.T., Sweeting M.J., Thompson M.M., Ashleigh R., Bell R., Gomes M., Greenhaolgh R.M., Grieve R., Heatley F., Hinchliffe R.J., Thompson S.G., Ulug P., Endovascular or open repair strategy for ruptured abdominal aortic aneurysm: 30 day outcomes from IMPROVE randomised trial. *BMJ*, 2014, 348, f7661.
15. Lee K., Tang E., Dubois L., Power A.H., DeRose G., Forbes T.L., Durability and survival are similar after elective endovascular and open repair of abdominal aortic aneurysms in younger patients. *J Vasc Surg*, 2015, 61, 636–641.
16. United States Renal Data System. USRDS 2009 annual data report: atlas of end-stage renal disease in the United States. Dostępne na stronie: <http://www.usrds.org/adr>; 27.12.2009.
17. Sidawy A., Spergel L., Besarab A. i wsp., The Society for Vascular surgery: clinical practice guidelines for the surgical placement and maintenance of Arteriovenous hemodialysis access. *J. Vasc. Surg.* 2008; 48: 2S–25S.
18. National Kidney Foundation: K/DOQI Clinical Practice Guidelines for Vascular Access http://www.kidney.org/professionals/kls/pdf/Pharmacist_CPG.pdf; 19.04.2011.
19. Vasquez M., Vascular access for dialysis: recent lessons and new insights. *Curr. Opin. Nephrol. Hypertens.* 2009; 18: 116–121.
20. Couchoud C., Bolignano D., Nistor i wsp., Dialysis modality choice in diabetic patients with end-stage kidney disease: a systematic review of the available evidence. *Nephrol. Dial. Transplant.* 2015;30:310-320.
21. Ethier J., Mendelssohn D.C., Elder S.J. i wsp., Vascular access use and outcomes: an international perspective from the Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study. *Nephrol. Dial. Transplant.* 2008; 23: 3219–3226.

3. ANALIZA DEMOGRAFICZNA POLSKI W KONTEKŚCIE WZROSTU ZAPOTRZEBOWANIA NA ŚWIADCZENIA Z ZAKRESU CHIRURGII NACZYNIOWEJ

Chirurgia naczyniowa jest wyodrębnioną częścią chirurgii zajmującą się leczeniem chorób naczyń krwionośnych i chłonnych, której zasadniczym celem jest leczenie chirurgiczne powikłań i następstw wielu chorób, między innymi takich jak: przewlekłe miażdżycowe niedokrwienie kończyn dolnych, zwężenia pozaczaskowych tętnic mózgowych, w tym przede wszystkim zwężenia tętnic szyjnych, tętniaki aorty i tętnic obwodowych, zespół stopy cukrzycowej oraz przewlekła niewydolność żylna (żylaki kończyn dolnych, owrzodzenia żyłne goleni).

Chirurgia naczyniowa jest tym obszarem medycyny, który wymaga ścisłej współpracy z wieloma innymi specjalizacjami, przede wszystkim angiologią, diabetologią, chorobami wewnętrznymi, endokrynologią, kardiologią i neurologią. Szeroko pojęte choroby naczyniowe rozwijają się przewlekłe, w ciągu całego życia człowieka, osiągając najwyższe nasilenie w wieku starszym.

Kluczowe wyzwania organizacyjno-finansowe dla optymalnego zapewnienia przez państwo dostępu do świadczeń z zakresu chirurgii naczyniowej spowodowane są przez dwa główne czynniki – starzenie się społeczeństwa wraz z wydłużaniem średniej długości życia oraz obciążenia epidemiologiczne wynikające głównie z zaburzeń metabolicznych i sposobu odżywiania, prowadzące bezpośrednio do uszkodzenia naczyń, to głównie choroby układu krążenia, miażdżyca oraz cukrzyca.

Według danych z publikacji prof. dr hab. med. Piotra Andziaka i prof. dr hab. med. Grzegorza Oszkinisa „Choroby tętnic i żył obwodowych jako narastający problem zdrowotny starzejącego się społeczeństwa” rosnąca częstość występowania chorób tętnic i żył obwodowych wraz z wiekiem przy stale wzrastającej przeciętnej długości życia stawia nowe zadania także przed chirurgią naczyniową. W 2010 r. zmarły z ich powodu w Polsce 174 003 osoby, tzn. 456 na każde 100 tys. ludności. Rzeczywisty współczynnik zgonów z powodu miażdżycy tętnic obwodowych (I70) wyniósł w 2009 r. 87/100000 mieszkańców, a w 2010 r. 82,2/100000 mieszkańców.

Według danych Głównego Urzędu Statystycznego ludność Polski w 2010 r. liczyła 38,5 miliona mieszkańców. Pod względem liczby ludności Polska znajduje się na 33 miejscu na świecie i 6 w krajach Unii Europejskiej. Populacja Polski na przestrzeni ostatnich 4 lat zmniejszyła się o ok. 50 tys. mieszkańców i na koniec 2014 r. wynosiła już 38,4 miliona. Na podstawie analiz demograficznych szacuje się, że trend zmniejszania się liczebności populacji Polski będzie się utrzymywał przez kolejne lata.

Prognozy dotyczące kolejnych 35 lat tj. do 2050 r. wskazują, że populacja będzie stopniowo się zmniejszać, prawdopodobnie o ok. 866,8 tys. w stosunku do populacji w 2014 r., w 2050 r. będzie liczyć ok. 37,5 mln. Największe zmiany spodziewane są w grupie wiekowej 15-59, gdzie spadek liczebności populacji jest szacowany na poziomie minus 1 322,71 tys., przy wzroście liczebności populacji w tzw. wieku poprodukcyjnym o ponad 533 tys. Wyniki tych analiz są zgodne z wieloma trendami europejskimi, gdzie również obserwujemy zmniejszające się liczebności populacji oraz starzenie się społeczeństw.

Tabela 2. Prognoza ludności dla Polski na lata 2015-2050

Wyszczególnienie	2015	2030	2050
Zmiana stanu ludności ogółem	-42 746	-556 389	-866 816
Zmiana stanu ludności w wieku 0-14 lat	-22 954	-371 614	-77 219
Zmiana stanu ludności w wieku 15-59 lat	-279 656	-554 309	-1 322 771
Zmiana stanu ludności w wieku 60 lat i więcej	259 864	369 534	533 174

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS.

Analizując rozkład wiekowy populacji Polski można zauważyć, że na przestrzeni ostatnich kilku lat tj. od 2010 r. liczebność grupy najstarszej tj. 65 i więcej lat zwiększyła się o ponad 585 tys. mieszkańców, a populacja w wieku 15-64 lata zmniejszyła się o 640 tys. mieszkańców. Wskazuje to niestety na zgodne z trendami europejskimi starzenie się społeczeństwa polskiego, które to starzenie będzie się jeszcze nasilało w kolejnych latach.

Poniższa tabela prezentuje zmiany liczebności populacji Polski w ostatnich czterech latach w podziale na grupy wiekowe.

Tabela 3. Populacja Polski w zbiorczych grupach wiekowych

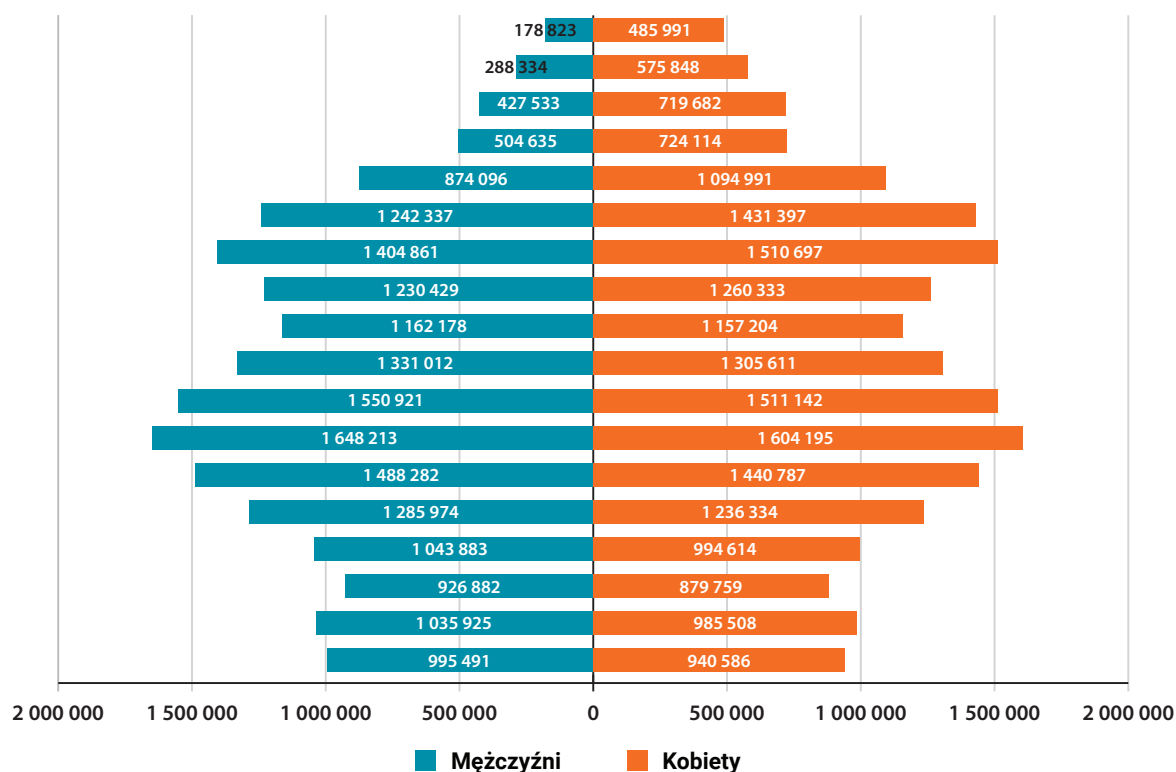
Wyszczególnienie	31 XII 2010	31 XII 2014
Ludność	38 529 866	38 478 602
Ludność w wieku 0-14 lat	5 855 766	5 764 151
Ludność w wieku 15-64 lat	27 483 691	26 840 404
Ludność w wieku 65 lat i więcej	5 190 409	5 874 047

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS.

Wśród mieszkańców Polski przeważają kobiety. Na przestrzeni ostatnich kilku lat współczynnik feminizacji utrzymywał się na zbliżonym poziomie i wynosił odpowiednio 106,6 w 2010 r. oraz 106,7 w 2014 r. Zjawisko feminizacji jest najbardziej nasilone w najstarszych grupach wiekowych.

Rozkład mieszkańców Polski wg płci i wieku na 31.12.2014 r. prezentuje poniższy graf. Uwidacznia on istotne dysproporcje w rozkładzie populacji pod względem płci. I tak w grupach wiekowych do 50 r.ż. obserwujemy przewagę liczebną mężczyzn, a po 54 r.ż. liczebność populacji kobiet zaczyna znacznie przeważać nad liczebnością mężczyzn.

Wykres 3. Ludność Polski na 31.12.2014 r. wg płci i wieku



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS.

Tabela 4. Ludność Polski wg płci

Wyszczególnienie	31 XII 2010	31 XII 2014
Ludność – ogółem	38 529 866	38 478 602
Mężczyźni – ogółem	18 653 125	18 619 809
Kobiety – ogółem	19 876 741	19 858 793
Współczynnik feminizacji - ogółem	106,6	106,7
Współczynnik feminizacji - miasta	110,6	110,9

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS.

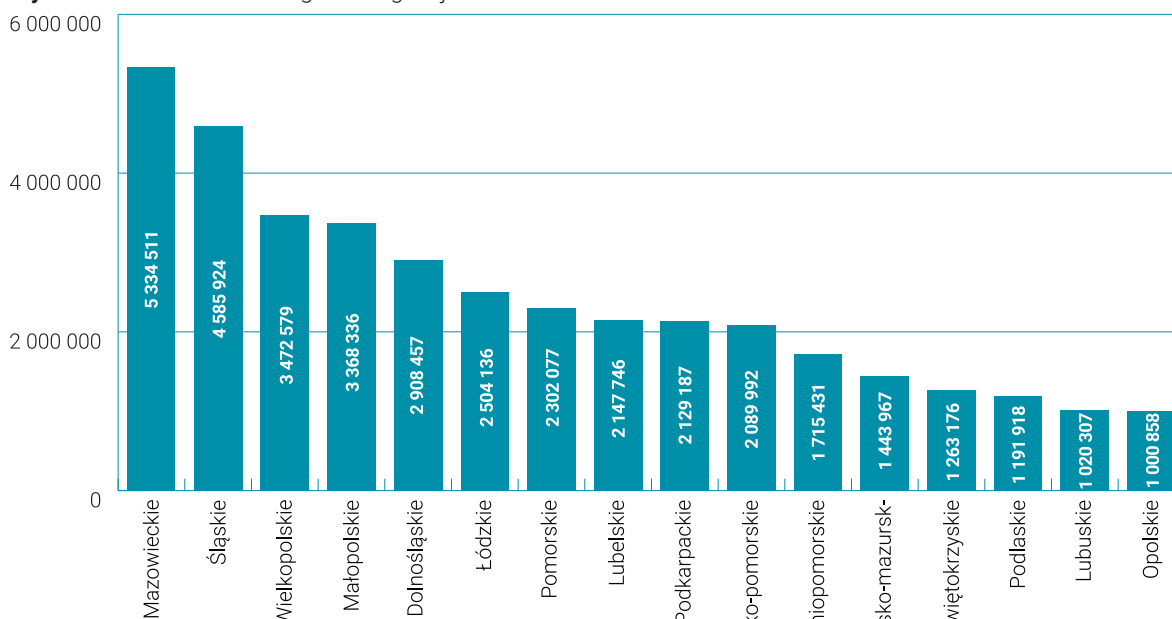
W porównaniu uwzględniającym gęstość zaludnienia, Polska plasuje się w grupie średnio zaludnionych państw europejskich. Na 1 km² powierzchni zamieszkują 123 osoby, w miastach ok. 1082, a na terenach wiejskich 52. Analiza populacji Polski pod kątem miejsca zamieszkania - miasto/wieś, oraz województw ujawnia istotne różnice. Z 38,5 mln Polaków zdecydowana większość, bo 60,3 proc. mieszka w miastach.

Tabela 5. Ludność Polski wg płci i miejsca zamieszkania

Wyszczególnienie	31 XII 2010	31 XII 2014
Ludność – ogółem	38 529 866	38 478 602
Ludność – miasta	23 429 104	23 216 352
Ludność – wieś	15 100 762	15 262 250

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS.

Z kolei analiza rozmieszczenia populacji Polski wg województwa zamieszkania uwidacznia znaczne zróżnicowanie liczebności populacji w poszczególnych województwach. Warto zwrócić uwagę, że dwa najliczniejsze województwa tj. mazowieckie i śląskie zamieszkiwane są przez blisko 10 mln ludzi, co stanowi ponad 25 proc. społeczeństwa, a połowa mieszkańców Polski mieszka w 5 z 16 województw kraju.

Wykres 4. Ludność Polski ogółem wg województw


Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS.

We wszystkich analizach stanu zdrowia polskiego społeczeństwa zwraca uwagę utrzymujące się od lat zjawisko powolnego starzenia się populacji, za które odpowiada wiele czynników. Jednym z nich jest obserwowany od

wielu lat spadek liczby urodzeń. W ciągu ostatnich zaledwie 4 lat liczba urodzeń zmniejszyła się o ok. 38 tys., tj. o ok. 9 proc. Równocześnie w tym samym okresie liczba zgonów spadła o ok. 2 tys., przy czym warto zwrócić uwagę iż istotnie spadła liczba zgonów mężczyzn, przy równoczesnym wzroście liczby zgonów kobiet. Takie porównania pokazują, że w Polsce nie ma nawet prostej zastępowalności pokoleń, nie mówiąc już o oczekiwanym wzroście liczby urodzeń.

Tabela 6. Urodzenia i zgony z uwzględnieniem płci

Wyszczególnienie	2010	2014
Urodzenia żywe	413 300	375 160
Urodzenia żywe - chłopcy	214 428	193 091
Urodzenia żywe - dziewczynki	198 872	182 069
Zgony	378 478	376 467
Zgony mężczyzn	199 833	195 791
Zgony kobiet	178 645	180 676
Zgony na 1000 ludności	9,8	9,8

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS.

Dodatkowo w dalszym ciągu wzrasta przeciętne dalsze trwanie życia zarówno kobiet, jak i mężczyzn, które w 2014 r. wyniosło dla kobiet 81,6 lat, a dla mężczyzn 73,7 lat. Mimo że średnia długość życia w Polsce sukcesywnie wzrasta, w porównaniu z innymi krajami UE – czas życia Polaków jest krótszy o ok. 2 lata dla kobiet i o ok. 4,6 lat dla mężczyzn.

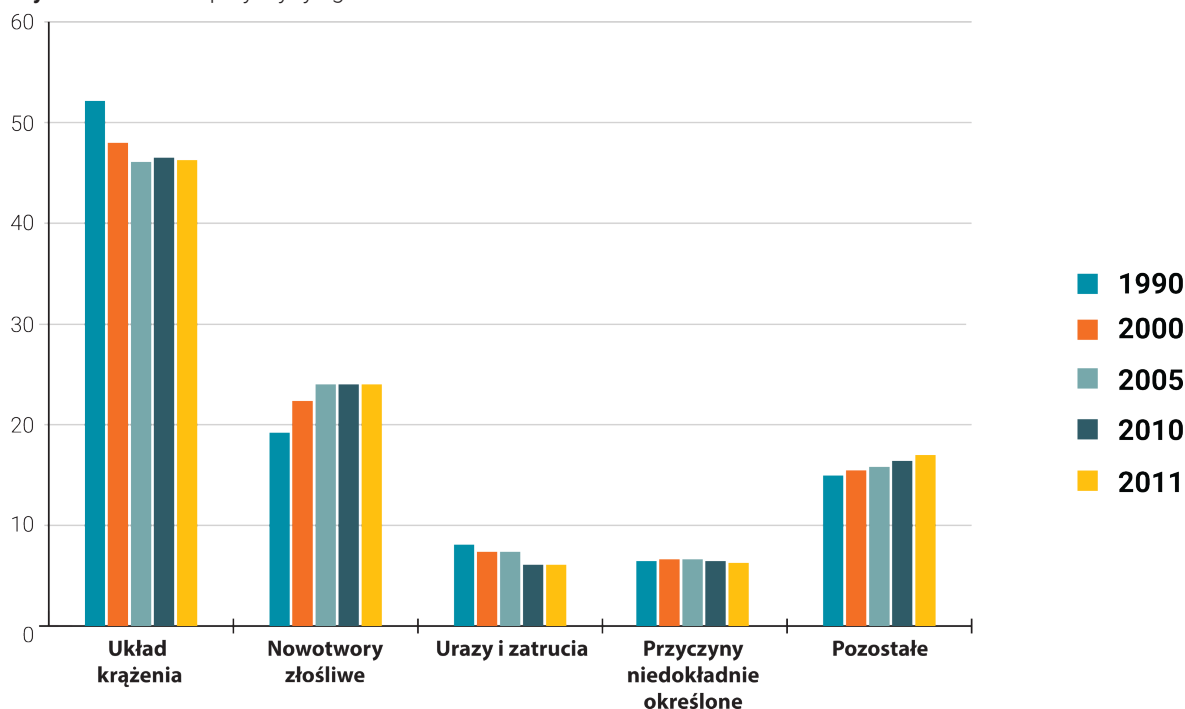
Wykres 5. Przeciętne dalsze trwanie życia (ex) w latach 2010-2014



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS.

Analizy umieralności wskazują, że w 2013 r. w Polsce zmarło ponad 387 tys. osób, tj. o ponad 2 tys. więcej niż w 2012 r., współczynnik umieralności wyniósł 10,1 ‰ (wobec 10,0 ‰ w 2012 r.). W ogólnej liczbie osób zmarłych blisko 53 proc. stanowili mężczyźni.

Głównymi przyczynami zgonów są choroby układu krążenia i choroby nowotworowe, stanowią one ponad 70 proc. wszystkich zgonów, trzecią grupą przyczyn są urazy i zatrucia (6,2 proc.).

Wykres 6. Główne przyczyny zgonów w Polsce


Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS.

W zakresie umieralności z powodu chorób układu krążenia od kilkunastu lat obserwuje się stopniową poprawę – w 2012 r. były one przyczyną ok. 46 proc. wszystkich zgonów, podczas gdy na początku lat 90. XX w. stanowiły ok. 52 proc., zaś na przełomie stuleci – ok. 48 proc. Wśród kobiet umieralność w wyniku chorób układu krążenia jest zdecydowanie wyższa.

Również na przestrzeni kilkunastu lat obserwowany jest nieznaczny spadek liczby zgonów spowodowanych urazami i zatruciami. W ostatnich latach stanowiły one niespełna 7 proc. wszystkich zgonów ludności Polski, w porównaniu do 8 proc. na początku lat 90-tych. Tendencja spadkowa silniej zaznaczona jest w populacji mężczyzn niż kobiet. Przyczyny zewnętrzne zgonów, głównie w postaci urazów i zatruc, w minionych latach stanowiły istotne zagrożenie dla mężczyzn – współczynnik zgonów w tej grupie jest ok. 4-krotnie wyższy dla mężczyzn niż dla kobiet.

Przy korzystnych trendach dotyczących chorób układu krążenia oraz urazów i zatruc, jednocześnie obserwujemy narastanie udziału zgonów powodowanych chorobami nowotworowymi. Jeszcze w 1990 r. nowotwory złośliwe były przyczyną prawie 19 proc. zgonów, a w 2006 r. stanowiły już ponad 25 proc. wszystkich zgonów (26 proc. wśród mężczyzn i 23 proc. wśród kobiet).

Prognozy dotyczące przyczyn zgonów dla regionu europejskiego, opracowane przez ekspertów Światowej Organizacji Zdrowia, zakładają utrzymanie wymienionych chorób jako wiodących w strukturze zgonów do 2025 r.

Struktura zgonów i umieralności według przyczyn jest zróżnicowana w zależności od wieku osób zmarłych. Wśród osób poniżej 65 r.ż. nowotwory złośliwe są najczęstszą przyczyną umieralności, stanowiąc ponad 30 proc. wszystkich zgonów. Kolejną grupą są choroby układu krążenia (ponad 27 proc.) oraz urazy i zatrucia (blisko 15 proc.). Sytuacja jest odmienna w przypadku zgonów osób w wieku 65 lat i więcej, ponad połowę wszystkich przyczyn zgonów w tej grupie wieku stanowią choroby układu krążenia, kolejne 22 proc. nowotwory złośliwe oraz 6 proc. choroby układu oddechowego, tj. prawie dwukrotnie więcej niż w grupie osób poniżej 65 lat.

Tabela 7. Zgony wg województw w 3 głównych grupach zgonów w Polsce

Województwo	Nowotwory ogółem		Choroby układu krążenia ogółem		Zewnętrzne przyczyny zachorowania i zgonu - ogółem	
	2008	2013	2008	2013	2008	2013
Łódzkie	7026	7296	14529	13613	2088	1793
Mazowieckie	13385	13579	24490	25356	3778	3542
Małopolskie	7632	7920	14526	14683	1752	1609
Śląskie	12317	13172	21900	22930	3166	2868
Lubelskie	5170	5135	11445	10952	1569	1327
Podkarpackie *	4315	4298	8905	9401	1155	1013
Podlaskie	2790	2945	4871	5215	802	751
Świętokrzyskie	3227	3251	6703	7337	883	763
Lubuskie	2479	2564	4052	4384	637	582
Wielkopolskie	8312	8468	13606	13563	2323	1657
Zachodniopomorskie	4281	4661	7169	7720	1269	1038
Dolnośląskie	7729	7808	14613	14442	1874	1699
Opolskie	2458	2657	4824	4604	586	482
Kujawsko-Pomorskie	5427	5585	9187	8882	1166	1103
Pomorskie	5500	5804	7038	8453	1336	1318
Warmińsko-Mazurskie	3472	3788	5085	5898	969	893

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS.

Analizując współczynniki zgonów w grupie chorób układu krążenia z uwzględnieniem wieku pacjentów, widoczne staje się, że choroby te są istotną przyczyną zgonów osób po 65 r.ż.

Tabela 8. Zgony wg województw z uwzględnieniem wieku

Województwo	Zgony osób z powodu chorób układu krążenia na 100 tys. ludności		Zgony osób w wieku do 65 lat z powodu chorób układu krążenia na 100 tys. ludności w tym wieku	
	2008	2013	2008	2013
Łódzkie	569,4	540,7	115,4	102,6
Mazowieckie	471,4	477,8	98,6	97,3
Małopolskie *	442,5	437,4	79,0	70,8
Śląskie *	471,1	497,8	106,9	104,9
Lubelskie	529,0	506,9	85,4	81,6
Podkarpackie *	424,6	441,6	71,3	74,1
Podlaskie	408,7	435,9	64,6	55,6
Świętokrzyskie	526,3	577,6	98,1	106,1
Lubuskie	401,7	428,9	100,3	111,3
Wielkopolskie	401,2	391,6	83,3	78,7
Zachodniopomorskie	423,6	448,9	100,3	102,4
Dolnośląskie	508,0	496,1	115,6	107,6
Opolskie	466,2	457,2	93,1	92,1
Kujawsko-Pomorskie	444,6	424,1	95,2	95,0
Pomorskie	317,7	368,7	78,9	86,1
Warmińsko-Mazurskie	356,5	407,2	82,1	94,6

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS.

W Polsce podobne przyczyny jak w przypadku zgonów obserwuje się w zakresie leczenia szpitalnego. W 2010 r. hospitalizowano w Polsce 3 041 tys. mężczyzn (1721,6 na 10 tys.) i 37 121 tys. kobiet (1760,8 na 10 tys.). Najczęstszą przyczyną hospitalizacji w Polsce są choroby układu krążenia (15 proc.), urazy i zatrucia (9,6 proc.), choroby nowotworowe ogółem (9 proc.), oraz choroby układu moczowo-płciowego i trawiennego (po około 8 proc.).

Dynamika hospitalizacji w Polsce miała charakter podobny, jak w innych krajach UE w latach osiemdziesiątych. W Polsce od 1999 r. obserwujemy szybszy wzrost liczby hospitalizacji spowodowany zmianą systemu finansowania ochrony zdrowia. Pomimo tej tendencji Polska pozostaje w grupie krajów UE o niższej od średniej częstości hospitalizacji ogółem.

Mężczyźni hospitalizowani są nieco częściej niż kobiety z powodu prawie wszystkich wymienionych przyczyn. Wyjątek stanowią hospitalizacje wynikające z chorób układu moczowo-płciowego, nadciśnienia tętniczego i zaburzeń endokrynologicznych oraz neurologicznych.

Polska różni się od wielu pozostałych krajów Europy wyższymi współczynnikami hospitalizacji z powodu nadciśnienia tętniczego w prawie wszystkich grupach wieku, oraz z powodu występowania zawału serca w młodszym i średnim wieku. Długość pobytu w szpitalu dla wszystkich przyczyn ogółem w Polsce należy do najkrótszych w krajach UE.

4. CHIRURDZY NACZYNIOWI W POLSCE

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) oraz Komisja Europejska podkreślają wagę dostosowania liczebności kadr medycznych do potrzeb zdrowotnych populacji Unii Europejskiej oraz poszczególnych krajów członkowskich.[1]

Przedstawiona statystyka dotyczy chirurgów naczyniowych w Polsce oraz w wybranych krajach Unii Europejskiej. Analiza została opracowana na podstawie danych źródłowych z Centralnego Rejestru Lekarzy RP należącego do Naczelnej Rady Lekarskiej (wg stanu na dzień 31.10.2015 r.)[2], danych Eurostat (dla 2013 r.)[3] oraz danych GUS (na dzień 31.12.2014)[4].

W Polsce na dzień 31.10.2015 r. aktywnie wykonywało zawód 491 specjalistów chirurgii naczyniowej. Stanowiło to 98,99 proc. ogólnej liczby chirurgów naczyniowych (496) z tą specjalizacją. Odnotowano czternaście województw, w których pracowali wszyscy specjaliści chirurgii naczyniowej (100 proc.) oraz dwa województwa, w których aktywnych zawodowo było odpowiednio 94,64 proc. (woj. dolnośląskie) i 98,28 proc. (woj. mazowieckie) chirurgów naczyniowych ogółem.

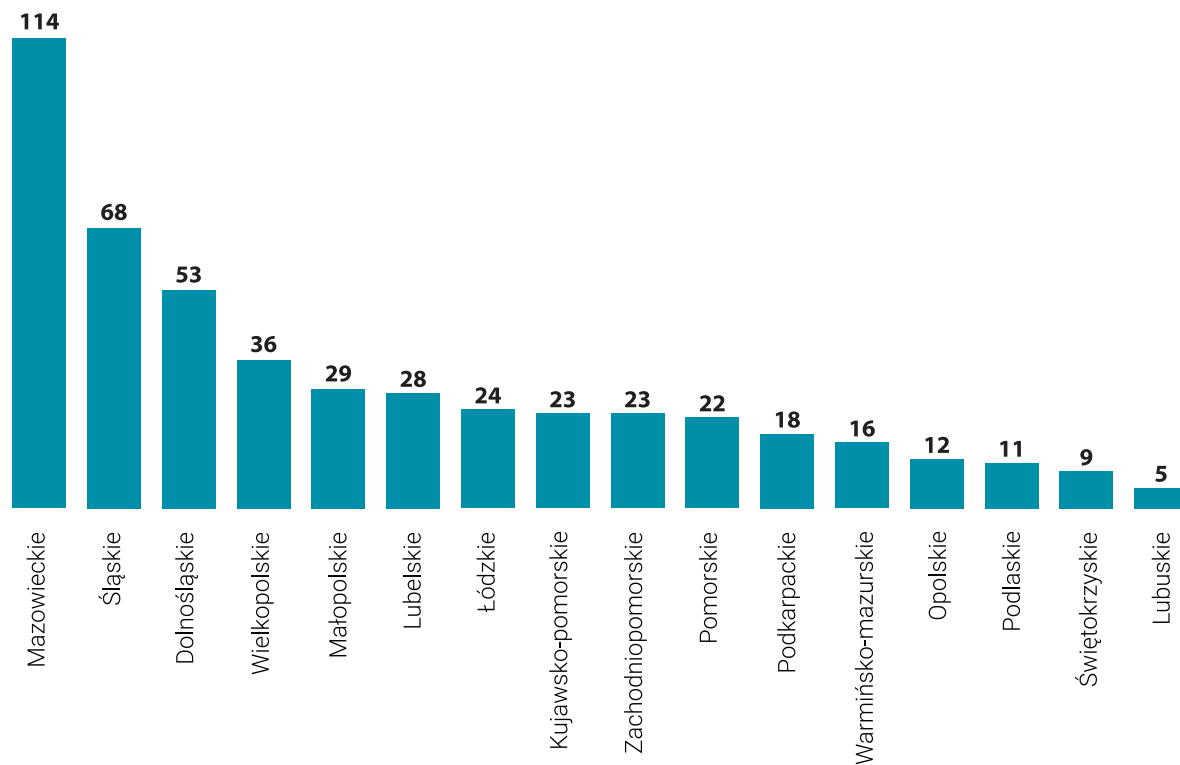
Tabela 9. Zestawienie liczbowe chirurgów naczyniowych wg województw (z uwzględnieniem podziału na lekarzy wykonujących zawód, liczbowo i odsetkowo oraz lekarzy ze specjalizacją ogółem, stan na 31.10.2015 r.)

Województwo	Wykonujący zawód	Ogólna liczba	Odsetek aktywnych zawodowo
Dolnośląskie	53	56	94,64%
Kujawsko-Pomorskie	23	23	100,00%
Lubelskie	28	28	100,00%
Lubuskie	5	5	100,00%
Łódzkie	24	24	100,00%
Małopolskie	29	29	100,00%
Mazowieckie	114	116	98,28%
Opolskie	12	12	100,00%
Podkarpackie	18	18	100,00%
Podlaskie	11	11	100,00%
Pomorskie	22	22	100,00%
Śląskie	68	68	100,00%
Świętokrzyskie	9	9	100,00%
Warmińsko-Mazurskie	16	16	100,00%
Wielkopolskie	36	36	100,00%
Zachodniopomorskie	23	23	100,00%
RAZEM	491	496	98,99%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Centralnego Rejestru Lekarzy RP należącego do Naczelnej Rady Lekarskiej.

Jak wynika z powyższej tabeli, największa liczba chirurgów naczyniowych pracowała w województwie mazowieckim (114 specjalistów), śląskim (68 specjalistów) oraz dolnośląskim (53 specjalistów). Najmniej chirurgów naczyniowych pracowało w województwach lubuskim (5 specjalistów) i świętokrzyskim (9 specjalistów).

Wykres 7. Ranking liczby chirurgów naczyniowych wykonujących zawód wg województw, stan na 31.10.2015 r.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie Centralnego Rejestru Lekarzy RP należącego do Naczelnej Rady Lekarskiej.

Według powyższych danych oraz najnowszych danych GUS obliczono wskaźnik liczby chirurgów naczyniowych aktywnych zawodowo w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców w 2015 r. Najwyższy wskaźnik odnotowano w województwie mazowieckim (2,14 chirurgów naczyniowych/100 tys. mieszkańców), dolnośląskim (1,82/100 tys.) oraz śląskim (1,48/100 tys.). Najniższy wskaźnik stwierdzono w województwie lubuskim (0,49/100 tys.), świętokrzyskim (0,71/100 tys.) oraz podkarpackim (0,85/100 tys.). Średnia wartość wskaźnika dla Polski w 2015 r. wyniosła 1,28 chirurgów naczyniowych na 100 tys. mieszkańców.

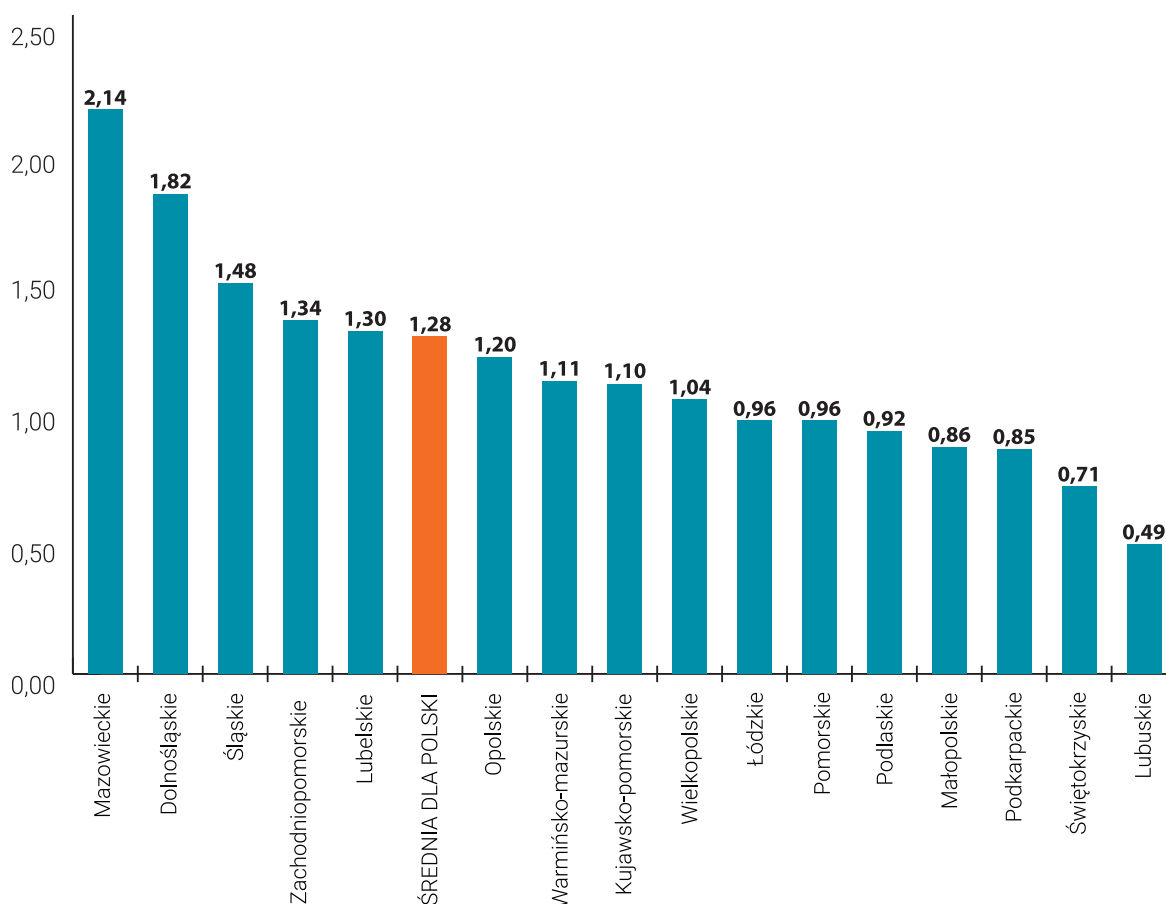
Tabela 10. Wskaźnik liczby chirurgów naczyniowych w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców w ujęciu wojewódzkim w 2015 r.

Województwo	Liczba chirurgów naczyniowych wykonujących zawód (na 100 tys. mieszkańców)
Mazowieckie	2,14
Dolnośląskie	1,82
Śląskie	1,48
Zachodniopomorskie	1,34
Lubelskie	1,30
POLSKA	1,28
Opolskie	1,20
Warmińsko-Mazurskie	1,11
Kujawsko-Pomorskie	1,10
Wielkopolskie	1,04
Łódzkie	0,96
Pomorskie	0,96
Podlaskie	0,92
Małopolskie	0,86
Podkarpackie	0,85

Województwo	Liczba chirurgów naczyniowych wykonujących zawód (na 100 tys. mieszkańców)
Świętokrzyskie	0,71
Lubuskie	0,49

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Centralnego Rejestru Lekarzy RP należącego do Naczelnej Rady Lekarskiej oraz danych GUS.

Wykres 8. Wskaźnik liczby chirurgów naczyniowych w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców w ujęciu wojewódzkim w 2015 r.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie Centralnego Rejestru Lekarzy RP należącego do Naczelnej Rady Lekarskiej oraz danych GUS.

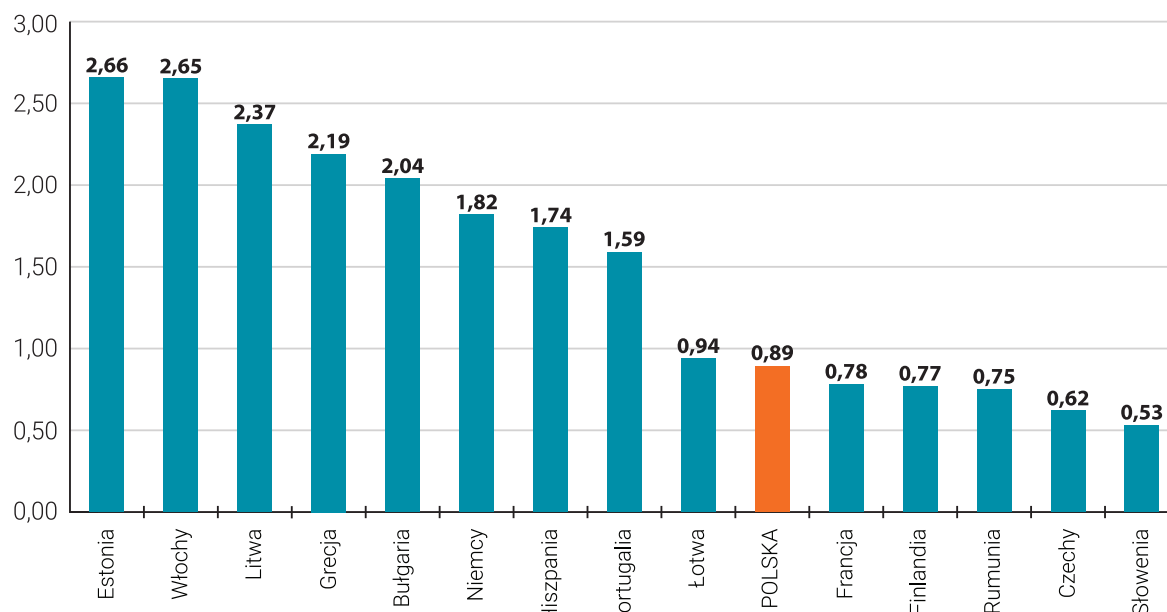
Według danych Eurostatu za 2013 r. najwyższy wskaźnik liczby chirurgów naczyniowych w wybranych krajach Unii Europejskiej (nie wszystkie kraje UE udostępniły dane) występował w Estonii (2,66/100 tys.), we Włoszech (2,65/100 tys.), na Litwie (2,37/100 tys.) i w Grecji (2,19/100 tys.)[3]. Najniższy wskaźnik odnotowano w Słowenii (0,53/100 tys.), Czechach (0,62/100 tys.) i Rumunii (0,75/100 tys.). Polska z parametrem 0,89 chirurgów naczyniowych na 100 tys. mieszkańców plasowała się wśród krajów UE o niskim wskaźniku.

Tabela 11. Wskaźnik liczby chirurgów naczyniowych w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców w wybranych krajach Unii Europejskiej w 2013 r.

Kraj	Liczba chirurgów wykonujących zawód na 100 tys. mieszk.
Estonia	2,66
Włochy	2,65
Litwa	2,37
Grecja	2,19
Bułgaria	2,04
Niemcy	1,82
Hiszpania	1,74
Portugalia	1,59
Łotwa	0,94
POLSKA	0,89
Francja	0,78
Finlandia	0,77
Rumunia	0,75
Czechy	0,62
Słowenia	0,53

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Eurostat.

Wykres 9. Wskaźnik liczby chirurgów naczyniowych na 100 tys. mieszkańców w krajach Unii Europejskiej w 2013 r.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Eurostat.

Biorąc pod uwagę opisane wcześniej najświeższe dane dotyczące wskaźnika liczby chirurgów naczyniowych dla Polski w 2015 r. (1,28/100 tys.). Polska przesuwa się do krajów o średnim wskaźniku liczby chirurgów naczyniowych na 100 tys. mieszkańców. Należy również zauważyć, że jedynie pięć województw w Polsce: mazowieckie, dolnośląskie, śląskie, zachodnio-pomorskie oraz lubelskie, posiada wskaźnik liczby chirurgów naczyniowych na poziomie średniego parametru dla Unii Europejskiej.

Analizując liczbę aktywnych zawodowo lekarzy specjalistów z zakresu chirurgii naczyniowej przypadającą w danym województwie (przy założeniu, że uczestniczą w udzielaniu świadczeń stacjonarnych) w stosunku do liczby świadczeniodawców realizujących świadczenia stacjonarne w rodzaju leczenie szpitalne, zauważyć można istotne różnice w liczbie lekarzy przypadających na jeden ośrodek chirurgii naczyniowej.

Najwyższą liczbę chirurgów naczyniowych wynoszącą 11 lekarzy odnotowano w województwie podlaskim (z tym zastrzeżeniem, że w tym województwie jest to jedyny podmiot realizujący świadczenia w tym zakresie). Z województw, w których świadczenia w tym zakresie są realizowane przez więcej niż przez jednego świadczeniodawcę, najwyższe średnie liczby lekarzy specjalistów przypadające średnio na jednego świadczeniodawcę odnotowano w województwach: łódzkim – 8, wielkopolskim – 7,20 oraz mazowieckim – 7,13. Najmniej lekarzy przypadających średnio na jednego świadczeniodawcę stwierdzono w województwach: świętokrzyskim – 1,80, kujawsko-pomorskim – 2,30 oraz lubuskim – 2,50. Średnia wartość dla Polski w tym zakresie wyniosła 4,72.

Tabela 12. Liczba aktywnych zawodowo chirurgów naczyniowych w przeliczeniu na liczbę świadczeniodawców w rodzaju leczenie szpitalne

Województwo	Liczba chirurgów naczyniowych wykonujących zawód	Liczba świadczeniodawców chirurgii naczyniowej (leczenie szpitalne)	Średnia liczba chirurgów przypadająca na świadczeniodawcę
Dolnośląskie	53	8	6,63
Kujawsko-Pomorskie	23	10	2,30
Lubelskie	28	8	3,50
Lubuskie	5	2	2,50
Łódzkie	24	3	8,00
Małopolskie	29	11	2,64
Mazowieckie	114	16	7,13
Opolskie	12	2	6,00
Podkarpackie	18	6	3,00
Podlaskie	11	1	11,00
Pomorskie	22	5	4,40
Śląskie	68	14	4,86
Świętokrzyskie	9	5	1,80
Warmińsko-Mazurskie	16	3	5,33
Wielkopolskie	36	5	7,20
Zachodniopomorskie	23	5	4,60
RAZEM	491	104	4,72

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Naczelnej Izby Lekarskiej.

Źródła:

1. Mladovsky P, Leone T., Specialist human resources for health in Europe: are we ready?, Euro Observer The Health Policy Bulletin of the European Observatory on Health Systems and Policies, Summer 2010, Volume 12, Number 2, HYPERLINK „<http://www.euro.who.int>” www.euro.who.int.
2. Centralny Rejestr Lekarzy RP należący do Naczelnej Rady Lekarskiej, 2015.
3. Dane Eurostat, Physicians by medical speciality-vascular surgeons, 2015.
4. Dane Głównego Urzędu Statystycznego, HYPERLINK „<http://www.stat.gov.pl>” www.stat.gov.pl.

5. CHIRURGIA NACZYNIOWA - KONTRAKTY NFZ W 2015 R.

5.1. Chirurgia naczyniowa w leczeniu szpitalnym

W ramach leczenia szpitalnego Narodowy Fundusz Zdrowia na 2015 r. zawarł umowy na świadczenia w zakresie chirurgii naczyniowej o wartości 518 mln zł ze 104 świadczeniodawcami⁴.

Tabela poniżej przedstawia liczbę świadczeniodawców realizujących umowy w powyższym zakresie w poszczególnych OW NFZ.

Tabela 13. Liczba świadczeniodawców, którzy posiadają umowy w zakresie chirurgii naczyniowej w poszczególnych województwach

Nazwa OW NFZ	Liczba świadczeniodawców
Dolnośląski	8
Kujawsko-Pomorski	10
Lubelski	8
Lubuski	2
Łódzki	3
Małopolski	11
Mazowiecki	16
Opolski	2
Podkarpacki	6
Podlaski	1
Pomorski	5
Śląski	14
Świętokrzyski	5
Warmińsko-Mazurski	3
Wielkopolski	5
Zachodniopomorski	5
RAZEM	104

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Oddziały wojewódzkie NFZ, które zawarły umowy na 2015 r. z największą liczbą świadczeniodawców to:

- Mazowiecki OW NFZ – 26,
- Śląski OW NFZ – 14,
- Małopolski OW NFZ – 11.

Wartość kontraktów dla poszczególnych oddziałów wojewódzkich NFZ wraz ze średnimi cenami za produkt (punkt rozliczeniowy) została przedstawiona w tabeli poniżej.

Tabela 14. Wartość kontraktów w zakresie chirurgii naczyniowej wraz ze średnimi cenami za produkt (dane w zł)

Nazwa OW NFZ	Wartość umów	Średnia cena za pkt
Dolnośląski	45 156 332,00	52,00
Kujawsko-Pomorski	27 976 813,95	51,70
Lubelski	33 704 535,80	50,05
Lubuski	13 821 028,00	52,00
Łódzki	29 056 278,36	50,11

5. Dane NFZ w całym rozdziale dot. kontraktów wg stanu na 3.08.2015 r.

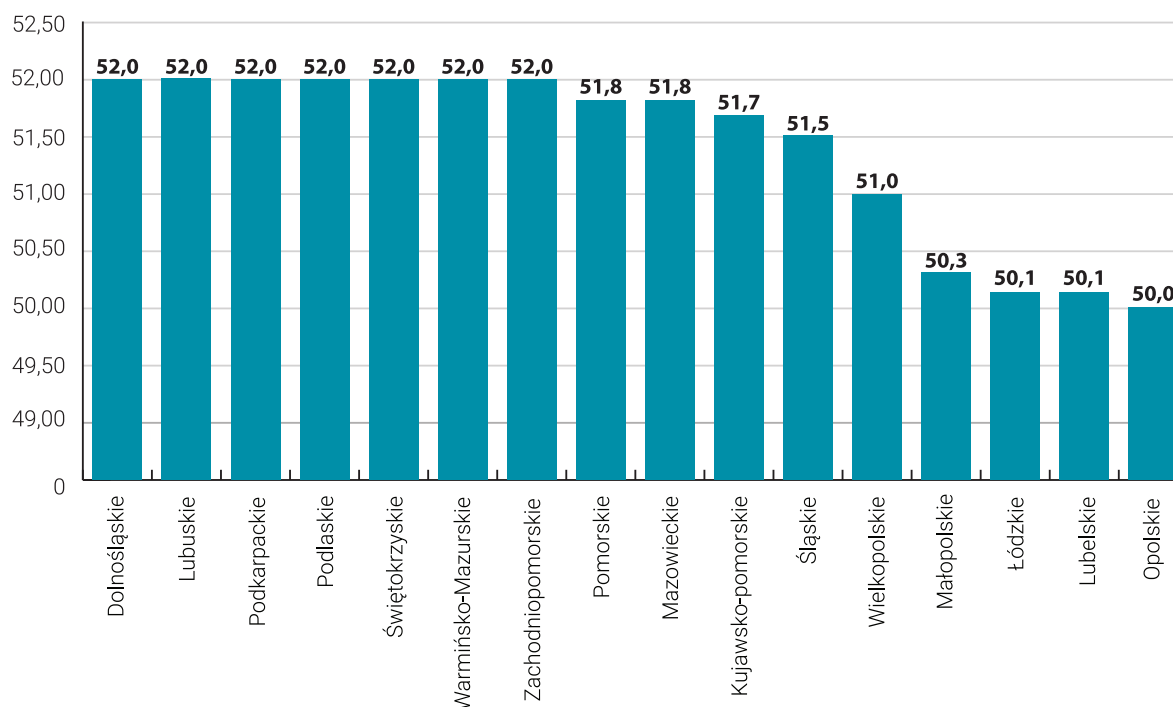
Małopolski	45 835 633,60	50,28
Mazowiecki	105 945 869,00	51,77
Opolski	10 106 976,00	50,00
Podkarpacki	29 996 824,00	52,00
Podlaski	9 460 828,00	52,00
Pomorski	20 368 730,00	51,78
Śląski	57 731 878,40	51,50
Świętokrzyski	19 076 928,00	52,00
Warmińsko-Mazurski	9 234 888,00	52,00
Wielkopolski	35 133 020,00	50,96
Zachodniopomorski	25 397 892,00	52,00
RAZEM	518 004 455,11	51,38

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Najwyższe wartości kontraktów w kraju w ww. zakresie posiadają następujące podmioty:

- Samodzielny Publiczny Centralny Szpital Kliniczny (Warszawa) – 34 643 232,00 zł (Mazowiecki OW NFZ), 6,69 proc. łącznej wartości umów w tym zakresie;
- Szpital Kliniczny Przemienienia Pańskiego Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu – 24 492 676,00 zł Wielkopolski OW NFZ), 4,73 proc. łącznej wartości umów w tym zakresie;
- SP Szpital Kliniczny nr 7 Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach Górnośląskie Centrum Medyczne im. Prof. Leszka Gieca – 19 470 048,00 zł (Śląski OW NFZ), 3,76 proc. łącznej wartości umów w tym zakresie.

Wykres 10. Średnie ceny produktu w zakresie chirurgii naczyniowej wg OW NFZ (malejąco, w zł)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Siedem OW NFZ wyceniło świadczenia z zakresu chirurgii naczyniowej po 52 zł, dziewięć OW NFZ poniżej tej kwoty. Najniżej wycenił te świadczenia Opolski OW NFZ, na 50 zł.

Ważnym wskaźnikiem oceniającym dostępność do świadczeń z zakresu chirurgii naczyniowej jest współczynnik *per capita* uzyskany poprzez podzielenie ogólnej wartości umów z zakresu chirurgii naczyniowej przez liczbę mieszkańców (ubezpieczonych) danego województwa. Przyjmuje się, że wysoki wskaźnik charakteryzuje województwa z lepszą dostępnością do leczenia.

Obecnie średnia wartość wskaźnika dla kraju wynosi 13,46 zł, co oznacza, że NFZ na każdego ubezpieczonego średnio przeznacza taką kwotę na finansowanie świadczeń z zakresu chirurgii naczyniowej.

Poniższa tabela zawiera informacje dotyczące wartości kontraktów w zakresie chirurgii naczyniowej *per capita* w poszczególnych OW NFZ.

Tabela 15. Wartość kontraktów OW NFZ w zakresie chirurgii naczyniowej *per capita* w 2015 r. (w zł)

Nazwa OW NFZ	Wartość umów <i>per capita</i>
Dolnośląski	15,53
Kujawsko-Pomorski	13,39
Lubelski	15,69
Lubuski	13,55
Łódzki	11,60
Małopolski	13,61
Mazowiecki	19,86
Opolski	10,10
Podkarpacki	14,09
Podlaski	7,94
Pomorski	8,85
Śląski	12,59
Świętokrzyski	15,10
Warmińsko-Mazurski	6,40
Wielkopolski	10,12
Zachodniopomorski	14,81
RAZEM	13,46

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ i GUS.

Najwięcej na 1 mieszkańca przeznacza:

- Mazowiecki OW NFZ – 19,86 zł,
- Lubelski OW NFZ – 15,69 zł,
- Dolnośląski OW NFZ – 15,53 zł.

Najmniej na 1 mieszkańca przeznacza:

- Warmińsko-Mazurski OW NFZ – 6,40 zł,
- Podlaski OW NFZ – 7,94 zł,
- Pomorski OW NFZ – 8,85 zł.

5.2. Szczegółowe informacje dotyczące umów zawartych przez oddziały wojewódzkie w leczeniu szpitalnym w zakresie

5.2.1. Dolnośląski OW NFZ

Dolnośląski OW NFZ w 2015 r. na świadczenia zdrowotne w zakresie chirurgii naczyniowej zawarł umowy z 8 świadczeniodawcami o łącznej wartości 45,2 mln zł. Średnia cena za punkt rozliczeniowy wyniosła 52,00 zł.

Tabela 16. Dolnośląski OW NFZ - Leczenie szpitalne: świadczenia w zakresie chirurgii naczyniowej (dane w zł)

CHIRURGIA NACZYNIOWA				
Lp.	Nazwa Świadczeniodawcy	Miasto	Wartości umów	Średnia cena produktu
Razem			45 156 332,00	52,00
1.	4 WOJSKOWY SZPITAL KLINICZNY Z POLIKLINIKĄ SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ WE WROCŁAWIU	WROCŁAW-KRZYKI	14 279 772,00	52,00
2.	WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY WE WROCŁAWIU	WROCŁAW	13 426 452,00	52,00
3.	UNIWERSYTECKI SZPITAL KLINICZNY IM. JANA MIKULICZA-RADECKIEGO WE WROCŁAWIU	WROCŁAW-KRZYKI	12 668 916,00	52,00
4.	SPECJALISTYCZNE CENTRUM MEDYCZNE W POLANICY-ZDROJU SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ	POLANICA-ZDRÓJ	2 165 280,00	52,00
5.	WOJEWÓDZKIE CENTRUM SZPITALNE KOTLINY JELENIOGÓRSKIEJ	JELENIA GÓRA	1 569 724,00	52,00
6.	ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W OŁAWIE	OŁAWA	940 160,00	52,00
7.	DOLNOŚLĄSKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM. T. MARCINIAKA - CENTRUM MEDYCYN RATUNKOWEJ	WROCŁAW	76 596,00	52,00
8.	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ „MULTI-MEDICA”	WROCŁAW-PSIE POLE	29 432,00	52,00

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Świadczeniodawcy Dolnośląskiego OW NFZ o najwyższej wartości umów to:

- 4 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej we Wrocławiu – 14 279 772,00 zł (31,62 proc. wartości umów na świadczenia w zakresie chirurgii naczyniowa w Dolnośląskim OW NFZ);
- Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Wrocławiu – 13 426 452,00 zł (29,73 proc. wartości umów na świadczenia w zakresie chirurgii naczyniowa w Dolnośląskim OW NFZ);
- Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Jana Mikulicza-Radeckiego we Wrocławiu – 12 668 916,00 zł (28,06 proc. wartości umów na świadczenia w zakresie chirurgii naczyniowa w Dolnośląskim OW NFZ).

5.2.2. Kujawsko-Pomorski OW NFZ

Kujawsko-Pomorski OW NFZ w 2015 r. na świadczenia zdrowotne w zakresie chirurgii naczyniowej zawarł umowy z 10 świadczeniodawcami o łącznej wartości 28 mln zł. Średnia cena za punkt rozliczeniowy wyniosła 51,70 zł.

Tabela 17. Kujawsko-Pomorski OW NFZ - Leczenie szpitalne: świadczenia w zakresie chirurgii naczyniowej (dane w zł)

CHIRURGIA NACZYNIOWA				
Lp.	Nazwa Świadczeniodawcy	Miasto	Wartości umów	Średnia cena produktu
Razem			27 976 813,95	51,70
1.	SZPITAL UNIWERSYTECKI NR 1 IM. DR. ANTONIEGO JURASZA W BYDGOSZCZY	BYDGOSZCZ	14 152 424,00	52,00
2.	WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOLONY IM. L. RYDYGIERA W TORUNIU	TORUŃ	4 208 412,00	52,00
3.	REGIONALNY SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM. DR. WŁADYSŁAWA BIEGAŃSKIEGO W GRUDZIĄDZU	GRUDZIĄDZ	3 250 000,00	52,00
4.	SPZOZ 10 WOJSKOWY SZPITAL KLINICZNY Z POLIKLINIKĄ	BYDGOSZCZ	2 410 720,00	52,00
5.	ESKULAP BIS S.C. EWA MOŁSKA STANISŁAW MOŁSKI	OSIELSKO	2 030 017,95	49,95
6.	SZPITAL UNIWERSYTECKI NR 2 IM. DR. JANA BIZIELA W BYDGOSZCZY	BYDGOSZCZ	1 200 576,00	52,00
7.	NZOO CENTRUM MEDYCZNE GIZIŃSCY W BYDGOSZCZY SP. Z O.O.	BYDGOSZCZ	312 624,00	52,00
8.	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ STADMEDICA DR N. MED. EWA JUNDZIŁŁ-BIENIEK	BYDGOSZCZ	255 000,00	51,00
9.	NSZOO „OKO-MED” M.T. W GRUDZIĄDZU UTWORZONY PRZEZ MARZENNĘ TSANAKAS	GRUDZIĄDZ	90 376,00	52,00
10.	PRYWATNA KLINIKA WIDENT	BYDGOSZCZ	66 664,00	52,00

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Świadczeniodawcy Kujawsko-Pomorskiego OW o najwyższej wartości umów to:

- Szpital Uniwersytecki nr 1 im. Dr. Antoniego Jurasza (Bydgoszcz) – 14 152 424,00 zł (50,59 proc. wartości umów na świadczenia w zakresie chirurgii naczyniowa w Kujawsko-Pomorskim OW NFZ),
- Wojewódzki Szpital Zespolony im. L. Rydygiera w Toruniu – 4 208 412,00 zł (15,04 proc. wartości umów na świadczenia w zakresie chirurgii naczyniowa w Kujawsko-Pomorskim OW NFZ);
- Regionalny Szpital Specjalistyczny im. dr Władysława Biegańskiego w Grudziądzu – 3 250 000,00 zł (11,62 proc. wartości umów na świadczenia w zakresie chirurgii naczyniowa w Kujawsko-Pomorskim OW NFZ).

5.2.3 Lubelski OW NFZ

Lubelski OW NFZ w 2015 r. na świadczenia zdrowotne w zakresie chirurgii naczyniowej zawarł umowy z 8 świadczeniodawcami o łącznej wartości 33,7 mln zł. Średnia cena za punkt rozliczeniowy wyniosła 50,05 zł.

Tabela 18. Lubelski OW NFZ - Leczenie szpitalne: świadczenia w zakresie chirurgii naczyniowej (dane w zł)

CHIRURGIA NACZYNIOWA				
Lp.	Nazwa Świadczeniodawcy	Miasto	Wartości umów	Średnia cena produktu
Razem			33 704 535,80	50,05
1.	SAMODZIELNY PUBLICZNY SZPITAL KLINICZNY NR 4 W LUBLINIE	LUBLIN	12 248 860,00	52,00
2.	SAMODZIELNY PUBLICZNY SZPITAL KLINICZNY NR 1 W LUBLINIE	LUBLIN	8 576 139,00	52,00
3.	SAMODZIELNY PUBLICZNY SZPITAL WOJEWÓDZKI IM. PAPIEŻA JANA PAWŁA II W ZAMOŚCIU	ZAMOŚĆ	5 740 800,00	52,00
4.	WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM. STEFANA KARDYNAŁA WYSZYŃSKIEGO SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ	LUBLIN	5 622 240,00	52,00
5.	WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY W BIAŁEJ PODLASKIEJ	BIAŁA PODLASKA	656 032,00	52,00
6.	OKULISTYKA S.C MIROŚŁAWA DUDZIK-SZALEWSKA, PIOTR SZALEWSKI	LUBLIN	530 992,80	46,80
7.	CRH ŻAGIEL MED SP. Z O.O. SPÓŁKA JAWNA	LUBLIN	184 392,00	46,80
8.	PULS SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ SPÓŁKA KOMANDYTOWA	ZAMOŚĆ	145 080,00	46,80

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Świadczeniodawcy Lubelskiego OW NFZ o najwyższej wartości umów to:

- Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 4 w Lublinie – 12 248 860,00 zł (36,34 proc. wartości umów na świadczenia w zakresie chirurgii naczyniowej w Lubelskim OW NFZ);
- Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1 w Lublinie – 8 576 139,00 zł (25,45 proc. wartości umów na świadczenia w zakresie chirurgii naczyniowej w Lubelskim OW NFZ);
- Samodzielny Publiczny Szpital Wojewódzki im. Papieża Jana Pawła II w Zamościu – 5 740 800,00 zł (17,03 proc. wartości umów na świadczenia w zakresie chirurgii naczyniowej w Lubelskim OW NFZ).

5.2.4. Lubuski OW NFZ

Lubuski OW NFZ w 2015 r. na świadczenia zdrowotne w zakresie chirurgii naczyniowej zawarł umowy z 2 świadczeniodawcami o łącznej wartości 13,8 mln zł. Średnia cena za punkt rozliczeniowy wyniosła 52,00 zł.

Tabela 19. Lubuski OW NFZ - Leczenie szpitalne: świadczenia w zakresie chirurgii naczyniowej (dane w zł)

CHIRURGIA NACZYNIOWA				
Lp.	Nazwa Świadczeniodawcy	Miasto	Wartości umów	Średnia cena produktu
Razem			13 821 028,00	52,00
1.	WIELOSPECJALISTYCZNY SZPITAL W NOWEJ SOLI	NOWA SÓL	7 020 988,00	52,00
2.	SZPITAL WOJEWÓDZKI SPZOZ W ZIELONEJ GÓRZE	ZIELONA GÓRA	6 800 040,00	52,00

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Świadczeniodawca Lubuskiego OW NFZ o najwyższej wartości umowy to:

- Wielospecjalistyczny Szpital w Nowej Soli – 7 020 988,00 (50,80 proc. wartości umów na świadczenia w zakresie chirurgii naczyniowej w Lubuskim OW NFZ).

5.2.5 Łódzki OW NFZ

Łódzki OW NFZ w 2015 r. na świadczenia zdrowotne w zakresie chirurgii naczyniowej zawarł umowy z 3 świadczeniodawcami o łącznej wartości 29,1 mln zł. Średnia cena za punkt rozliczeniowy wyniosła 50,11 zł.

Tabela 20. Łódzki OW NFZ - Leczenie szpitalne: Świadczenia w zakresie chirurgii naczyniowej (dane w zł)

CHIRURGIA NACZYNIOWA				
Lp.	Nazwa Świadczeniodawcy	Miasto	Wartości umów	Średnia cena produktu
Razem			29 056 278,36	50,11
1.	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MINISTERSTWA SPRAW WEWNĘTRZNYCH W ŁODZI	ŁÓDŹ-BAŁUTY	11 008 500,60	50,97
2.	WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM. M. KOPERNIKA W ŁODZI	ŁÓDŹ-GÓRNA	10 971 936,00	51,00
3.	WOJEWÓDZKI SPECJALISTYCZNY SZPITAL IM. M. PIROGOWA W ŁODZI	ŁÓDŹ-POLESIE	7 075 841,76	48,36

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Świadczeniodawca Łódzkiego OW NFZ o najwyższej wartości umowy to:

- Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych w Łodzi – 11 008 500,60 zł (37,89 proc. wartości umów na świadczenia w zakresie chirurgii naczyniowa w Łódzkim OW NFZ).

5.2.6. Małopolski OW NFZ

Małopolski OW NFZ w 2015 r. na świadczenia zdrowotne w zakresie chirurgii naczyniowej zawarł umowy z 11 świadczeniodawcami o łącznej wartości 45,8 mln zł. Średnia cena za punkt rozliczeniowy wyniosła 50,28 zł.

Tabela 21. Małopolski OW NFZ - Leczenie szpitalne: świadczenia w zakresie chirurgii naczyniowej (dane w zł)

CHIRURGIA NACZYNIOWA				
Lp.	Nazwa Świadczeniodawcy	Miasto	Wartości umów	Średnia cena produktu
Razem			45 835 633,60	50,28
1.	SZPITAL ZAKONU BONIFRATRÓW ŚW. JANA GRANDEGO W KRAKOWIE - HOSPITALIZACJA	KRAKÓW-ŚRÓDMIEŚCIE	16 985 384,00	52,00
2.	KRAKOWSKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM. JANA PAWŁA II - ODDZIAŁY SZPITALNE	KRAKÓW-KROWDRZA	12 061 036,00	52,00
3.	MAŁOPOLSKIE CENTRUM SERCOWO-NACZYNIOWE PAKS – CHRZANÓW	CHRZANÓW	8 361 028,00	52,00
4.	UNIWERSYTECKIE LECZNICTWO SZPITALNE	KRAKÓW-ŚRÓDMIEŚCIE	5 053 412,00	52,00
5.	OŚRODEK LECZENIA SZPITALNEGO	NOWY SĄCZ	1 425 944,00	52,00
6.	5WSZKZP SPZOZ - SZPITAL	KRAKÓW-KROWDRZA	697 580,00	52,00
7.	CENTRUM ZDROWIA TUCHÓW - SZPITAL	TUCHÓW	583 670,50	46,90

CHIRURGIA NACZYNIOWA				
Lp.	Nazwa Świadczeniodawcy	Miasto	Wartości umów	Średnia cena produktu
8.	MEDICINA PRZYCHODNIA I SPECJALISTYCZNA DIAGNOSTYKA	KRAKÓW-ŚRÓDMIEŚCIE	378 950,50	50,90
9.	PRZYCHODNIA TWOJE ZDROWIE	KATOWICE	272 964,00	49,45
10.	OSTEODEX CENTRUM WIELOSPECJALISTYCZNE LECZENIE SZPITALNE	NOWY SĄCZ	15 101,80	46,90
11.	CHIRURGIA JEDNEGO DNIA	TARNÓW	562,80	46,90

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Świadczeniodawcy Małopolskiego OW NFZ o najwyższej wartości umów to:

- Szpital Zakonu Bonifratrów Św. Jana Grandego w Krakowie - Hospitalizacja – 16 985 384,00 zł (37,06 proc. wartości umów na świadczenia w zakresie chirurgii naczyniowej w Małopolskim OW NFZ);
- Krakowski Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II - Oddziały Szpitalne – 12 061 036,00 zł (26,31 proc. wartości umów na świadczenia w zakresie chirurgii naczyniowej w Małopolskim OW NFZ);
- Małopolskie Centrum Sercowo-naczyniowe PAKS - Chrzanów – 8 361 028,00 zł (18,24 proc. wartości umów na świadczenia w zakresie chirurgii naczyniowej w Małopolskim OW NFZ).

5.2.7 Mazowiecki OW NFZ

Mazowiecki OW NFZ w 2015 r. na świadczenia zdrowotne w zakresie chirurgii naczyniowej zawarł umowy z 16 świadczeniodawcami o łącznej wartości 105,9 mln zł. Średnia cena za punkt rozliczeniowy wyniosła 51,77 zł.

Tabela 22. Mazowiecki OW NFZ - Leczenie szpitalne: świadczenia w zakresie chirurgii naczyniowej (dane w zł)

CHIRURGIA NACZYNIOWA				
Lp.	Nazwa Świadczeniodawcy	Miasto	Wartości umów	Średnia cena produktu
Razem			105 945 869,00	51,77
1.	SAMODZIELNY PUBLICZNY CENTRALNY SZPITAL KLINICZNY	WARSZAWA	34 643 232,00	52,00
2.	MAZOWIECKI SZPITAL BRÓDNOWSKI W WARSZAWIE SP. Z O.O.	WARSZAWA	10 544 872,00	52,00
3.	INSTYTUT HEMATOLOGII I TRANSFUZJOLOGII	WARSZAWA	9 289 280,00	52,00
4.	WOJSKOWY INSTYTUT MEDYCZNY	WARSZAWA	9 121 112,00	52,00
5.	SZPITAL BIELAŃSKI IM.KS.JERZEGO POPIEŁUSZKI SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ	WARSZAWA	8 593 156,00	52,00
6.	CENTRALNY SZPITAL KLINICZNY MSW W WARSZAWIE	WARSZAWA	7 567 144,00	52,00
7.	SZPITAL WOLSKI IM. DR ANNY GOSTYŃSKIEJ SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ	WARSZAWA	6 062 680,00	52,00
8.	RADOMSKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM.DR TYTUSA CHAŁUBIŃSKIEGO	RADOM	5 283 928,00	52,00
9.	SZPITAL PRASKI P.W. PRZEMIENIENIA PAŃSKIEGO	WARSZAWA	4 224 584,00	52,00
10.	MIĘDZYLESKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY W WARSZAWIE	WARSZAWA	3 203 980,00	52,00
11.	MAZOWIECKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM. DR JÓZEFA PSARSKIEGO W OSTROŁĘCE	OSTROŁĘKA	3 172 676,00	52,00

CHIRURGIA NACZYNIOWA				
Lp.	Nazwa Świadczeniodawcy	Miasto	Wartości umów	Średnia cena produktu
12.	MAZOWIECKI SZPITAL WOJEWÓDZKI W SIEDLCACH SP. Z O.O.	SIEDLCE	1 598 168,00	52,00
13.	CENTRUM KARDIOLOGII SP. Z O.O.	JÓZEFÓW	1 424 038,00	49,00
14.	MEDICOVER OPIEKA SZPITALNA	ŚRÓDMIEŚCIE	768 987,00	51,30
15.	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ SZPITAL JEDNODNIOWY „IBIS”	WARSZAWA	382 096,00	52,00
16.	CENTRUM MEDYCZNE ENEL-MED SPÓŁKA AKCYJNA	WARSZAWA	65 936,00	52,00

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Świadczeniodawcy Mazowieckiego OW NFZ o najwyższej wartości umów to:

- Samodzielny Publiczny Centralny Szpital Kliniczny (Warszawa) – 34 643 232,00 zł (32,7 proc. wartości umów na świadczenia w zakresie chirurgii naczyniowej w Mazowieckim OW NFZ);
- Mazowiecki Szpital Bródnowski w Warszawie Sp. z o.o. – 10 544 872,00 zł (9,95 proc. wartości umów na świadczenia w zakresie chirurgii naczyniowej w Mazowieckim OW NFZ);
- Instytut Hematologii i Transfuzjologii (Warszawa) – 9 289 280,00 zł (8,77 proc. wartości umów na świadczenia w zakresie chirurgii naczyniowej w Mazowieckim OW NFZ).

5.2.8. Opolski OW NFZ

Opolski OW NFZ w 2015 r. na świadczenia zdrowotne w zakresie chirurgii naczyniowej zawarł umowy z 2 świadczeniodawcami o łącznej wartości 10,1 mln zł. Średnia cena za punkt rozliczeniowy wyniosła 50,00 zł.

Tabela 23. Opolski OW NFZ - Leczenie szpitalne: Świadczenia w zakresie chirurgii naczyniowej (dane w zł)

CHIRURGIA NACZYNIOWA				
Lp.	Nazwa Świadczeniodawcy	Miasto	Wartości umów	Średnia cena produktu
Razem			10 106 976,00	50,00
1.	PUBLICZNY SAMODZIELNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ WOJEWÓDZKIE CENTRUM MEDYCZNE W OPOLE	OPOLE	8 906 976,00	52,00
2.	AMERICAN HEART OF POLAND SPÓŁKA AKCYJNA	NYSA	1 200 000,00	48,00

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Świadczeniodawca o najwyższej wartości umowy to:

- Publiczny Samodzielny Zakład Opieki Zdrowotnej Wojewódzkie Centrum Medyczne w Opolu – 8 906 976,00 zł (32,70 proc. wartości umów na świadczenia w zakresie chirurgii naczyniowej w Opolskim OW NFZ).

5.2.9 Podkarpacki OW NFZ

Podkarpacki OW NFZ w 2015 r. na świadczenia zdrowotne w zakresie chirurgii naczyniowej zawarł umowy z 6 świadczeniodawcami o łącznej wartości 30 mln zł. Średnia cena za punkt rozliczeniowy wyniosła 52,00 zł.

Tabela 24. Podkarpacki OW NFZ - Leczenie szpitalne: Świadczenia w zakresie chirurgii naczyniowej (dane w zł)

CHIRURGIA NACZYNIOWA				
Lp.	Nazwa Świadczeniodawcy	Miasto	Wartości umów	Średnia cena produktu
Razem			29 996 824,00	52,00
1.	POLSKO-AMERYKAŃSKIE KLINIKI SERCA V ODDZIAŁ KARDIOLOGII INWAZYJNEJ I ANGIOLOGII- MIELEC	MIELEC	15 986 568,00	52,00
2.	SZPITAL POWIATOWY IM. EDMUNDA BIERNACKIEGO W MIELCU	MIELEC	5 419 804,00	52,00
3.	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W SANOKU	SANOK	3 322 072,00	52,00
4.	WOJEWÓDZKI SZPITAL IM. ŚW.OJCA PIO W PRZEMYŚLU	PRZEMYŚL	3 182 088,00	52,00
5.	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ POWIATOWY SZPITAL SPECJALISTYCZNY W STAŁOWEJ WOLI	STAŁOWA WOLA	1 916 096,00	52,00
6.	VISUM CLINIC SPÓŁKA Z O.O. NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ	RZESZÓW	170 196,00	52,00

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Świadczeniodawcy Podkarpackiego OW NFZ o najwyższej wartości umów to:

- Polsko-Amerykańskie Kliniki Serca V Oddział Kardiologii Inwazyjnej i Angiologii - Mielec – 15 986 568,00 zł (53,29 proc. wartości umów na świadczenia w zakresie chirurgii naczyniowej w Podkarpackim OW NFZ);
- Szpital Powiatowy im. Edmunda Biernackiego w Mielcu – 5 419 804,00 zł (18,07 proc. wartości umów na świadczenia w zakresie chirurgii naczyniowej w Podkarpackim OW NFZ);
- Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Sanoku – 3 322 072,00 zł (11,07 proc. wartości umów na świadczenia w zakresie chirurgii naczyniowej w Podkarpackim OW NFZ).

5.2.10. Podlaski OW NFZ

Podlaski OW NFZ w 2015 r. na świadczenia zdrowotne w zakresie chirurgii naczyniowej zawarł umowy tylko z 1 świadczeniodawcą o wartości 9,4 mln zł. Średnia cena za punkt rozliczeniowy wyniosła 52,00 zł.

Tabela 25. Podlaski OW NFZ - Leczenie szpitalne: Świadczenia w zakresie chirurgii naczyniowej (dane w zł)

CHIRURGIA NACZYNIOWA				
Lp.	Nazwa Świadczeniodawcy	Miasto	Wartości umów	Średnia cena produktu
Razem			9 460 828,00	52,00
1.	UNIwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku	BIAŁYSTOK	9 460 828,00	52,00

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

5.2.11. Pomorski OW NFZ

Pomorski OW NFZ w 2015 r. na świadczenia zdrowotne w zakresie chirurgii naczyniowej zawarł umowy z 5 świadczeniodawcami o łącznej wartości 20,4 mln zł. Średnia cena za punkt rozliczeniowy wyniosła 51,78 zł.

Tabela 26. Pomorski OW NFZ - Leczenie szpitalne: Świadczenia w zakresie chirurgii naczyniowej (dane w zł)

CHIRURGIA NACZYNIOWA				
Lp.	Nazwa Świadczeniodawcy	Miasto	Wartości umów	Średnia cena produktu
Razem			20 368 730,00	51,78
1.	UNIwersyteckie Centrum Kliniczne	GDAŃSK	11 106 108,00	52,00
2.	SWISSMED VASCULAR	GDAŃSK	3 504 974,00	50,90
3.	SZPITAL WOJEWÓDZKIE W GDYNI SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ	GDYNIA	3 075 176,00	52,00
4.	SZPITAL SPECJALISTYCZNY SŁUPSK	SŁUPSK	2 648 152,00	52,00
5.	SZPITAL ŚW. WINCENTEGO A PAULO SP. Z O. O.	GDYNIA	34 320,00	52,00

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Świadczeniodawca o najwyższej wartości umowy to:

- Uniwersyteckie Centrum Kliniczne (Gdańsk) – 11 106 108,00 zł (54,43 proc. wartości umów na świadczenia w zakresie chirurgii naczyniowej w Pomorskim OW NFZ).

5.2.12. Śląski OW NFZ

Śląski OW NFZ w 2015 r. na świadczenia zdrowotne w zakresie chirurgii naczyniowej zawarł umowy z 14 świadczeniodawcami o łącznej wartości 57,7 mln zł. Średnia cena za punkt rozliczeniowy wyniosła 51,50 zł.

Tabela 27. Śląski OW NFZ - Leczenie szpitalne: Świadczenia w zakresie chirurgii naczyniowej (dane w zł)

CHIRURGIA NACZYNIOWA				
Lp.	Nazwa Świadczeniodawcy	Miasto	Wartości umów	Średnia cena produktu
Razem			57 731 878,40	51,50
1.	SP SZPITAL KLINICZNY NR 7 ŚLĄSKIEGO UNIwersYTETU MEDYCZNEGO W KATOWICACH GÓRNOŚLĄSKIE CENTRUM MEDYCZNE IM. PROF. LESZKA GIECA	KATOWICE	19 470 048,00	52,00
2.	WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY NR 5 IM. ŚW. BARBARY W SOSNOWCU	SOSNOWIEC	9 066 928,00	52,00
3.	SPZOZ WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY NR 4 W BYTOMIU	BYTOM	8 166 912,00	52,00
4.	SZPITAL WOJEWÓDZKI W BIELSKU-BIAŁEJ	BIELSKO-BIAŁA	5 288 292,00	51,00
5.	AMERICAN HEART OF POLAND SPÓŁKA AKCYJNA	USTROŃ	5 029 268,00	50,50
6.	JANINA LEŚNIK- LUDYGA	KATOWICE	3 353 688,00	46,80
7.	ŚLĄSKIE CENTRUM CHOROÓB SERCA W ZABRZU	ZABRZE	2 743 790,40	46,80
8.	SAMODZIELNY PUBLICZNY SZPITAL KLINICZNY IM. ANDRZEJA MIEŁĘCKIEGO ŚLĄSKIEGO UNIwersYTETU MEDYCZNEGO W KATOWICACH,	KATOWICE	2 060 600,00	50,00
9.	„TWOJE ZDROWIE” - LEKARZE SPECJALIŚCI SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ	KATOWICE	763 588,80	46,80
10.	SALUS AEGROTI MICHAŁ OLEJCZYK, JÓZEF DONOCH SPÓŁKA JAWNA	KATOWICE	763 588,80	46,80
11.	„EUROKLINIKA” SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ	BIELSKO-BIAŁA	363 916,80	46,80

CHIRURGIA NACZYNIOWA				
Lp.	Nazwa Świadczeniodawcy	Miasto	Wartości umów	Średnia cena produktu
12.	JAN BIŃCZYK	CZĘSTOCHOWA	299 400,00	50,00
13.	SZPITAL ŚWIĘTEGO ŁUKASZA BGL SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ SPÓŁKA KOMANDYTOWO-AKCYJNA	BIELSKO-BIAŁA	216 216,00	46,80
14.	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ „OLMED”	KATOWICE	145 641,60	46,80

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Świadczeniodawcy o najwyższej wartości umów to:

- SP Szpital Kliniczny Nr 7 Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach Górnośląskie Centrum Medyczne im. Prof. Leszka Gieca – 19 470 048,00 zł (33,72 proc. wartości umów na świadczenia w zakresie chirurgii naczyniowej w Śląskim OW NFZ);
- Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Nr 5 im. Św. Barbary w Sosnowcu – 9 066 928,00 zł (15,71 proc. wartości umów na świadczenia w zakresie chirurgii naczyniowej w Śląskim OW NFZ);
- SPZOZ Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Nr 4 w Bytomiu – 8 166 912,00 zł (14,15 proc. wartości umów na świadczenia w zakresie chirurgii naczyniowej w Śląskim OW NFZ).

5.2.13. Świętokrzyski OW NFZ

Świętokrzyski OW NFZ w 2015 r. na świadczenia zdrowotne w zakresie chirurgii naczyniowej zawarł umowy z 5 świadczeniodawcami o łącznej wartości 19,1 mln zł. Średnia cena za punkt rozliczeniowy wyniosła 52,00 zł.

Tabela 28. Świętokrzyski OW NFZ - Leczenie szpitalne: Świadczenia w zakresie chirurgii naczyniowej (dane w zł)

CHIRURGIA NACZYNIOWA				
Lp.	Nazwa Świadczeniodawcy	Miasto	Wartości umów	Średnia cena produktu
Razem			19 076 928,00	52,00
1.	ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W KOŃSKICH	KOŃSKIE	9 388 600,00	52,00
2.	AMERICAN HEART OF POLAND SPÓŁKA AKCYJNA	STARACHOWICE	4 651 608,00	52,00
3.	WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOLONY W KIELCACH	KIELCE	4 599 920,00	52,00
4.	SALWIKO-CHIRURGIA SP. Z O.O.	KIELCE	394 680,00	52,00
5.	VISUS II - SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ	STARACHOWICE	42 120,00	52,00

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Świadczeniodawca o najwyższej wartości umowy to:

- Zespół Opieki Zdrowotnej w Końskich – 9 388 600,00 zł (49,21 proc. wartości umów na świadczenia w zakresie chirurgii naczyniowej w Świętokrzyskim OW NFZ).

5.2.14. Warmińsko-Mazurski OW NFZ

Warmińsko-Mazurski OW NFZ w 2015 r. na świadczenia zdrowotne w zakresie chirurgii naczyniowej zawarł umowy z 3 świadczeniodawcami o łącznej wartości 9,2 mln zł. Średnia cena za punkt rozliczeniowy wyniosła 52,00 zł.

Tabela 29. Warmińsko-Mazurski OW NFZ - Leczenie szpitalne: Świadczenia w zakresie chirurgii naczyniowej (dane w zł)

CHIRURGIA NACZYNIOWA				
Lp.	Nazwa Świadczeniodawcy	Miasto	Wartości umów	Średnia cena produktu
Razem			9 234 888,00	52,00
1.	WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOLONY W ELBLĄGU	ELBLĄG	3 575 312,00	52,00
2.	WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY W OLSZTYNIE	OLSZTYN	3 119 584,00	52,00
3.	108 SZPITAL WOJSKOWY Z PRZYCHODNIĄ SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W EŁKU	EŁK	2 539 992,00	52,00

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Świadczeniodawca o najwyższej wartości umowy to:

- Wojewódzki Szpital Zespolony w Elblągu – 3 575 312,00 zł (38,72 proc. wartości umów na świadczenia w zakresie chirurgii naczyniowej w Warmińsko-Mazurskim OW NFZ).

5.2.15. Wielkopolski OW NFZ

Wielkopolski OW NFZ w 2015 r. na świadczenia zdrowotne w zakresie chirurgii naczyniowej zawarł umowy z 5 świadczeniodawcami o łącznej wartości 35,1 mln zł. Średnia cena za punkt rozliczeniowy wyniosła 50,96 zł.

Tabela 30. Wielkopolski OW NFZ - Leczenie szpitalne: Świadczenia w zakresie chirurgii naczyniowej (dane w zł)

CHIRURGIA NACZYNIOWA				
Lp.	Nazwa Świadczeniodawcy	Miasto	Wartości umów	Średnia cena produktu
Razem			35 133 020,00	50,96
1.	SZPITAL KLINICZNY PRZEMIENIENIA PAŃSKIEGO UNIwersytetu MEDYCZNEGO IM. KAROLA MARCINKOWSKIEGO W POZNANIU	POZNAŃ-STARE MIASTO	24 492 676,00	52,00
2.	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MINISTERSTWA SPRAW WEWNĘTRZNYCH W POZNANIU IM. PROF. LUDWIKA BIERKOWSKIEGO	POZNAŃ-JEŻYCE	6 971 484,00	52,00
3.	WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOLONY IM. LUDWIKA PERZYNY W KALISZU	KALISZ	2 970 500,00	52,00
4.	SZPITAL SPECJALISTYCZNY W PILE IM. STANISŁAWA STASZICA	PIŁA	541 580,00	52,00
5.	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ LESZCZYŃSKIE CENTRUM MEDYCZNE „VENTRICULUS” SPÓŁKA Z O.O.	LESZNO	156 780,00	46,80

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Świadczeniodawca o najwyższej wartości umowy to:

- Szpital Kliniczny Przemienienia Pańskiego Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu – 24 492 676,00 zł (69,71 proc. wartości umów na świadczenia w zakresie chirurgia naczyniowa w Wielkopolskim OW NFZ).

5.2.16. Zachodniopomorski OW NFZ

Zachodniopomorski OW NFZ w 2015 r. na świadczenia zdrowotne w zakresie chirurgia naczyniowa zawarł umowy z 5 świadczeniodawcami o łącznej wartości 25,4 mln zł. Średnia cena za punkt rozliczeniowy wyniosła 52,00 zł.

Tabela 31. Zachodniopomorski OW NFZ - Leczenie szpitalne: Świadczenia w zakresie chirurgii naczyniowej (dane w zł)

CHIRURGIA NACZYNIOWA				
Lp.	Nazwa Świadczeniodawcy	Miasto	Wartości umów	Średnia cena produktu
Razem			25 397 892,00	52,00
1.	SAMODZIELNY PUBLICZNY SZPITAL KLINICZNY NR 2 POMORSKIEGO UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO	SZCZECIN	18 330 052,00	52,00
2.	SZPITAL WOJEWÓDZKI IM. M. KOPERNIKA W KOSZALINIE	KOSZALIN	2 800 720,00	52,00
3.	SAMODZIELNY PUBLICZNY WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOŁONY	SZCZECIN	2 092 792,00	52,00
4.	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MINISTERSTWA SPRAW WEWNĘTRZNYCH W SZCZECINIE	SZCZECIN	1 202 916,00	52,00
5.	SPECJALISTYCZNY SZPITAL IM. PROF. ALFREDA SOKOŁOWSKIEGO	SZCZECIN	971 412,00	52,00

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Świadczeniodawca o najwyższej wartości umowy to:

- Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 2 Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego (Szczecin)
– 18 330 052,00 zł (72,17 proc. wartości umów na świadczenia w zakresie chirurgia naczyniowa w Zachodniopomorskim OW NFZ).

6. PORADNIE LECZENIA CHOROÓB NACZYŃ - KONTRAKTY NFZ W 2015 R.

6.1. Leczenie chorób naczyń – Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna (AOS)

W ramach Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej (AOS) oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia na 2015 r. zawarły umowy na realizację świadczeń w zakresie leczenia chorób naczyń z 206 świadczeniodawcami.⁵ W zakresie leczenia chorób naczyń świadczenia mogą być realizowane zarówno przez lekarzy specjalistów chirurgii naczyniowej, jak również lekarzy specjalistów angiologii, odpowiednio w poradniach chirurgii naczyniowej i poradniach chorób naczyń.

Łączna wartość tych umów wynosi 34,9 mln zł.

Tabela 32. Liczba świadczeniodawców, którzy posiadają umowy w AOS w zakresie leczenia chorób naczyń w 2015 r. w poszczególnych OW NFZ

Nazwa OW NFZ	Liczba świadczeniodawców
Dolnośląski	15
Kujawsko-Pomorski	10
Lubelski	12
Lubuski	4
Łódzki	9
Małopolski	10
Mazowiecki	32
Opolski	3
Podkarpacki	6
Podlaski	6
Pomorski	8
Śląski	49
Świętokrzyski	6
Warmińsko-Mazurski	3
Wielkopolski	26
Zachodniopomorski	7
RAZEM	206

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Oddziały wojewódzkie NFZ, które zawarły umowy na 2015 r. z największą liczbą świadczeniodawców to:

- Śląski OW NFZ – 49 świadczeniodawców,
- Mazowiecki OW NFZ – 32 świadczeniodawców,
- Wielkopolski OW NFZ – 26 świadczeniodawców.

Wartość punktu rozliczeniowego w AOS dla zakresu: leczenie chorób naczyń jest zróżnicowana w skali kraju. Najwyżej świadczenia te zostały wycenione przez następujące oddziały wojewódzkie NFZ:

- Mazowiecki OW NFZ – średnia wartość punktu rozliczeniowego 10,18 zł,
- Podlaski OW NFZ – średnia wartość punktu rozliczeniowego 9,35 zł,
- Warmińsko-Mazurski OW NFZ – średnia wartość punktu rozliczeniowego 9,30 zł.

⁵ Dane NFZ w całym rozdziale dot. kontraktów wg stanu na 3.08.2015 r.

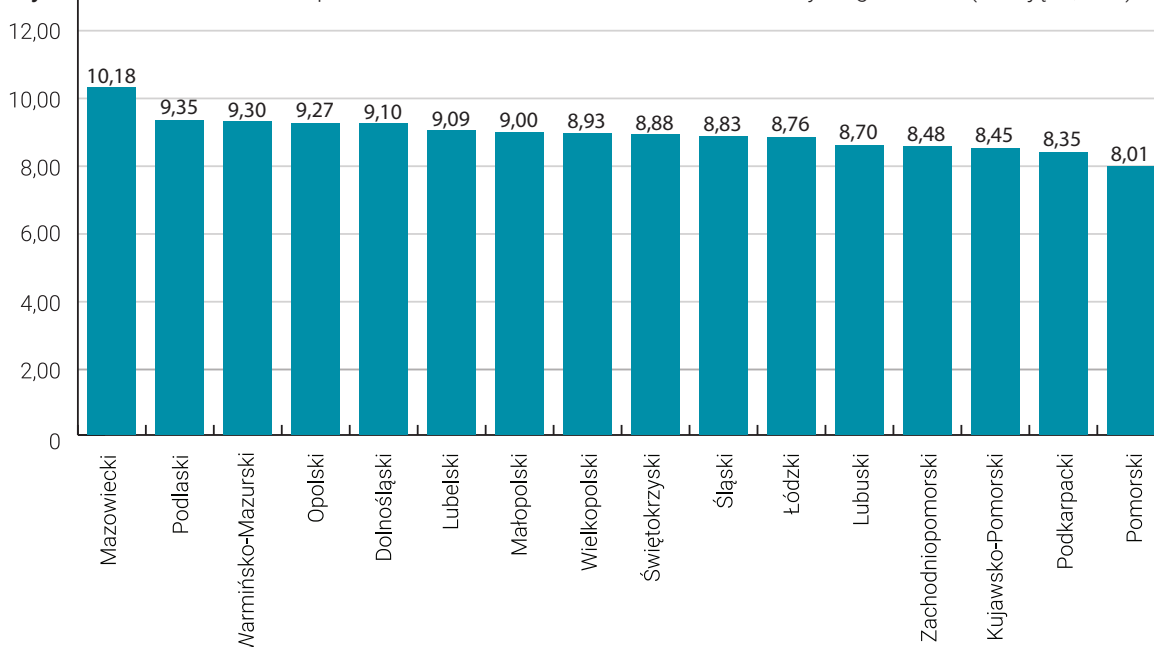
Najniższa wycena świadczeń została ustalona przez:

- Pomorski OW NFZ – średnia wartość punktu rozliczeniowego 8,01 zł,
- Podkarpacki OW NFZ – średnia wartość punktu rozliczeniowego 8,35 zł,
- Kujawsko-Pomorski OW NFZ – średnia wartość punktu rozliczeniowego 8,45 zł.

Tabela 33. Wartość kontraktów OW NFZ w AOS w zakresie leczenia chorób naczyń wraz z średnimi cenami za produkt (dane w zł)

Nazwa OW NFZ	Wartość umów	Średnia cena za pkt
Dolnośląski	3 399 949,80	9,10
Kujawsko-Pomorski	1 663 769,50	8,45
Lubelski	1 492 592,79	9,09
Lubuski	579 490,90	8,70
Łódzki	1 419 320,60	8,76
Małopolski	2 711 773,80	9,00
Mazowiecki	5 101 068,90	10,18
Opolski	641 062,30	9,27
Podkarpacki	492 580,20	8,35
Podlaski	1 476 043,24	9,35
Pomorski	1 594 023,59	8,01
Śląski	7 368 594,57	8,83
Świętokrzyski	839 301,56	8,88
Warmińsko-Mazurski	682 447,02	9,30
Wielkopolski	4 384 463,32	8,95
Zachodniopomorski	1 066 734,34	8,48
RAZEM	34 913 216,43	8,92

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Wykres 11. Średnie wartości punktu w AOS w zakresie leczenia chorób naczyń wg OW NFZ (malejąco, w zł)


Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Najwyższe wartości kontraktów w kraju w powyższym zakresie posiadają następujące podmioty:

- Szpital Zakonu Bonifratrów Św. Jana Grandego w Krakowie - Hospitalizacja – 1 449 051,60 zł (Małopolski OW NFZ), 4,15 proc. łącznej wartości umów w tym zakresie;
- Przychodnia Specjalistyczna „Twój Chirurg” Marek Bednarski – 923 266,00 zł (Dolnośląski OW NFZ), 2,64 proc. łącznej wartości umów w tym zakresie;
- NZOZ Poradnia Schorzeń Naczyń Angiosan Andrzej Danik Katarzyna Danik Spółka Jawna 722 620,80 zł (Śląski OW NFZ), 2,07 proc. łącznej wartości umów w tym zakresie.

Ważnym wskaźnikiem oceniającym dostępność do świadczeń z zakresu: leczenie chorób naczyń jest współczynnik *per capita* uzyskany przez podzielenie ogólnej wartości umów z zakresu leczenia chorób naczyń przez liczbę mieszkańców (ubezpieczonych) danego województwa. Przyjmuje się, że wysoki wskaźnik charakteryzuje województwa z lepszą dostępnością do leczenia.

Obecnie wskaźnik ten dla kraju wynosi 0,91 zł *per capita*, co oznacza, że NFZ na każdego ubezpieczonego przeznacza taką kwotę na finansowanie świadczeń ambulatoryjnych z zakresu leczenia chorób naczyń.

Tabela 34 Wartość kontraktów OW NFZ w AOS w zakresie leczenia chorób naczyń *per capita* w 2015 r. (dane w zł)

Nazwa OW NFZ	Wartość umów <i>per capita</i>
Dolnośląski	1,17
Kujawsko-Pomorski	0,80
Lubelski	0,69
Lubuski	0,57
Łódzki	0,57
Małopolski	0,81
Mazowiecki	0,96
Opolski	0,64
Podkarpacki	0,23
Podlaski	1,24
Pomorski	0,69
Śląski	1,61
Świętokrzyski	0,66
Warmińsko-Mazurski	0,47
Wielkopolski	1,26
Zachodniopomorski	0,62
RAZEM	0,91

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Najwięcej środków na ambulatoryjne leczenie chorób naczyń w przeliczeniu na 1 mieszkańca przeznacza:

- Śląski OW NFZ – 1,61 zł,
- Wielkopolski OW NFZ – 1,26 zł,
- Podlaski OW NFZ – 1,24 zł.

Najniższe wskaźniki *per capita* w tym zakresie odnotowują:

- Podkarpacki OW NFZ – 0,23 zł,
- Warmińsko-Mazurski OW NFZ – 0,47 zł,
- Łódzki oraz Lubuski OW NFZ – 0,57 zł.

6.2. Szczegółowe informacje dotyczące umów zawartych przez oddziały wojewódzkie w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej w zakresie leczenia chorób naczyń

6.2.1. Dolnośląski OW NFZ

Dolnośląski OW NFZ w 2015 r. w rodzaju AOS na świadczenia zdrowotne w zakresie leczenia chorób naczyń zawarł umowy z 15 świadczeniodawcami o łącznej wartości 3,4 mln zł. Średnia cena za punkt rozliczeniowy wyniosła 9,10 zł.

Tabela 35. Dolnośląski OW NFZ - Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna: świadczenia w zakresie leczenia chorób naczyń (dane w zł)

DOLNOŚLĄSKI OW - AOS: ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE LECZENIA CHOROÓB NACZYŃ				
Lp.	Nazwa Świadczeniodawcy	Miasto	Wartości umów	Średnia cena produktu
Razem			3 399 949,80	9,10
1.	PRZYCHODNIA SPECJALISTYCZNA „TWÓJ CHIRURG” MAREK BEDNARSKI	JELENIA GÓRA	923 266,00	9,20
2.	WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY WE WROCŁAWIU	WROCŁAW	520 536,00	9,20
3.	WOJEWÓDZKIE CENTRUM MEDYCZNE „DOBRZYŃSKA”	WROCŁAW-STARE MIASTO	239 200,00	9,20
4.	UNIwersytecki Szpital Kliniczny im. Jana Mikulicza-Radeckiego we Wrocławiu	WROCŁAW-KRZYKI	229 990,80	9,20
5.	KARŁOWICKIE CENTRUM MEDYCZNE „KAR-MED” SP. ZO. O.	WROCŁAW	219 824,80	9,20
6.	PLANMED S.C. MALINOWSKA I WSPÓLNICY	WROCŁAW-FABRYCZNA	214 801,60	9,20
7.	SPECJALISTYCZNE CENTRUM MEDYCZNE W POLANICY- ZDROJU SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ	POLANICA-ZDRÓJ	205 551,00	9,00
8.	PRZYCHODNIA ZABOBRZE OPIEKA SPECJALISTYCZNA PRZYCHODNIA ZABOBRZE OPIEKA SPECJALISTYCZNA MAGDALENA MAKIELA-WYCHOTA, KRZYSZTOF WYCH	JELENIA GÓRA	184 023,00	9,00
9.	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W ŚWIDNICY	ŚWIDNICA	155 351,20	9,20
10.	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ OŚRODEK MEDYCyny PRACY SP. Z O.O.	LUBIN	149 987,60	9,20
11.	4 WOJSKOWY SZPITAL KLINICZNY Z POLIKLINIKĄ SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ WE WROCŁAWIU	WROCŁAW-KRZYKI	143 174,30	8,90
12.	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ „ZAWIDAWIE” SP. Z O. O.	WROCŁAW	99 492,30	8,65
13.	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ „CARDIAMED”	LEGNICA	50 876,00	9,20
14.	ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W OŁAWIE	OŁAWA	32 724,00	9,00
15.	POLKOWICKIE CENTRUM USŁUG ZDROWOTNYCH - ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ S.A.	POLKOWICE	31 151,20	9,20

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Świadczeniodawcy o najwyższej wartości umów to:

- Przychodnia Specjalistyczna „Twój Chirurg” Marek Bednarski – 923 266,00 zł (27,16 proc. wartości umów na świadczenia w zakresie leczenia chorób naczyń w Dolnośląskim OW NFZ);
- Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Wrocławiu – 520 536,00 zł (15,31 proc. wartości umów na świadczenia w zakresie leczenia chorób naczyń w Dolnośląskim OW NFZ);
- Wojewódzkie Centrum Medyczne „Dobrzyńska” – 239 200,00 zł (7,04 proc. wartości umów na świadczenia w zakresie leczenia chorób naczyń w Dolnośląskim OW NFZ).

6.2.2. Kujawsko-Pomorski OW NFZ

Kujawsko-Pomorski OW NFZ w 2015 r. w rodzaju AOS na świadczenia zdrowotne w zakresie leczenia chorób naczyń zawarł umowy z 10 świadczeniodawcami o łącznej wartości 1,7 mln zł. Średnia cena za punkt rozliczeniowy wyniosła 8,45 zł.

Tabela 36. Kujawsko-Pomorski OW NFZ - Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna: świadczenia w zakresie leczenia chorób naczyń (dane w zł)

KUJAWSKO-POMORSKI OW - AOS: ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE LECZENIA CHOROÓB NACZYŃ				
Lp.	Nazwa Świadczeniodawcy	Miasto	Wartości umów	Średnia cena produktu
Razem			1 663 769,50	8,45
1.	SZPITAL UNIWERSYTECKI NR 2 IM. DR. JANA BIZIELA W BYDGOSZCZY	BYDGOSZCZ	382 500,00	8,50
2.	SZPITAL UNIWERSYTECKI NR 1 IM. DR. ANTONIEGO JURASZA W BYDGOSZCZY	BYDGOSZCZ	312 604,50	8,50
3.	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ STADMEDICA DR N. MED. EWA JUNDZIŁ-BIENIEK	BYDGOSZCZ	202 400,00	8,80
4.	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ PRZYCHODNI SPECJALISTYCZNYCH WE WŁOCŁAWKU	WŁOCŁAWEK	171 861,50	8,50
5.	ESKULAP BIS S.C. EWA MOLSKA STANISŁAW MOLSKI	OSIELSKO	159 247,50	8,50
6.	NZOZ VIVA CENTRUM MEDYCYNY ESTETYCZNEJ WE WŁOCŁAWKU - JOLANTA ŚWIĄTKIEWICZ	WŁOCŁAWEK	142 791,50	8,50
7.	WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOŁONY IM. L. RYDYGIERA W TORUNIU	TORUŃ	114 741,50	8,50
8.	CENTRUM DIAGNOSTYCZNO - LECZNICZE „BARSKA” SP. Z O.O.	WŁOCŁAWEK	97 920,00	8,50
9.	NZOZ AWIMED	BYDGOSZCZ	43 628,00	8,39
10.	NZOZ CENTRUM MEDYCZNE IKAR W BYDGOSZCZY UTWORZONY PRZEZ CENTRUM MEDYCZNE IKAR - BOROWICZ SPÓŁKA JAWNA	BYDGOSZCZ	36 075,00	7,80

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Świadczeniodawcy o najwyższej wartości umów to:

- Szpital Uniwersytecki nr 2 im. Dr. Jana Bizuela w Bydgoszczy – 382 500,00 zł (22,99 proc. wartości umów na świadczenia w zakresie leczenia chorób naczyń w Kujawsko-Pomorskim OW NFZ);
- Szpital Uniwersytecki nr 1 im. Dr. Antoniego Jurasza w Bydgoszczy – 312 604,50 zł (18,79 proc. wartości umów na świadczenia w zakresie leczenia chorób naczyń w Kujawsko-Pomorskim OW NFZ);
- Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Stadmedica dr n. med. Ewa Jundził-Bieniek – 202 400,00 zł (12,17 proc. wartości umów na świadczenia w zakresie leczenia chorób naczyń w Kujawsko-Pomorskim OW NFZ).

6.2.3. Lubelski OW NFZ

Lubelski OW NFZ w 2015 r. w rodzaju AOS na świadczenia zdrowotne w zakresie leczenia chorób naczyń zawarł umowy z 12 świadczeniodawcami o łącznej wartości 1,5 mln zł. Średnia cena za punkt rozliczeniowy wyniosła 9,09 zł.

Tabela 37. Lubelski OW NFZ - Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna: świadczenia w zakresie leczenia chorób naczyń (dane w zł)

LUBELSKI OW - AOS: ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE LECZENIA CHOROÓB NACZYŃ				
Lp.	Nazwa Świadczeniodawcy	Miasto	Wartości umów	Średnia cena produktu
Razem			1 492 592,79	9,09
1.	WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM. STEFANA KARDYNAŁA WYSZYŃSKIEGO SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ	LUBLIN	200 100,00	8,70
2.	SAMODZIELNY PUBLICZNY SZPITAL WOJEWÓDZKI IM. PAPIEŻA JANA PAWŁA II W ZAMOŚCIU	ZAMOŚĆ	194 834,20	9,70
3.	SAMODZIELNY PUBLICZNY SZPITAL KLINICZNY NR 1 W LUBLINIE	LUBLIN	168 840,90	8,70
4.	CENTRUM MEDYCZNE „SANITAS” SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ	LUBLIN	164 150,40	9,60
5.	SAMODZIELNY PUBLICZNY SZPITAL KLINICZNY NR 4 W LUBLINIE	LUBLIN	159 875,40	9,70
6.	OŚRODEK MEDYCZNY DMP SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ	LUBLIN	129 123,99	9,30
7.	CENTRUM MEDYCZNE INTERNUS SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ	PULAWY	109 620,00	8,70
8.	„CENTERMED LUBLIN” SP. Z O.O.	LUBLIN	88 012,20	9,40
9.	PRZYZCHODNIA SPECJALISTYCZNA „HIPOTECZNA 4” SP. Z O.O.	LUBLIN	87 584,00	9,20
10.	ALL MED CENTRUM MEDYCZNE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ	PULAWY	84 833,70	8,70
11.	CENTRUM MEDYCZNE „JURANDA” JANOWSKI I PARTNERZY - LEKARZE-SPÓŁKA PARTNERSKA	LUBLIN	69 600,00	8,70
12.	SAMODZIELNY PUBLICZNY SZPITAL WOJEWÓDZKI IM. JANA BOŻEGO W LUBLINIE	LUBLIN	36 018,00	8,70

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Świadczeniodawcy w Lubelskim OW NFZ o najwyższej wartości umów to:

- Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Stefana kardynała Wyszyńskiego Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej – 200 100,00 zł (13,41 proc. wartości umów na świadczenia w zakresie leczenia chorób naczyń w Lubelskim OW NFZ);
- Samodzielny Publiczny Szpital Wojewódzki im. Papieża Jana Pawła II w Zamościu – 194 834,20 zł (13,05 proc. wartości umów na świadczenia w zakresie leczenia chorób naczyń w Lubelskim OW NFZ);
- Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 1 (Lublin) – 168 840,9 zł (11,31 proc. wartości umów na świadczenia w zakresie leczenia chorób naczyń w Lubelskim OW NFZ).

6.2.4. Lubuski OW NFZ

Lubuski OW NFZ w 2015 r. w rodzaju AOS na świadczenia zdrowotne w zakresie leczenia chorób naczyń zawarł umowy z 4 świadczeniodawcami o łącznej wartości 0,6 mln zł. Średnia cena za punkt rozliczeniowy wyniosła 8,70 zł.

Tabela 38. Lubuski OW NFZ - Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna: świadczenia w zakresie leczenia chorób naczyń (dane w zł)

LUBUSKI OW - AOS: ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE LECZENIA CHOROÓB NACZYŃ				
Lp.	Nazwa Świadczeniodawcy	Miasto	Wartości umów	Średnia cena produktu
Razem			579 490,90	8,70
1.	STARMEDICA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ	GDYNIA	195 524,10	8,90
2.	SZPITAL WOJEWÓDZKI SZPOZ W ZIELONEJ GÓRZE	ZIELONA GÓRA	150 458,50	8,50
3.	WIELOSPECJALISTYCZNY SZPITAL W NOWEJ SOLI	NOWA SÓL	136 569,50	8,50
4.	NOWY SZPITAL W KOSTRZYNI NAD ODRĄ SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ	KOSTRZYN NAD ODRĄ	96 938,80	8,90

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Świadczeniodawca Lubuskiego OW o najwyższej wartości umowy to:

- Starmedica Spółka z Ograniczoną Odpowiedzialnością – 195 524,10 zł (33,74 proc. wartości umów na świadczenia w zakresie leczenia chorób naczyń w Lubuskim OW NFZ).

6.2.5. Łódzki OW NFZ

Łódzki OW NFZ w 2015 r. w rodzaju AOS na świadczenia zdrowotne w zakresie leczenia chorób naczyń zawarł umowy z 9 świadczeniodawcami o łącznej wartości 1,4 mln zł. Średnia cena za punkt rozliczeniowy wyniosła 8,76 zł.

Tabela 39. Łódzki OW NFZ - Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna: Świadczenia w zakresie leczenia chorób naczyń (dane w zł)

ŁÓDZKI OW - AOS: ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE LECZENIA CHOROÓB NACZYŃ				
Lp.	Nazwa Świadczeniodawcy	Miasto	Wartości umów	Średnia cena produktu
Razem			1 419 320,60	8,76
1.	WOJEWÓDZKI SPECJALISTYCZNY SZPITAL IM. M. PIROGOWA W ŁODZI	ŁÓDŹ-POLESIE	298 744,20	8,10
2.	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MINISTERSTWA SPRAW WEWNĘTRZNYCH W ŁODZI	ŁÓDŹ-BALUTY	234 153,00	9,00
3.	NZOZ ARTMED	ŁÓDŹ-POLESIE	216 585,90	8,10
4.	NZOZ ALL-MED CENTRUM MEDYCZNE SPECJALISTYCZNE GABINETY LEKARSKIE	ŁÓDŹ-POLESIE	190 353,20	8,90

ŁÓDZKI OW - AOS: ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE LECZENIA CHOROÓB NACZYŃ				
Lp.	Nazwa Świadczeniodawcy	Miasto	Wartości umów	Średnia cena produktu
5.	SP ZOZ UNIWERSYTECKI SZPITAL KLINICZNY IM. WOJSKOWEJ AKADEMII MEDYCZNEJ UM W ŁODZI - CENTRALNY SZPITAL WETERANÓW	ŁÓDŹ-POLESIE	123 384,20	8,60
6.	ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W ŁĘCZYCY	ŁĘCZYCA	106 920,00	9,00
7.	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ SANMED SP. Z O.O.	ŁÓDŹ-GÓRNA	106 604,10	8,10
8.	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MEDICUS	SIERADZ	74 736,50	9,50
9.	PRZYCHODNIA LEKARSKA „ESKULAP”	SIERADZ	67 839,50	9,50

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Świadczeniodawcy Łódzkiego OW NFZ o najwyższej wartości umów to:

- Wojewódzki Specjalistyczny Szpital im. M. Pirogowa w Łodzi – 298 744,20 zł (21,05 proc. wartości umów na świadczenia w zakresie leczenia chorób naczyń w Łódzkim OW NFZ);
- Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych w Łodzi – 234 153,00 zł (16,50 proc. wartości umów na świadczenia w zakresie leczenia chorób naczyń w Łódzkim OW NFZ);
- NZOZ Artmed – 216 585,90 (15,26 proc. wartości umów na świadczenia w zakresie leczenia chorób naczyń w Łódzkim OW NFZ).

6.2.6. Małopolski OW NFZ

Małopolski OW NFZ w 2015 r. w rodzaju AOS na świadczenia zdrowotne w zakresie leczenia chorób naczyń zawarł umowy z 10 świadczeniodawcami o łącznej wartości 2,7 mln zł. Średnia cena za punkt rozliczeniowy wyniosła 9,00 zł.

Tabela 40. Małopolski OW NFZ - Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna: świadczenia w zakresie leczenia chorób naczyń (dane w zł)

MAŁOPOLSKI OW - AOS: ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE LECZENIA CHOROÓB NACZYŃ				
Lp.	Nazwa Świadczeniodawcy	Miasto	Wartości umów	Średnia cena produktu
Razem			2 711 773,80	9,00
1.	SZPITAL ZAKONU BONIFRATRÓW ŚW. JANA GRANDEGO W KRAKOWIE – HOSPITALIZACJA	KRAKÓW-ŚRÓDMIEŚCIE	1 449 051,60	9,30
2.	CENTRUM MEDYCZNE VADIMED	KRAKÓW-ŚRÓDMIEŚCIE	243 038,90	8,45
3.	5WSZKZP SPZOZ – SZPITAL	KRAKÓW-KROWODRZA	204 255,90	9,30
4.	KRAKOWSKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM. JANA PAWŁA II - ODDZIAŁY SZPITALNE	KRAKÓW-KROWODRZA	158 769,60	9,30
5.	„ALERGO-MED” AMBULATORYJNE ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE	TARNÓW	151 851,70	9,10
6.	UNIWERSYTECKIE LECZNICTWO SZPITALNE	KRAKÓW-ŚRÓDMIEŚCIE	120 416,40	9,30
7.	AMBULATORYJNE ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE	WADOWICE	111 552,00	8,30
8.	TARNOWSKIE CENTRUM SPECJALISTYCZNE VIVAMED BIS	TARNÓW	95 849,60	8,80
9.	CENTRUM ZDROWIA TUCHÓW - SZPITAL	TUCHÓW	93 464,80	8,80
10.	SZPITAL	TARNÓW	83 523,30	9,30

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Świadczeniodawcy Małopolskiego OW o najwyższej wartości umów to:

- Szpital Zakonu Bonifratrów Św. Jana Grandego w Krakowie - Hospitalizacja – 1 449 051,60 zł (53,44 proc. wartości umów na świadczenia w zakresie leczenia chorób naczyń w Małopolskim OW NFZ);
- Centrum Medyczne VADIMED – 243 038,90 zł (8,96 proc. wartości umów na świadczenia w zakresie leczenia chorób naczyń w Małopolskim OW NFZ);
- 5WSZKZP SPZOK – SZPITAL – 204 255,90 zł (7,53 proc. wartości umów na świadczenia w zakresie leczenia chorób naczyń w Małopolskim OW NFZ).

6.2.7. Mazowiecki OW NFZ

Mazowiecki OW NFZ w 2015 r. w rodzaju AOS na świadczenia zdrowotne w zakresie leczenia chorób naczyń zawarł umowy z 32 świadczeniodawcami o łącznej wartości 5,1 mln zł. Średnia cena za punkt rozliczeniowy wyniosła 10,18 zł.

Tabela 41. Mazowiecki OW NFZ - Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna: świadczenia w zakresie leczenia chorób naczyń (dane w zł)

DMAZOWIECKI OW - AOS: ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE LECZENIA CHOROÓB NACZYŃ				
Lp.	Nazwa Świadczeniodawcy	Miasto	Wartości umów	Średnia cena produktu
Razem			5 101 068,90	10,18
1.	SAMODZIELNY PUBLICZNY CENTRALNY SZPITAL KLINICZNY	WARSZAWA	666 131,90	10,30
2.	MAZOWIECKI SZPITAL BRÓDNOŃSKI W WARSZAWIE SP. Z O.O.	WARSZAWA	535 909,00	10,30
3.	CENTRALNY SZPITAL KLINICZNY MSW W WARSZAWIE	WARSZAWA	389 175,20	10,30
4.	SAMODZIELNY ZESPÓŁ PUBLICZNYCH ZAKŁADÓW LECZNICTWA OTWARTEGO WARSZAWA WAWER	WARSZAWA	268 356,20	10,30
5.	NIEPUBLICZNY SPECJALISTYCZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ „1905 ROKU”	RADOM	263 649,10	10,30
6.	MAZOWIECKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM. DR JÓZEFA PSARSKIEGO W OSTROŁĘCE	OSTROŁĘKA	262 485,20	10,30
7.	SZPITAL WOLSKI IM. DR ANNY GOSTYŃSKIEJ SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ	WARSZAWA	262 402,80	10,30
8.	INSTYTUT HEMATOLOGII I TRANSFUZJOLOGII	WARSZAWA	253 153,40	10,30
9.	SZPITAL BIELAŃSKI IM. KS. JERZEGO POPIELUSZKI SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ	WARSZAWA	189 190,40	10,30
10.	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ „SABA-MED” W PŁOCKU	PŁOCK	169 198,10	10,30
11.	SZPITAL PRASKI P.W. PRZEMIENIENIA PAŃSKIEGO	WARSZAWA	164 614,60	10,30
12.	SAMODZIELNY ZESPÓŁ PUBLICZNYCH ZAKŁADÓW LECZNICTWA OTWARTEGO WARSZAWA WESOŁA	WARSZAWA	146 290,90	10,30
13.	WOJSKOWY INSTYTUT MEDYCZNY	WARSZAWA	131 963,60	10,30
14.	MIĘDZYLESKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY W WARSZAWIE	WARSZAWA	109 180,00	10,30
15.	RADOMSKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM. DR TYTUSA CHAŁUBIŃSKIEGO	RADOM	98 921,20	10,30
16.	NOWODWORSKIE CENTRUM MEDYCZNE W NOWYM DWORZE MAZOWIECKIM	NOWY DWÓR MAZOWIECKI	98 210,50	10,30
17.	CENTRUM ZDROWIA NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ	PIASECZNO	92 473,40	10,30
18.	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI MEDYCZNEJ CENTRUM MEDYCZNE BIAŁOŁĘKA	WARSZAWA	90 000,00	9,00

DMAZOWIECKI OW - AOS: ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE LECZENIA CHOROÓB NACZYŃ				
Lp.	Nazwa Świadczeniodawcy	Miasto	Wartości umów	Średnia cena produktu
Razem			5 101 068,90	10,18
19.	SZPITAL CZERNIAKOWSKI SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ	WARSZAWA	89 290,70	10,30
20.	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ LECZNICA LIFE-med.	GRODZISK MAZOWIECKI	80 307,00	9,00
21.	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ „VITAMED”	RADOM	75 200,30	10,30
22.	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ „MEDICAMED”	SOCHACZEW	74 215,20	10,20
23.	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W GARWOLINIE	GARWOLIN	72 512,00	10,30
24.	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ „MEDICAL CENTER” S.C.	WARSZAWA	71 420,20	10,30
25.	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ „ARNICA”	CIECHANÓW	70 549,80	9,30
26.	MAGODENT SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ	WARSZAWA	70 163,60	10,30
27.	NIEPUBLICZNA SPECJALISTYCZNA PRZYCHODNIA LEKARSKA „PSYCHE”	PŁOŃSK	69 504,40	10,30
28.	„MEDICERS” SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ	WARSZAWA	65 569,80	10,30
29.	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ - MIEJSKI OŚRODEK ZDROWIA W ZIELONCE	ZIELONKA	62 191,40	10,30
30.	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ SZPITAL JEDNODNIOWY „IBIS”	WARSZAWA	48 790,00	10,00
31.	CENTRUM MEDYCZNE GAJDA-med.	PUŁTUSK	36 966,70	10,30
32.	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ W PIONKACH	PIONKI	23 082,30	10,30

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Świadczeniodawcy Mazowieckiego OW o najwyższej wartości umów to:

- Samodzielny Publiczny Centralny Szpital Kliniczny – 666 131,90 zł (13,06 proc. wartości umów na świadczenia w zakresie leczenia chorób naczyń w Mazowieckim OW NFZ),
- Mazowiecki Szpital Bródnowski w Warszawie Sp. z o.o. – 535 909,00 zł (10,51 proc. wartości umów na świadczenia w zakresie leczenia chorób naczyń w Mazowieckim OW NFZ);
- Centralny Szpital Kliniczny MSW w Warszawie – 389 175,20 zł (7,63 proc. wartości umów na świadczenia w zakresie leczenia chorób naczyń w Mazowieckim OW NFZ).

6.2.8. Opolski OW NFZ

Opolski OW NFZ w 2015 r. w rodzaju AOS na świadczenia zdrowotne w zakresie leczenia chorób naczyń zawarł umowy z 3 świadczeniodawcami o łącznej wartości 0,6 mln zł. Średnia cena za punkt rozliczeniowy wyniosła 9,27 zł.

Tabela 42. Opolski OW NFZ - Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna: Świadczenia w zakresie leczenia chorób naczyń (dane w zł)

OPOLSKI OW - AOS: ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE LECZENIA CHOROÓB NACZYŃ				
Lp.	Nazwa Świadczeniodawcy	Miasto	Wartości umów	Średnia cena produktu
Razem			641 062,30	9,27
1.	PUBLICZNY SAMODZIELNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ WOJEWÓDZKIE CENTRUM MEDYCZNE W OPOLU	OPOLE	295 814,40	9,30
2.	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ „ŚRÓDMIEŚCIE” W OPOLU	OPOLE	187 864,00	9,20
3.	MEDICUS W OPOLU	OPOLE	157 383,90	9,30

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Świadczeniodawca Opolskiego OW o najwyższej wartości umowy to:

- Publiczny Samodzielny Zakład Opieki Zdrowotnej Wojewódzkie Centrum Medyczne (Opole) – 295 814,40 zł (46,14 proc. wartości umów na świadczenia w zakresie leczenia chorób naczyń w Opolskim OW NFZ).

6.2.9. Podkarpacki OW NFZ

Podkarpacki OW NFZ w 2015 r. w rodzaju AOS na świadczenia zdrowotne w zakresie leczenia chorób naczyń zawarł umowy z 6 świadczeniodawcami o łącznej wartości 0,5 mln zł. Średnia cena za punkt rozliczeniowy wyniosła 8,35 zł.

Tabela 43. Podkarpacki OW NFZ - Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna: Świadczenia w zakresie leczenia chorób naczyń (dane w zł)

PODKARPACKI OW - AOS: ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE LECZENIA CHOROÓB NACZYŃ				
Lp.	Nazwa Świadczeniodawcy	Miasto	Wartości umów	Średnia cena produktu
Razem			492 580,20	8,35
1.	POLSKO-AMERYKAŃSKIE KLINIKI SERCA V ODDZIAŁ KARDIOLOGII INWAZYJNEJ I ANGIOLOGII I- MIELEC	MIELEC	210 188,90	7,30
2.	WOJEWÓDZKI SZPITAL IM. ŚW. OJCA PIO W PRZEMYŚLU	PRZEMYŚL	100 606,00	8,50
3.	SZPITAL POWIATOWY IM. EDMUNDA BIERNACKIEGO W MIELCU	MIELEC	78 930,80	8,60
4.	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ POWIATOWY SZPITAL SPECJALISTYCZNY W STAŁOWEJ WOLI	STAŁOWA WOLA	76 882,50	8,50
5.	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ „DOM-MED”	GORZYCE	12 986,00	8,60
6.	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W SANOKU	SANOK	12 986,00	8,60

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Świadczeniodawcy Podkarpackiego OW o najwyższej wartości umów to:

- Polsko-Amerykańskie Kliniki Serca V Oddział Kardiologii Inwazyjnej i Angiologii I- Mielec – 210 188,90 zł (42,67 proc. wartości umów na świadczenia w zakresie leczenia chorób naczyń w Podkarpackim OW NFZ);

- Wojewódzki Szpital im. Św. Ojca Pio w Przemyśle – 100 606,00 zł (20,42 proc. wartości umów na świadczenia w zakresie leczenia chorób naczyń w Podkarpackim OW NFZ);
- Szpital Powiatowy im. Edmunda Biernackiego w Mielcu – 78 930,80 zł (16,02 proc. wartości umów na świadczenia w zakresie leczenia chorób naczyń w Podkarpackim OW NFZ).

6.2.10. Podlaski OW NFZ

Podlaski OW NFZ w 2015 r. w rodzaju AOS na świadczenia zdrowotne w zakresie leczenia chorób naczyń zawarł umowy z 6 świadczeniodawcami o łącznej wartości 1,5 mln zł. Średnia cena za punkt rozliczeniowy wyniosła 9,35 zł.

Tabela 44. Podlaski OW NFZ - Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna: Świadczenia w zakresie leczenia chorób naczyń (dane w zł)

PODLASKI OW - AOS: ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE LECZENIA CHOROÓB NACZYŃ				
Lp.	Nazwa Świadczeniodawcy	Miasto	Wartości umów	Średnia cena produktu
Razem			1 476 043,24	9,35
1.	UNIwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku	BIAŁYSTOK	457 860,84	9,40
2.	„INTERHEM” KATARZYNA MAZGAJSKA-BARCZYK, MAREK MILEWSKI, JAROSŁAW PISZCZ, JANUSZ KŁOCZKO, PIOTR RADZIWOŃ SPÓŁKA JAWNA	BIAŁYSTOK	325 671,71	9,10
3.	NZOZ ANGIO-INTER-med.	BIAŁYSTOK	255 938,50	9,40
4.	NIEPUBLICZNY ZOZ MEDYCZNE CENTRUM DIAGNOSTYCZNO-LECZNICZE L.S. KISIEL	AUGUSTÓW	175 236,68	9,40
5.	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ CENTRUM MEDYCZNE DIAGMEDICA	BIAŁYSTOK	147 017,88	9,40
6.	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ NEUROMED	BIAŁYSTOK	114 317,63	9,40

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Świadczeniodawcy Podlaskiego OW o najwyższej wartości umów to:

- Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku – 457 860,84 zł (31,02 proc. wartości umów na świadczenia w zakresie leczenia chorób naczyń w Podlaskim OW NFZ);
- „INTERHEM” Katarzyna Mazgajska-Barczyk, Marek Milewski, Jarosław Piszcz, Janusz Kłoczko, Piotr Radziwoń Spółka Jawna – 325 671,71 zł (22,06 proc. wartości umów na świadczenia w zakresie leczenia chorób naczyń w Podlaskim OW NFZ);
- NZOZ ANGIO-INTER-MED – 255 938,50 zł (17,34 proc. wartości umów na świadczenia w zakresie leczenia chorób naczyń w Podlaskim OW NFZ).

6.2.11. Pomorski OW NFZ

Pomorski OW NFZ w 2015 r. w rodzaju AOS na świadczenia zdrowotne w zakresie leczenia chorób naczyń zawarł umowy z 8 świadczeniodawcami o łącznej wartości 1,6 mln zł. Średnia cena za punkt rozliczeniowy wyniosła 8,01 zł.

Tabela 45. Pomorski OW NFZ - Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna: Świadczenia w zakresie leczenia chorób naczyń (dane w zł)

POMORSKI OW - AOS: ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE LECZENIA CHOROÓB NACZYŃ				
Lp.	Nazwa Świadczeniodawcy	Miasto	Wartości umów	Średnia cena produktu
Razem			1 594 023,59	8,01
1.	NADMORSKIE CENTRUM MEDYCZNE	GDAŃSK	294 231,33	8,01
2.	SZPITAL IM. MIKOŁAJA KOPERNIKA	GDAŃSK	272 759,40	8,10
3.	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PRZYCHODNIA LEKARSKA	STAROGARD GDAŃSKI	259 200,00	8,10
4.	UNIWERSYTECKIE CENTRUM KLINICZNE	GDAŃSK	231 306,03	7,83
5.	SZPITAL SPECJALISTYCZNY SŁUPSK	SŁUPSK	221 740,83	8,01
6.	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ „PRZYCHODNIA MORENA”	GDAŃSK	112 140,00	8,01
7.	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ CENTRUM MEDYCZNE „KASZUBY”	KARTUZY	101 720,00	8,00
8.	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ „NEPTUN”	JANTAR	100 926,00	8,01

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Świadczeniodawcy Pomorskiego OW o najwyższej wartości umów to:

- Nadmorskie Centrum Medyczne (Gdańsk) – 294 231,33 zł (18,46 proc. wartości umów na świadczenia w zakresie leczenia chorób naczyń w Pomorskim OW NFZ);
- Szpital im. Mikołaja Kopernika (Gdańsk) – 272 759,40 zł (17,11 proc. wartości umów na świadczenia w zakresie leczenia chorób naczyń w Pomorskim OW NFZ);
- Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Przychodnia Lekarska (Starogard Gdański) – 259 200,00 zł (16,26 proc. wartości umów na świadczenia w zakresie leczenia chorób naczyń w Pomorskim OW NFZ).

6.2.12. Śląski OW NFZ

Śląski OW NFZ w 2015 r. w rodzaju AOS na świadczenia zdrowotne w zakresie leczenia chorób naczyń zawarł umowy z 49 świadczeniodawcami o łącznej wartości 7,4 mln zł. Średnia cena za punkt rozliczeniowy wyniosła 8,83 zł.

Tabela 46. Śląski OW NFZ - Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna: Świadczenia w zakresie leczenia chorób naczyń (dane w zł)

ŚLĄSKI OW - AOS: ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE LECZENIA CHOROÓB NACZYŃ				
Lp.	Nazwa Świadczeniodawcy	Miasto	Wartości umów	Średnia cena produktu
Razem			7 368 594,57	8,83
1.	NZOZ PORADNIA SCHORZEŃ NACZYŃ ANGIOSAN ANDRZEJ DANIŁ KATARZYNA DANIŁ SPÓŁKA JAWNA	ZABRZE	722 620,80	8,80
2.	JANINA LEŚNIK- LUDYGA	KATOWICE	473 515,60	8,90
3.	ZESPÓŁ WOJEWÓDZKICH PRZYCHODNI SPECJALISTYCZNYCH	KATOWICE	471 922,50	8,90
4.	PORADNIA WIELOSPECJALISTYCZNA PHU NAVIMED POL DWA SP. Z O.O.	KATOWICE	420 800,90	8,90

ŚLĄSKI OW - AOS: ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE LECZENIA CHOROÓB NACZYŃ				
Lp.	Nazwa Świadczeniodawcy	Miasto	Wartości umów	Średnia cena produktu
5.	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PORADNIE SPECJALISTYCZNE „ANGIOMED” SP Z O.O.	BYTOM	396 468,30	8,90
6.	WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY NR 5 IM. ŚW. BARBARY W SOSNOWCU	SOSNOWIEC	347 073,30	8,90
7.	SIGMA-BI JACEK ZAMŁYŃSKI SPÓŁKA JAWNA	BYTOM	325 671,15	8,85
8.	„TWOJE ZDROWIE” - LEKARZE SPECJALIŚCI SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ	KATOWICE	289 449,00	8,70
9.	BESKIDZKIE CENTRUM MEDYCZNE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ	BIELSKO-BIAŁA	254 735,80	8,90
10.	NZO „DIAB SERWIS S.C. SPECJALISTYCZNA PRZYCHODNIA LEKARSKA	CHORZÓW	230 198,50	8,90
11.	SZPITAL WOJEWÓDZKI W BIELSKU-BIAŁEJ	BIELSKO-BIAŁA	229 361,90	8,90
12.	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ „MEDYK” SP. Z O.O.	ŻORY	224 000,00	8,00
13.	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY NR 3 W RYBNIKU	RYBNIK	199 413,40	8,90
14.	SPZOZ WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY NR 4 W BYTOMIU	BYTOM	188 795,70	8,90
15.	„CEN-MED” SPECJALISTYCZNY OŚRODEK BADAŃ I PORAD LEKARSKICH	BYTOM	173 550,00	8,90
16.	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ SZPITAL SPECJALISTYCZNY W ZABRZU	ZABRZE	153 907,70	8,90
17.	„COMBI-MED” SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ	CZĘSTOCHOWA	151 317,80	8,90
18.	„EUROKLINIKA” SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ	BIELSKO-BIAŁA	145 657,40	8,90
19.	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ EUROMEDICAL JOLANTA BIAŁEK-KALETA, MARTA KALETA SPÓŁKA JAWNA	GLIWICE	127 990,90	8,90
20.	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ FALMED B. FALKOWSKA, J. FALKOWSKI SPÓŁKA JAWNA	CZECHOWICE-DZIEDZICE	125 552,30	8,90
21.	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ CENTRUM LEKARSKIE „ALFA” SPÓŁKA JAWNA RYSZARD SĘDZIAK I WSPÓLNICY	BIELSKO-BIAŁA	107 485,30	8,90
22.	SALUS AEGROTI MICHAŁ OLEJCZYK, JÓZEF DONOCIK SPÓŁKA JAWNA	KATOWICE	106 586,40	8,90
23.	MACIEJ SKŁADOWSKI	SIEMIANOWICE ŚLĄSKIE	98 076,00	8,80
24.	WIELOSPECJALISTYCZNY NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ	SIEMIANOWICE ŚLĄSKIE	90 869,00	8,90
25.	PRYWATNA PRZYCHODNIA LEKARSKA BARBARA FRYSZ-DOMAŃSKA I HENRYK DOMAŃSKI SPÓŁKA JAWNA	CHEŁM ŚLĄSKI	89 480,60	8,90
26.	PRYWATNE CENTRUM DIAGNOSTYCZNO-LECZNICZE KOMED	CZĘSTOCHOWA	81 381,60	8,90
27.	SZPAKMED SP. Z O.O.	RUDA ŚLĄSKA	77 030,20	8,60
28.	AWICENNA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ	TYCHY	76 397,60	8,90
29.	DARIUSZ GALUS	CHORZÓW	76 192,90	8,90
30.	OPIFER SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ	ZABRZE	75 641,10	8,90
31.	ANETA SIMKA	PORĘBA	70 746,10	8,90
32.	SAR SPÓŁKA JAWNA	BYTOM	64 008,80	8,90
33.	„AVIMED” SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ	PIEKARY ŚLĄSKIE	61 256,80	8,80
34.	MICHALINA SPATZ	SZAŁSZA	59 320,80	8,80
35.	IZABELLA DEŃCA-KUZIEMKO	SOSNOWIEC	58 556,40	8,40
36.	KRYSTYNA STENCEL-GABRIEL	CHORZÓW	57 476,20	8,90
37.	ALEKSANDRA GRUCA, IZABELA ŻUREK, MAREK ŻUREK - SPÓŁKA CYWILNA IZABELA ŻUREK, MAREK ŻUREK, ALEKSANDRA GRUCA	MYSZKÓW	56 968,90	8,90
38.	MARIOLA WIATR	BYTOM	50 391,12	8,06

ŚLĄSKI OW - AOS: ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE LECZENIA CHOROÓB NACZYŃ				
Lp.	Nazwa Świadczeniodawcy	Miasto	Wartości umów	Średnia cena produktu
39.	JAROSŁAW KLESZCZEWSKI	PRADŁA	47 526,00	8,90
40.	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ CENTUM MEDYCZNE „ARKA-MED” SP.ZO.O	TYCHY	45 194,20	8,90
41.	NZOZ MED-CENTRUM	KATOWICE	42 313,00	8,50
42.	FUNDACJA OCHRONY ZDROWIA PRACOWNIKÓW KWK „JULIAN” W PIEKARACH ŚLĄSKICH	PIEKARY ŚLĄSKIE	38 537,00	8,90
43.	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ „OLMED”	KATOWICE	37 193,10	8,90
44.	STANISŁAW IZDEBSKI	KOSZĘCIN	28 844,90	8,90
45.	BARBARA PIETRASIŃSKA, JERZY SŁODCZYK SPÓŁKA CYWILNA „FAM-MED”	ZBROSŁAWICE	26 878,00	8,90
46.	SAMODZIELNY PUBLICZNY SZPITAL KLINICZNY IM. ANDRZEJA MIEŁĘCKIEGO ŚLĄSKIEGO UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO W KATOWICACH,	KATOWICE	24 635,20	8,90
47.	WIELOSPECJALISTYCZNA PRZYCHODNIA LEKARSKA „CENTRUM” BARBARA I RYSZARD PASIEKA SPÓŁKA JAWNA	ZABRZE	23 736,30	8,90
48.	ELŻBIETA KLESZCZEWSKA	ZAWIERCIE	22 169,90	8,90
49.	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ „DERMED” PRZYCHODNIA WIELOSPECJALISTYCZNA	SIEMIANOWICE ŚLĄSKIE	21 698,20	8,90

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Świadczeniodawcy Śląskiego OW o najwyższej wartości umów to:

- NZOZ Poradnia Schorzeń Naczyń Angiosan Andrzej Danik Katarzyna Danik Spółka Jawna (Zabrze) – 722 620,80 zł (9,81 proc. wartości umów na świadczenia w zakresie leczenia chorób naczyń w Śląskim OW NFZ);
- Janina Leśnik- Ludyga (Katowice) – 473 515,60 zł (6,43 proc. wartości umów na świadczenia w zakresie leczenia chorób naczyń w Śląskim OW NFZ);
- Zespół Wojewódzkich Przychodni Specjalistycznych (Katowice) – 471 922,50 zł (6,40 proc. wartości umów na świadczenia w zakresie leczenia chorób naczyń w Śląskim OW NFZ).

6.2.13. Świętokrzyski OW NFZ

Świętokrzyski OW NFZ w 2015 r. w rodzaju AOS na świadczenia zdrowotne w zakresie leczenia chorób naczyń zawarł umowy z 6 świadczeniodawcami o łącznej wartości 0,8 mln zł. Średnia cena za punkt rozliczeniowy wyniosła 8,88 zł.

Tabela 47. Świętokrzyski OW NFZ - Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna: świadczenia w zakresie leczenia chorób naczyń (dane w zł)

ŚWIĘTOKRZYSKI OW - AOS: ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE LECZENIA CHOROÓB NACZYŃ				
Lp.	Nazwa Świadczeniodawcy	Miasto	Wartości umów	Średnia cena produktu
Razem			839 301,56	8,88
1.	„MEDYK”	KIELCE	408 654,00	9,00
2.	WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOLONY W KIELCACH	KIELCE	110 004,48	8,64
3.	TOP MEDICUS SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ	OPATÓW	108 347,48	8,99
4.	ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W KOŃSKICH	KOŃSKIE	105 516,00	9,00
5.	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ „ARS-MED” W OSTROWCU ŚWIĘTOKRZYSKIM	OSTROWIEC ŚWIĘTOKRZYSKI	65 826,00	9,00
6.	VISUS II - SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ	STARACHOWICE	40 953,60	8,64

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Świadczeniodawcy Świętokrzyskiego OW o najwyższej wartości umów to:

- „MEDYK” (Kielce) – 408 654,00 zł (48,69 proc. wartości umów na świadczenia w zakresie leczenia chorób naczyń w Świętokrzyskim OW NFZ);
- Wojewódzki Szpital Zespolony w Kielcach – 110 004,48 zł (13,11 proc. wartości umów na świadczenia w zakresie leczenia chorób naczyń w Świętokrzyskim OW NFZ);
- TOP Medicus Spółka z Ograniczoną Odpowiedzialnością (Opatów) – 108 347,48 zł (12,91 proc. wartości umów na świadczenia w zakresie leczenia chorób naczyń w Świętokrzyskim OW NFZ).

6.2.14. Warmińsko-Mazurski OW NFZ

Warmińsko-Mazurski OW NFZ w 2015 r. w rodzaju AOS na świadczenia zdrowotne w zakresie leczenia chorób naczyń zawarł umowy z 3 świadczeniodawcami o łącznej wartości 0,7 mln zł. Średnia cena za punkt rozliczeniowy wyniosła 9,3 zł.

Tabela 48. Warmińsko-Mazurski OW NFZ - Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna: Świadczenia w zakresie leczenia chorób naczyń (dane w zł)

WARMIŃSKO-MAZURSKI OW - AOS: ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE LECZENIA CHOROÓB NACZYŃ				
Lp.	Nazwa Świadczeniodawcy	Miasto	Wartości umów	Średnia cena produktu
Razem			682 447,02	9,30
1.	WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY W OLSZTYNIE	OLSZTYN	331 611,03	9,30
2.	WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOLONY W ELBLĄGU	ELBLĄG	239 649,84	9,30
3.	108 SZPITAL WOJSKOWY Z PRZYCHODNIĄ SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W EŁKU	EŁK	111 186,15	9,30

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Świadczeniodawca Warmińsko-Mazurskiego OW o najwyższej wartości umowy to:

- Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie – 331 611,03 zł (48,59 proc. wartości umów na świadczenia w zakresie leczenia chorób naczyń w Warmińsko-Mazurskim OW NFZ).

6.2.15. Wielkopolski OW NFZ

Wielkopolski OW NFZ w 2015 r. w rodzaju AOS na świadczenia zdrowotne w zakresie leczenia chorób naczyń zawarł umowy z 26 świadczeniodawcami o łącznej wartości 4,4 mln zł. Średnia cena za punkt rozliczeniowy wyniosła 8,93 zł.

Tabela 49. Wielkopolski OW NFZ - Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna: Świadczenia w zakresie leczenia chorób naczyń (dane w zł)

WIELKOPOLSKI OW - AOS: ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE LECZENIA CHOROÓB NACZYŃ				
Lp.	Nazwa Świadczeniodawcy	Miasto	Wartości umów	Średnia cena produktu
Razem			4 384 463,32	8,93
1.	SZPITAL KLINICZNY PRZEMIENIENIA PAŃSKIEGO UNIwersYTETU MEDYCZNEGO IM. KAROLA MARCINKOWSKIEGO W POZNANIU	POZNAŃ-STARE MIASTO	667 947,60	9,20
2.	POZNAŃSKI OŚRODEK SPECJALISTYCZNY USŁUG MEDYCZNYCH	POZNAŃ-STARE MIASTO	327 060,00	9,00
3.	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ EUROMED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ	POZNAŃ-GRUNWALD	253 872,00	9,00
4.	CENTRUM MEDYCZNE HCP SPÓŁKA Z O.O. NZOZ CENTRUM MEDYCZNE HCP LECZNICTWO AMBULATORYJNE	POZNAŃ-WILDA	246 707,20	9,20
5.	SPECJALISTYCZNA PRAKTYKA LEKARSKA PIOTR TROJANOWSKI	GNIEZNO	246 707,20	9,20
6.	GABINETY LEKARSKIE MEDICOR	KOŚCIAN	218 183,00	8,78
7.	PRZYCHODNIA GRO-DENT	GRODZISK WIELKOPOLSKI	201 355,20	8,85
8.	AMIKA KONSORCJUM MEDYCZNE SPÓŁKA Z O.O. PRZYCHODNIA SPECJALISTYCZNA	WRZEŚNIA	194 120,00	9,20
9.	ZESPÓŁ ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ OSTRÓW WIELKOPOLSKI	OSTRÓW WIELKOPOLSKI	174 303,20	9,20
10.	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ ALLMED	POZNAŃ-JEŻYCE	173 184,00	9,02
11.	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ ZESPÓŁ PORADNI SPECJALISTYCZNYCH „TERMEDICA”	POZNAŃ-STARE MIASTO	172 776,00	9,20
12.	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ CALISIA	KALISZ	161 955,00	9,15
13.	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ	SZAMOTUŁY	156 712,80	9,20
14.	SPECJALISTYCZNY NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ FIDES	LESZNO	128 947,20	9,20
15.	PULS-MED SPÓŁKA Z O.O.	CHODZIEŻ	125 856,00	9,20
16.	SPECJALISTYCZNE CENTRUM DIAGNOSTYCZNO-LECZNICZE „BAMBERSKI DWÓR”	POZNAŃ-GRUNWALD	118 220,00	9,20
17.	WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOŁONY IM. LUDWIKA PERZYNY W KALISZU	KALISZ	118 041,00	8,25
18.	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD PODSTAWOWEJ I SPECJALISTYCZNEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ HIPOKRATES	POZNAŃ-STARE MIASTO	112 627,20	8,40
19.	NIEPUBLICZNY SPECJALISTYCZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ VILAX	POZNAŃ-GRUNWALD	103 698,00	9,00
20.	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ LESZCZYŃSKIE CENTRUM MEDYCZNE „VENTRICULUS” SPÓŁKA Z O.O.	LESZNO	100 629,60	9,20

WIELKOPOLSKI OW - AOS: ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE LECZENIA CHOROÓB NACZYŃ				
Lp.	Nazwa Świadczeniodawcy	Miasto	Wartości umów	Średnia cena produktu
21.	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ „VENA” PORADNIE SPECJALISTYCZNE S.C.	OSTRZESZÓW	99 166,80	9,20
22.	NZOZ PRZYCHODNIA LEKARZA RODZINNEGO „ALTERIDA”	POZNAŃ-NOWE MIASTO	93 183,60	9,15
23.	SPECJALISTYCZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ „KONSyliUM” PAWEŁ SARNA SPÓŁKA JAWNA	GLINY	71 643,00	8,25
24.	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W KOŚCIANIE	KOŚCIAN	68 268,60	8,28
25.	CENTRUM MEDYCZNE NZOZ PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ GABINETY SPECJALISTYCZNE	KOŚCIAN	44 712,00	8,28
26.	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ CENTERMED POZNAŃ SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ	POZNAŃ-STARE MIASTO	4 587,12	8,28

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Świadczeniodawcy Wielkopolskiego OW o najwyższej wartości umów to:

- Szpital Kliniczny Przemienienia Pańskiego Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego (Poznań – Stare Miasto) – 667 947,60 zł (15,23 proc. wartości umów na świadczenia w zakresie leczenia chorób naczyń w Wielkopolskim OW NFZ);
- Poznański Ośrodek Specjalistyczny Usług Medycznych – 327 060,00 zł (7,46 proc. wartości umów na świadczenia w zakresie leczenia chorób naczyń w Wielkopolskim OW NFZ);
- Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Euromed Spółka z Ograniczoną Odpowiedzialnością (Poznań) – 253 872,00 zł (5,79 proc. wartości umów na świadczenia w zakresie leczenia chorób naczyń w Wielkopolskim OW NFZ).

6.2.16. Zachodniopomorski OW NFZ

Zachodniopomorski OW NFZ w 2015 r. w rodzaju AOS na świadczenia zdrowotne w zakresie leczenia chorób naczyń zawarł umowy z 7 świadczeniodawcami o łącznej wartości 1,1 mln zł. Średnia cena za punkt rozliczeniowy wyniosła 8,48 zł.

Tabela 50. Zachodniopomorski OW NFZ - Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna: Świadczenia w zakresie leczenia chorób naczyń (dane w zł)

ZACHODNIOPOMORSKI OW - AOS: ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE LECZENIA CHOROÓB NACZYŃ				
Lp.	Nazwa Świadczeniodawcy	Miasto	Wartości umów	Średnia cena produktu
Razem			1 066 734,34	8,48
1.	SAMODZIELNY PUBLICZNY SZPITAL KLINICZNY NR 2 POMORSKIEGO UNIwersYTETU MEDYCZNEGO	SZCZECIN	424 334,98	8,57
2.	SZPITAL WOJEWÓDZKI IM. M. KOPERNIKA W KOSZALINIE	KOSZALIN	162 110,12	8,57
3.	SZPITAL W SZCZECINKU SPÓŁKA Z O.O.	SZCZECINEK	153 720,09	8,57
4.	SAMODZIELNY PUBLICZNY WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOLONY	SZCZECIN	145 647,15	8,57

ZACHODNIOPOMORSKI OW - AOS: ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE LECZENIA CHOROÓB NACZYŃ				
Lp.	Nazwa Świadczeniodawcy	Miasto	Wartości umów	Średnia cena produktu
5.	SPECJALISTYCZNY SZPITAL IM. PROF. ALFREDA SOKOŁOWSKIEGO	SZCZECIN	140 787,96	8,57
6.	MEGAMED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ - ODDZIAŁ W NOWYM CZARNOWIE	NOWE CZARNOWO	32 874,52	8,57
7.	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ „MEDICAL CARE” JACEK MATUSIAK	SZCZECIN	7 259,52	7,96

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Świadczeniodawcy Zachodniopomorskiego OW o najwyższej wartości umów to:

- Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 2 Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego (Szczecin) – 424 334,98 zł (39,78 proc. wartości umów na świadczenia w zakresie leczenia chorób naczyń w Zachodniopomorskim OW NFZ);
- Samodzielny Publiczny Wielospecjalistyczny Zakład Opieki Zdrowotnej (Stargard Szczeciński) – 162 110,12 zł (15,2 proc. wartości umów na świadczenia w zakresie leczenia chorób naczyń w Zachodniopomorskim OW NFZ);
- Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Zespolony (Szczecin) – 153 720,09 zł (14,41 proc. wartości umów na świadczenia w zakresie leczenia chorób naczyń w Zachodniopomorskim OW NFZ).

7. CHARAKTERYSTYKA WYBRANYCH ŚWIADCZEŃ Z ZAKRESU CHIRURGII NACZYNIOWEJ SFINANSOWANYCH PRZEZ NFZ

Narodowy Fundusz Zdrowia w 2014 r. sfinansował 54 554 sprawozdanych świadczeń obejmujących wybrane procedury zabiegowe z zakresu chirurgii naczyniowej na ogólną kwotę 623 577 615,80 zł. W niniejszym raporcie analizie poddano wymienione poniżej świadczenia zgodnie z Międzynarodową Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10) oraz Międzynarodową klasyfikacją procedur medycznych (ICD-9-CM). Większość z nich (13) znajduje się w sekcji **Q – Choroby naczyń**, natomiast jedna – H72 AMPUTACJE ROZLEGŁE I DUŻE usytuowana jest w sekcji **H – Choroby układu mięśniowo-szkieletowego**.

- H72 AMPUTACJE ROZLEGŁE I DUŻE;
- Q01 ENDOWASKULARNE ZAOPATRZENIE TĘTNIAKA AORTY;
- Q02 ZABIEGI NACZYNIOWE W OBSZARZE BRZUSZNYM Z PW I REOPERACJE;
- Q03 ZABIEGI NACZYNIOWE W OBSZARZE BRZUSZNYM;
- Q12 ZABIEGI NA TĘTNICACH KOŃCZYN DOLNYCH;
- Q13 POMOSTOWANIE TĘTNIC OBWODOWYCH;
- Q14 POMOSTOWANIE I REKONSTRUKCJA NACZYŃ POZACZASZKOWYCH I KOŃCZYN GÓRNYCH;
- Q41 ZABIEGI ENDOWASKULARNE – 1. GRUPA;
- Q42 ZABIEGI ENDOWASKULARNE – 2. GRUPA;
- Q43 ZABIEGI ENDOWASKULARNE – 3. GRUPA;
- Q44 ZABIEGI ENDOWASKULARNE – 4. GRUPA;
- Q45 ZABIEGI ENDOWASKULARNE – 5. GRUPA;
- Q46 ZABIEGI ENDOWASKULARNE – 6. GRUPA;
- Q47 ZABIEGI ENDOWASKULARNE – 7. GRUPA.

1. Najwyższą wartość sfinansowanych świadczeń wynoszącą 192 542 339,84 zł odnotowano w grupie Q01 ENDOWASKULARNE ZAOPATRZENIE TĘTNIAKA AORTY obejmującej 3 105 sprawozdanych świadczeń. Kolejnymi pod względem wartości finansowania były grupy: H72 AMPUTACJE ROZLEGŁE I DUŻE – 58 663 374,10 zł (grupa najczęściej realizowana przez świadczeniodawców) oraz Q42 ZABIEGI ENDOWASKULARNE – 2. GRUPA o wartości 55 900 315,80 zł.
2. Najniższe wartości świadczeń odnotowano w grupie Q45 ZABIEGI ENDOWASKULARNE – 5. GRUPA – 8 360 357,20 zł oraz Q46 ZABIEGI ENDOWASKULARNE – 6. GRUPA – 8 605 042,04 zł.

Analiza realizacji powyższych świadczeń pod kątem liczby sprawozdanych świadczeń wskazuje, że największą liczbę świadczeń wynoszącą 9 407 odnotowano w grupie H72 AMPUTACJE ROZLEGŁE I DUŻE oraz Q42 ZABIEGI ENDOWASKULARNE – 2. GRUPA z liczbą 7 849 sprawozdanych świadczeń. Najmniej zrealizowanych świadczeń odnotowano w grupach Q45 ZABIEGI ENDOWASKULARNE – 5. GRUPA oraz Q46 ZABIEGI ENDOWASKULARNE – 6. GRUPA, odpowiednio 857 i 697 sprawozdanych świadczeń.

Najwyższą jednostkową wartość sfinansowanego świadczenia wynoszącą 62 010,42 zł odnotowano w grupie Q41 ENDOWASKULARNE ZAOPATRZENIE TĘTNIAKA AORTY. Wartości jednostkowe pozostałych sprawozdanych świadczeń we wszystkich analizowanych grupach wynosiły od 13 852,00 zł w grupie Q02 ZABIEGI NACZYNIOWE W OBSZARZE BRZUSZNYM Z PW I REOPERACJE do 4 875,70 zł w grupie Q41 ZABIEGI ENDOWASKULARNE – 1. GRUPA.

Tabela 51 Liczba i wartość wybranych zabiegów z zakresu chirurgii naczyniowej w 2014 r.

Nazwa produktu	Liczba unikalnych nr PESEL	Liczba sprawozdanych świadczeń	Wartość sprawozdanych świadczeń
H72 AMPUTACJE ROZLEGŁE I DUŻE	8 815	9 407	58 663 374,10
Q01 ENDOWASKULARNE ZAOPATRZENIE TĘTNIAKA AORTY	3 048	3 105	192 542 339,84
Q02 ZABIEGI NACZYNIOWE W OBSZARZE BRZUSZNYM Z PW I REOPERACJE	2 448	2 517	34 865 483,70
Q03 ZABIEGI NACZYNIOWE W OBSZARZE BRZUSZNYM	3 309	3 343	30 138 629,59
Q12 ZABIEGI NA TĘTNICACH KOŃCZYN DOLNYCH	5 531	5 845	44 448 424,03
Q13 POMOSTOWANIE TĘTNIC OBWODOWYCH	2 503	2 584	27 595 737,66
Q14 POMOSTOWANIE I REKONSTRUCJA NACZYŃ POZACZASZKOWYCH I KOŃCZYN GÓRNYCH	5 194	5 403	42 019 227,52
Q41 ZABIEGI ENDOWASKULARNE - 1. GRUPA	3 407	3 618	17 640 294,72
Q42 ZABIEGI ENDOWASKULARNE - 2. GRUPA	7 348	7 849	55 900 315,80
Q43 ZABIEGI ENDOWASKULARNE - 3. GRUPA	2 654	2 751	25 398 176,40
Q44 ZABIEGI ENDOWASKULARNE - 4. GRUPA	3 428	3 586	38 545 243,80
Q45 ZABIEGI ENDOWASKULARNE - 5. GRUPA	812	857	8 360 357,20
Q46 ZABIEGI ENDOWASKULARNE - 6. GRUPA	643	697	8 605 042,04
Q47 ZABIEGI ENDOWASKULARNE - 7. GRUPA	2 839	2 982	38 854 969,40
RAZEM		54 544	623 577 615,80

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Analiza sprawozdanych i rozliczonych 54 544 świadczeń na ogólną kwotę 623 577 615,80 zł wskazuje na duże różnice regionalne w ich realizacji. Największą liczbę 8 367 świadczeń o wartości 109 408 158,10 zł sprawozdano w województwie mazowieckim. Kolejnymi województwami, w których sprawozdano wysoką liczbę świadczeń były województwa: śląskie i małopolskie, z odpowiednio 6 730 i 5 710 zrealizowanymi świadczeniami o wartościach 79 363 600,36 zł oraz 55 002 658,07 zł.

Najmniej sprawozdanych świadczeń odnotowano w województwach podlaskim (1 176 świadczeń o wartości całkowitej 12 795 259,36 zł), warmińsko-mazurskim (1 477 świadczeń o wartości całkowitej 15 209 425,84 zł) oraz lubuskim (1 531 świadczeń o wartości 14 552 273,74 zł).

Tabela 52 Liczba i wartość wybranych zabiegów z zakresu chirurgii naczyniowej w 2014 r. w podziale na OW NFZ

Nazwa OW NFZ	Liczba sprawozdanych świadczeń	Wartość sprawozdanych świadczeń
Dolnośląski	4 463,00	49 187 185,32
Kujawsko-Pomorski	2 763,00	37 373 525,30
Lubelski	3 159,00	39 107 297,84
Lubuski	1 531,00	14 552 273,74
Łódzki	2 778,00	33 082 300,04
Małopolski	5 710,00	55 002 658,07
Mazowiecki	8 367,00	109 408 158,10
Opolski	1 739,00	17 100 916,32
Podkarpacki	2 737,00	31 799 290,64
Podlaski	1 176,00	12 795 259,36
Pomorski	2 829,00	31 371 189,98

Nazwa OW NFZ	Liczba sprawozdanych świadczeń	Wartość sprawozdanych świadczeń
Śląski	6 730,00	79 363 600,36
Świętokrzyski	1 856,00	22 211 758,13
Warmińsko-Mazurski	1 477,00	15 209 425,84
Wielkopolski	3 960,00	41 072 196,80
Zachodniopomorski	3 269,00	34 940 579,96
RAZEM	54 544,00	623 577 615,80

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Grupa H72

Najczęściej sprawozdawaną w 2014 r. była grupa H72 AMPUTACJE ROZLEGŁE I DUŻE. Najwięcej świadczeń zrealizowanych zostało w oddziałach chirurgii ogólnej (78 proc.), następnie chirurgii naczyniowej (9,6 proc.), ortopedii (7,7 proc.) oraz chirurgii naczyniowej II poziom referencyjny (2,23 proc.).

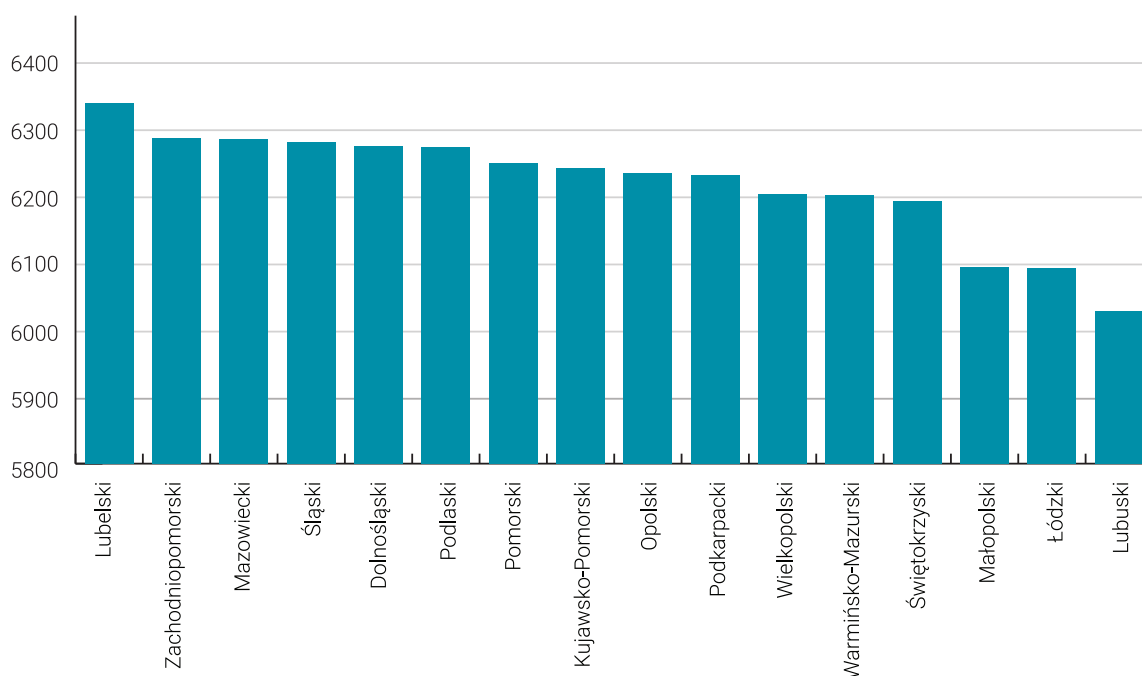
W grupie tej sprawozdano ogółem 9 407 świadczeń o wartości 58 663 374,10 zł. Największą liczbę sprawozdanych świadczeń odnotowano w województwie śląskim – 1 409 świadczeń o wartości 8 854 237,48 zł oraz mazowieckim – 1 127 świadczeń o wartości 7 084 059,20 zł. Najmniej świadczeń w tej grupie zrealizowano w województwach podlaskim – 245 świadczeń o wartości 1 537 120,00 zł oraz lubuskim – 248 świadczeń o wartości 1 496 380,88 zł.

Tabela 53. H72 AMPUTACJE ROZLEGŁE I DUŻE

Nazwa OW NFZ	Liczba sprawozdanych świadczeń	Wartość sprawozdanych świadczeń	Średnia wartość świadczenia
Dolnośląski	808	5 075 741,32	6281,86
Kujawsko-Pomorski	472	2 949 316,00	6248,55
Lubelski	579	3 667 716,00	6334,57
Lubuski	248	1 496 380,88	6033,79
Łódzki	558	3 396 733,86	6087,34
Małopolski	679	4 135 308,83	6090,29
Mazowiecki	1 127	7 084 059,20	6285,77
Opolski	333	2 076 204,00	6234,85
Podkarpacki	458	2 855 466,64	6234,64
Podlaski	245	1 537 120,00	6273,96
Pomorski	636	3 982 263,08	6261,42
Śląski	1 409	8 854 237,48	6284,06
Świętokrzyski	311	1 924 758,05	6188,93
Warmińsko-Mazurski	314	1 949 528,80	6208,69
Wielkopolski	809	5 031 104,00	6218,92
Zachodniopomorski	421	2 647 435,96	6288,45
RAZEM	9 407	58 663 374,10	6236,14

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Średnia wartość jednostkowa świadczenia w tej grupie w Polsce wyniosła 6 236,14 zł. Najwyższe jednostkowe wartości świadczeń wynoszące 6 334,57 zł odnotowano w województwie lubelskim, natomiast najniższe, wynoszące 6 033,79 zł w województwie lubuskim. Różnica pomiędzy najwyższą a najniższą jednostkową wartością świadczenia wyniosła 300,78 zł (5 proc.).

Wykres 12. H72 AMPUTACJE ROZLEGŁE I DUŻE – średnia wartość świadczenia (malejąco)


Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Grupa Q01

W grupie Q01, która wygenerowała najwyższe wydatki publicznego płatnika, sprawozdano ogółem 3 105 świadczeń o wartości 192 542 339,84 zł.

Najwięcej świadczeń zrealizowanych zostało w oddziałach chirurgii naczyniowej (70,1 proc.), następnie chirurgii naczyniowej II poziom referencyjny (25,6 proc.) oraz kardiochirurgii (4,4 proc.).

Największą liczbę sprawozdanych świadczeń odnotowano w województwie mazowieckim – 729 świadczeń o wartości 46 122 904,32 zł oraz śląskim – 394 świadczenia o wartości 24 905 479,68 zł. Najmniej świadczeń w tej grupie zrealizowano i sprawozdano w województwach lubuskim – 32 świadczenia o wartości 1 852 697,60 zł oraz warmińsko-mazurskim – 48 świadczeń o wartości 3 088 883,20 zł.

Tabela 54. Q01 ENDOWASKULARNE ZAOPATRZENIE TĘTNIAKA AORTY

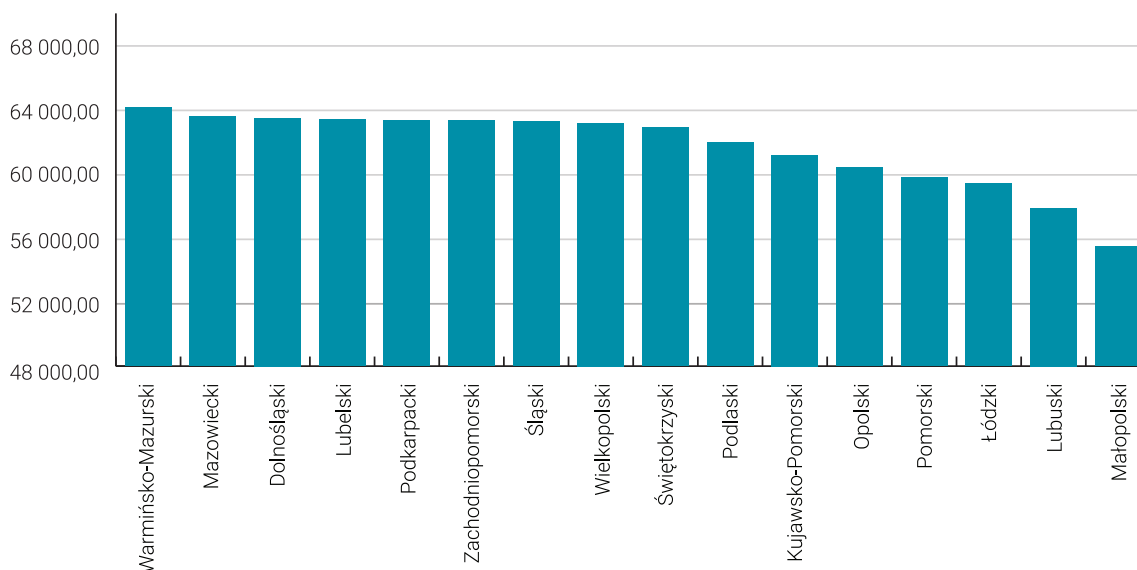
Nazwa OW NFZ	Liczba sprawozdanych świadczeń	Wartość sprawozdanych świadczeń	Średnia wartość świadczenia
Dolnośląski	200	12 646 400,00	63 232,00
Kujawsko-Pomorski	250	15 337 529,60	61 350,12
Lubelski	211	13 341 952,00	63 232,00
Lubuski	32	1 852 697,60	57 896,80
Łódzki	227	13 443 536,64	59 222,63
Małopolski	186	10 294 777,60	55 348,27
Mazowiecki	729	46 122 904,32	63 268,73
Opolski	68	4 123 115,52	60 634,05
Podkarpacki	156	9 864 192,00	63 232,00
Podlaski	50	3 109 749,76	62 195,00
Pomorski	161	9 605 208,32	59 659,68

Nazwa OW NFZ	Liczba sprawozdanych świadczeń	Wartość sprawozdanych świadczeń	Średnia wartość świadczenia
Śląski	394	24 905 479,68	63 211,88
Świętokrzyski	125	7 866 060,80	62 928,49
Warmińsko-Mazurski	48	3 088 883,20	64 351,73
Wielkopolski	133	8 403 532,80	63 184,46
Zachodniopomorski	135	8 536 320,00	63 232,00
RAZEM	3 105	192 542 339,84	62 010,42

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Średnia jednostkowa wartość świadczenia w grupie Q01 wyniosła 62 010,42 zł. Najwyższe jednostkowe wartości świadczeń wynoszące 64 351,73 zł odnotowano w województwie warmińsko-mazurskim, natomiast najniższe wynoszące 55 348,27 zł w województwie małopolskim. Różnica pomiędzy najwyższą a najniższą jednostkową wartością świadczenia wyniosła aż 9 003,46 zł (14 proc.).

Wykres 13. Q01 ENDOWASKULARNE ZAOPATRZENIE TĘTNIKA AORTY – średnia wartość świadczenia (malejąco)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Grupa Q02

W grupie Q02 sprawozdano ogółem 2 517 świadczeń o wartości 34 865 483,70 zł.

Najwięcej świadczeń zrealizowanych zostało w oddziałach chirurgii naczyniowej (77 proc.), następnie chirurgii naczyniowej II poziom referencyjny (20,4 proc.) oraz chirurgii ogólnej (2,6 proc.).

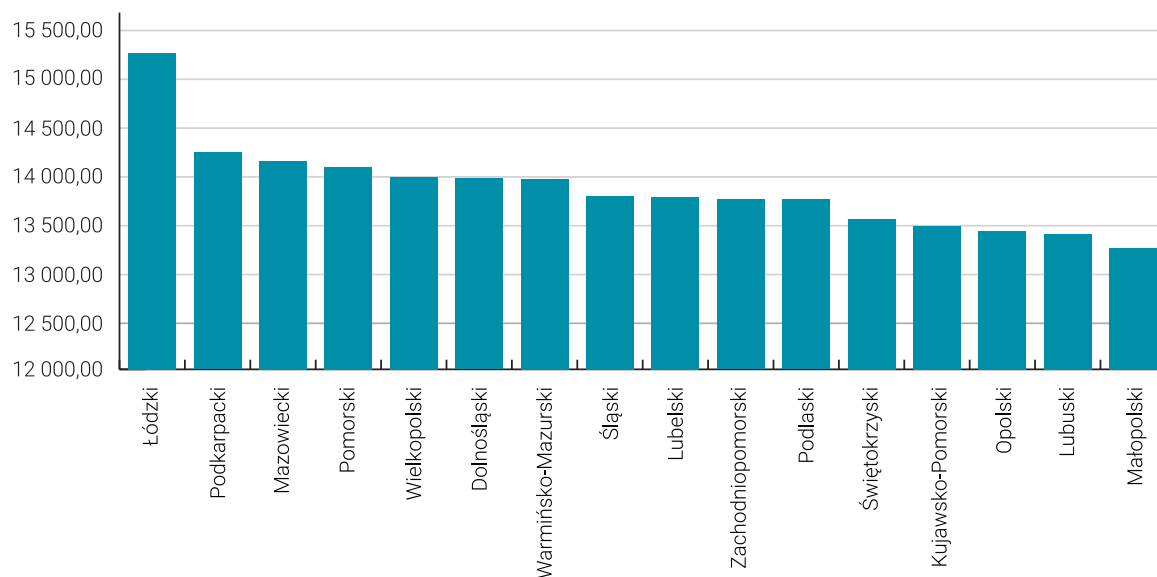
Największą liczbę sprawozdanych świadczeń odnotowano w województwie śląskim – 354 świadczenia o wartości 4 893 768,00 zł oraz mazowieckim – 275 świadczeń o wartości 3 888 151,20 zł. Najmniej świadczeń w tej grupie zrealizowano i sprawozdano w województwie podlaskim – 21 świadczeń o wartości 288 100,80 zł oraz województwie zachodniopomorskim 22 świadczenia o wartości 302 016,00 zł.

Tabela 55. Q02 ZABIEGI NACZYNIOWE W OBSZARZE BRZUSZNYM Z PW I REOPERACJE

Nazwa OW NFZ	Liczba sprawozdanych świadczeń	Wartość sprawozdanych świadczeń	Średnia wartość świadczenia
Dolnośląski	187	2 608 632,00	13 949,90
Kujawsko-Pomorski	187	2 530 808,10	13 533,73
Lubelski	176	2 431 104,00	13 813,09
Lubuski	178	2 375 939,76	13 347,98
Łódzki	94	1 432 874,64	15 243,35
Małopolski	229	3 029 644,80	13 229,89
Mazowiecki	275	3 888 151,20	14 138,73
Opolski	37	495 610,56	13 394,88
Podkarpacki	185	2 632 032,00	14 227,20
Podlaski	21	288 100,80	13 719,09
Pomorski	112	1 580 083,44	14 107,89
Śląski	354	4 893 768,00	13 824,20
Świętokrzyski	137	1 865 510,40	13 616,86
Warmińsko-Mazurski	79	1 101 048,00	13 937,32
Wielkopolski	244	3 410 160,00	13 976,07
Zachodniopomorski	22	302 016,00	13 728,00
RAZEM	2 517	34 865 483,70	13 852,00

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Średnia wartość jednostkowa świadczenia w grupie Q02 wyniosła 13 852,00 zł. Najwyższą jednostkową wartość świadczeń wynoszącą 15 243,35 zł odnotowano w województwie łódzkim, najniższą zaś wynoszącą 13 229,89 zł rozliczono w województwie małopolskim. Różnica pomiędzy najwyższą a najniższą jednostkową wartością świadczenia wyniosła 2 013,46 zł (13 proc.).

Wykres 14. Q02 ZABIEGI NACZYNIOWE W OBSZARZE BRZUSZNYM Z PW I REOPERACJE – średnia wartość świadczenia (malejąco)


Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Grupa Q03

W grupie Q03 sprawozdano ogółem 3 343 świadczenia o wartości 30 138 629,59 zł.

Najwięcej świadczeń zrealizowanych zostało w oddziałach chirurgii naczyniowej (67,7 proc.), następnie chirurgii naczyniowej II poziom referencyjny (20,9 proc.) oraz chirurgii ogólnej (10 proc.) oraz chirurgii dziecięcej (1,2 proc.).

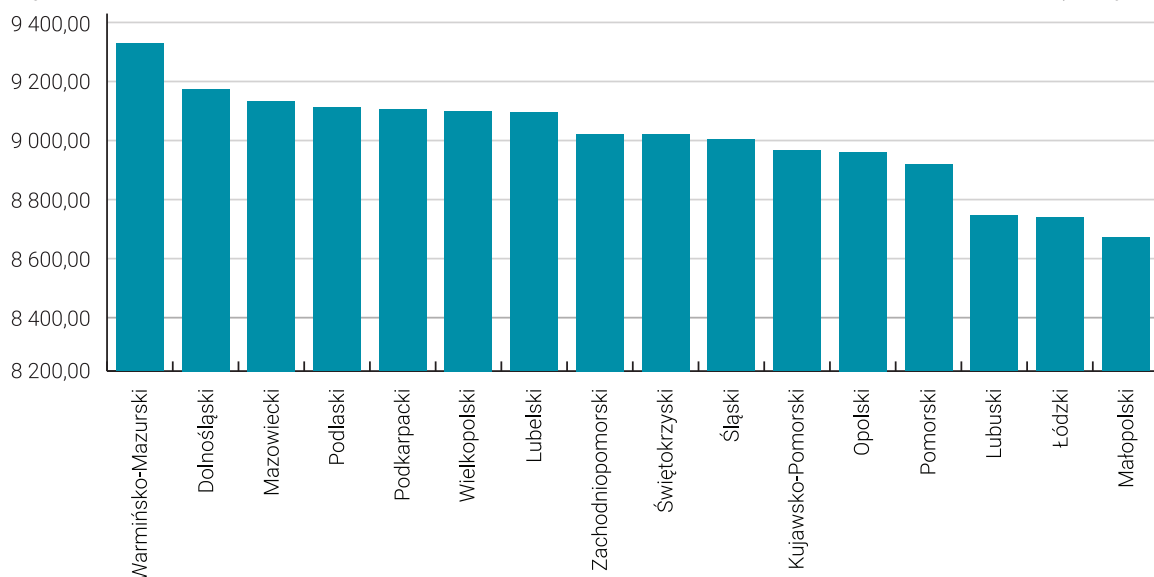
Największą liczbę sprawozdanych świadczeń odnotowano w województwie mazowieckim – 450 świadczeń o wartości 4 105 152,30 zł oraz wielkopolskim – 418 świadczeń o wartości 3 799 364,40 zł. Najmniej świadczeń w tej grupie rozliczono w województwie świętokrzyskim – 63 o wartości 568 863,36 zł oraz lubuskim – 67 o wartości 585 121,68 zł.

Tabela 56. Q03 ZABIEGI NACZYNIOWE W OBSZARZE BRZUSZNYM

Nazwa OW NFZ	Liczba sprawozdanych świadczeń	Wartość sprawozdanych świadczeń	Średnia wartość świadczenia
Dolnośląski	412	3 775 304,00	9 163,36
Kujawsko-Pomorski	104	930 098,35	8 943,25
Lubelski	153	1 389 669,84	9 082,81
Lubuski	67	585 121,68	8 733,16
Łódzki	166	1 447 632,58	8 720,68
Małopolski	307	2 659 552,44	8 663,04
Mazowiecki	450	4 105 152,30	9 122,56
Opolski	94	839 252,48	8 928,22
Podkarpacki	85	773 396,00	9 098,78
Podlaski	72	655 345,60	9 102,02
Pomorski	148	1 317 956,72	8 905,11
Śląski	416	3 745 134,00	9 002,73
Świętokrzyski	63	568 863,36	9 029,58
Warmińsko-Mazurski	137	1 277 869,84	9 327,52
Wielkopolski	418	3 799 364,40	9 089,39
Zachodniopomorski	251	2 268 916,00	9 039,51
RAZEM	3 343	30 138 629,59	9 015,44

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Średnia wartość jednostkowa świadczenia w grupie Q03 wyniosła 9 015,44 zł. Najwyższą jednostkową wartość hospitalizacji rozliczonej w tej grupie wynoszącą 9 327,52 zł odnotowano w województwie warmińsko-mazurskim, najniższą natomiast wynoszącą 8 663,04 zł rozliczono w województwie małopolskim. Różnica pomiędzy najwyższą a najniższą jednostkową wartością świadczenia wyniosła 664,48 zł (7 proc.).

Wykres 15. Q03 ZABIEGI NACZYNIOWE W OBSZARZE BRZUSZNYM – średnia wartość świadczenia (malejąco)


Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Grupa Q12

W grupie Q12 sprawozdano ogółem 5 845 świadczeń o wartości 44 448 424,03 zł.

Najwięcej świadczeń zrealizowanych zostało w oddziałach chirurgii naczyniowej (69,5 proc.), następnie chirurgii naczyniowej II poziom referencyjny (15,7 proc.) oraz chirurgii ogólnej (14,4 proc.).

Największą liczbę sprawozdanych świadczeń odnotowano w województwie mazowieckim – 865 świadczeń o wartości 6 734 948,30 zł oraz śląskim – 717 o wartości 5 551 096,20 zł. Najmniej świadczeń w tej grupie zrealizowano w województwie lubuskim – 118 świadczeń o wartości 893 318,67 zł oraz podlaskim – 150 świadczeń o wartości 1 182 168,00 zł.

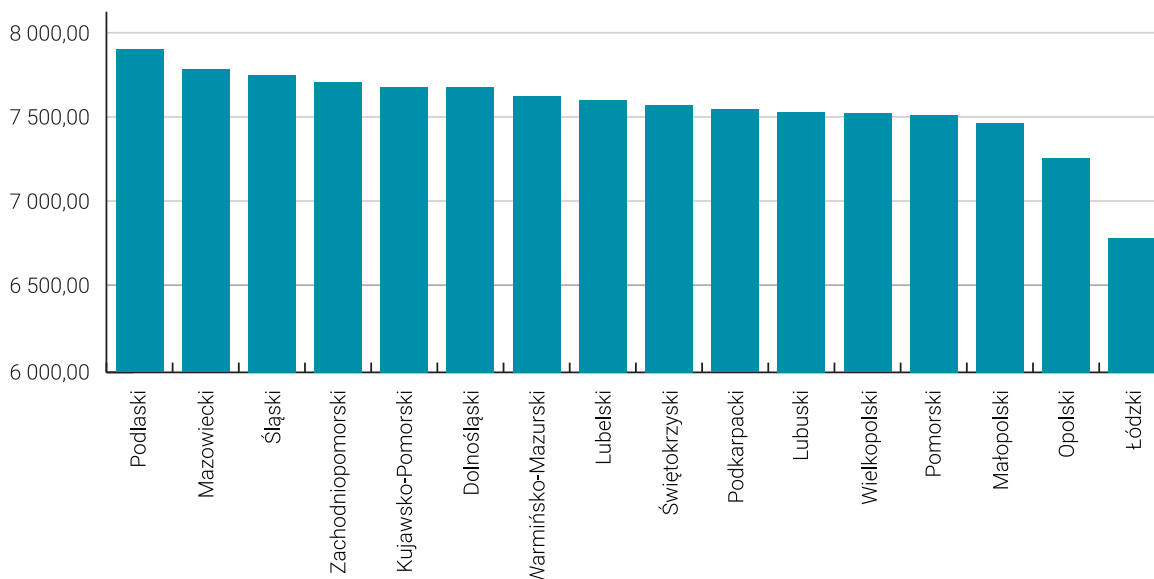
Tabela 57. Q12 ZABIEGI NA TĘTNICACH KOŃCZYN DOLNYCH

Nazwa OW NFZ	Liczba sprawozdanych świadczeń	Wartość sprawozdanych świadczeń	Średnia wartość świadczenia
Dolnośląski	628	4 839 536,00	7 706,27
Kujawsko-Pomorski	249	1 919 284,40	7 707,97
Lubelski	372	2 835 352,00	7 621,91
Lubuski	118	893 318,67	7 570,50
Łódzki	289	1 961 608,71	6 787,57
Małopolski	480	3 573 649,43	7 445,10
Mazowiecki	865	6 734 948,30	7 786,07
Opolski	227	1 647 611,04	7 258,20
Podkarpacki	404	3 067 480,00	7 592,77
Podlaski	150	1 182 168,00	7 881,12
Pomorski	297	2 239 133,44	7 539,17
Śląski	717	5 551 096,20	7 742,11
Świętokrzyski	308	2 342 226,64	7 604,63
Warmińsko-Mazurski	160	1 224 392,00	7 652,45
Wielkopolski	260	1 961 055,20	7 542,52
Zachodniopomorski	321	2 475 564,00	7 712,04
RAZEM	5 845	44 448 424,03	7 604,52

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Średnia wartość jednostkowa świadczenia w grupie Q12 wyniosła 7 604,52 zł. Najwyższą jednostkową wartość świadczeń na poziomie 7 881,12 zł rozliczono w województwie podlaskim, natomiast najniższą, wynoszącą 6 787,57 zł odnotowano w województwie łódzkim. Różnica pomiędzy najwyższą a najniższą jednostkową wartością świadczenia wyniosła 1 093,55 zł (14 proc.).

Wykres 16. Q12 ZABIEGI NA TĘTNICACH KOŃCZYN DOLNYCH – średnia wartość świadczenia (malejąco)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Grupa Q13

W grupie Q13 sprawozdano ogółem 2 584 świadczenia o wartości 27 595 737,66 zł.

Najwięcej świadczeń zrealizowanych zostało w oddziałach chirurgii naczyniowej (75,8 proc.), następnie chirurgii naczyniowej II poziom referencyjny (16,2 proc.) oraz chirurgii ogólnej (7,8 proc.).

Największą liczbę sprawozdanych świadczeń odnotowano w województwie śląskim – 568 świadczeń o wartości 6 114 791,40 zł oraz zachodniopomorskim – 263 świadczenia o wartości 2 823 652,00 zł. Najmniej świadczeń w tej grupie zrealizowano w województwie dolnośląskim – 46 świadczeń o wartości 488 384,00 zł oraz podkarpackim – 54 hospitalizacje o wartości 601 848,00 zł.

Tabela 58. Q13 POMOSTOWANIE TĘTNIC OBWODOWYCH

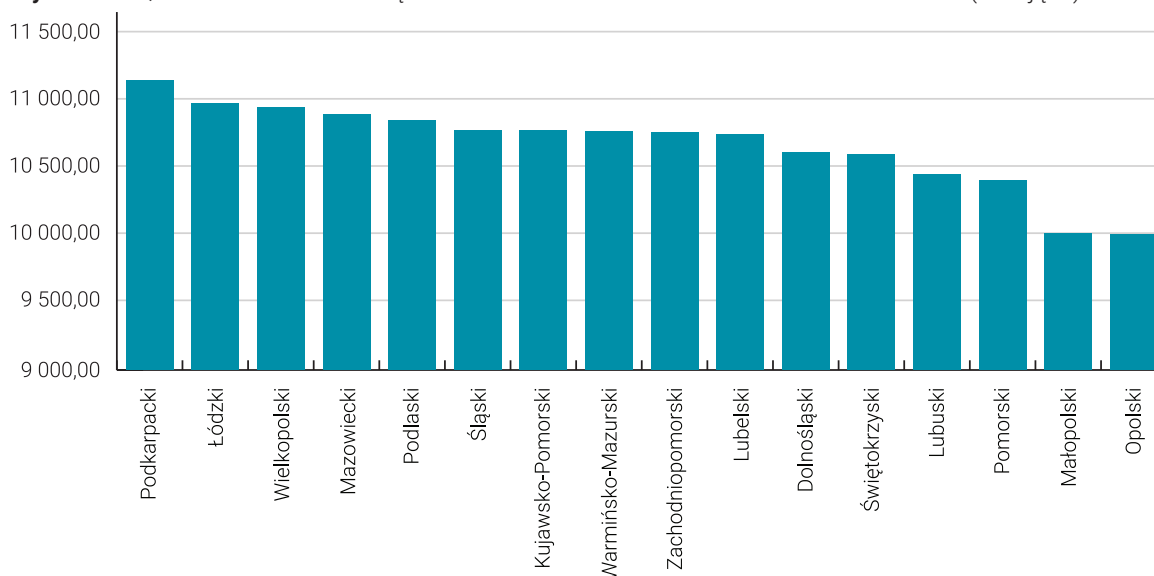
Nazwa OW NFZ	Liczba sprawozdanych świadczeń	Wartość sprawozdanych świadczeń	Średnia wartość świadczenia
Dolnośląski	46	488 384,00	10 617,04
Kujawsko-Pomorski	113	1 214 277,10	10 745,82
Lubelski	172	1 844 960,00	10 726,51
Lubuski	102	1 062 589,37	10 417,54
Łódzki	121	1 324 937,40	10 949,90
Małopolski	151	1 510 591,41	10 003,92
Mazowiecki	243	2 639 356,90	10 861,55
Opolski	56	558 688,48	9 976,58
Podkarpacki	54	601 848,00	11 145,33
Podlaski	55	594 765,60	10 813,92
Pomorski	202	2 090 377,84	10 348,41
Śląski	568	6 114 791,40	10 765,48
Świętokrzyski	112	1 185 884,96	10 588,26

Nazwa OW NFZ	Liczba sprawozdanych świadczeń	Wartość sprawozdanych świadczeń	Średnia wartość świadczenia
Warmińsko-Mazurski	81	870 324,00	10 744,74
Wielkopolski	245	2 670 309,20	10 899,22
Zachodniopomorski	263	2 823 652,00	10 736,32
RAZEM	2 584	27 595 737,66	10 679,47

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Średnia wartość jednostkowa świadczenia w grupie Q13 w Polsce wyniosła 10 679,47 zł. Najwyższą jednostkową wartość świadczenia wynoszącą 11 145,33 zł odnotowano w województwie podkarpackim, natomiast najniższą wynoszącą 9 976,58 zł rozliczono w województwie opolskim. Różnica pomiędzy najwyższą a najniższą jednostkową wartością świadczenia wyniosła 1 168,75 zł (10 proc.).

Wykres 17. Q13 POMOSTOWANIE TĘTNIC OBWODOWYCH – średnia wartość świadczenia (malejąco)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Grupa Q14

W grupie Q14 sprawozdano ogółem 5 403 świadczenia o wartości 42 019 227,52 zł.

Najwięcej świadczeń zrealizowanych zostało w oddziałach chirurgii naczyniowej (71,5 proc.), następnie chirurgii naczyniowej II poziom referencyjny (18,7 proc.) oraz chirurgii ogólnej (9,3 proc.).

Największą liczbę sprawozdanych świadczeń odnotowano w województwie mazowieckim – 867 świadczeń o wartości 6 863 970,88 zł oraz dolnośląskim – 829 świadczenia o wartości 6 552 416,00 zł. Najmniej świadczeń w tej grupie zrealizowano w województwie podlaskim – 57 świadczeń o wartości 442 873,60 zł oraz lubuskim – 85 świadczeń o wartości 632 076,80 zł.

Tabela 59. Q14 POMOSTOWANIE I REKONSTRUCJA NACZYŃ POZACZASZKOWYCH I KOŃCZYN GÓRNYCH

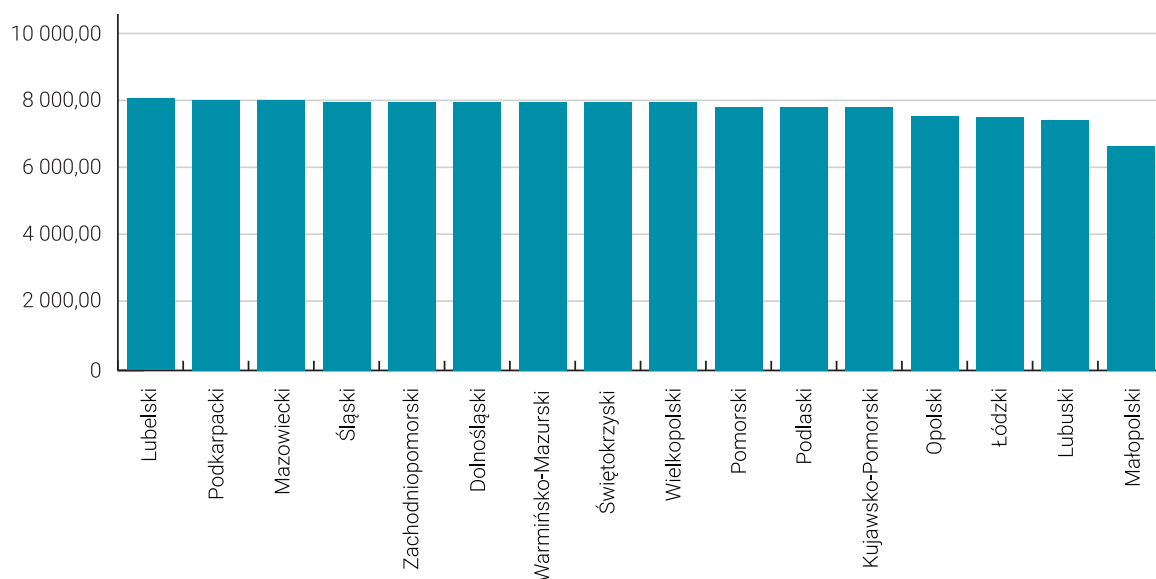
Nazwa OW NFZ	Liczba sprawozdanych świadczeń	Wartość sprawozdanych świadczeń	Średnia wartość świadczenia
Dolnośląski	829	6 552 416,00	7 904,00
Kujawsko-Pomorski	261	2 013 354,00	7 714,00
Lubelski	190	1 540 136,00	8 105,98

Lubuski	85	632 076,80	7 436,20
Łódzki	336	2 531 354,72	7 533,79
Małopolski	337	2 218 709,04	6 583,71
Mazowiecki	867	6 863 970,88	7 916,92
Opolski	95	715 834,88	7 535,10
Podkarpacki	208	1 652 144,00	7 943,00
Podlaski	57	442 873,60	7 769,71
Pomorski	403	3 138 229,76	7 787,17
Śląski	513	4 059 965,60	7 914,16
Świętokrzyski	184	1 454 263,04	7 903,60
Warmińsko-Mazurski	96	758 784,00	7 904,00
Wielkopolski	476	3 759 667,20	7 898,46
Zachodniopomorski	466	3 685 448,00	7 908,69
RAZEM	5 403	42 019 227,52	7 777,02

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Średnia wartość jednostkowa świadczenia w grupie Q14 wyniosła 7 777,02 zł. Najwyższą jednostkową wartość świadczenia na poziomie 8 105,98 zł odnotowano w województwie lubelskim, natomiast najniższą wynoszącą 6 583,71 zł rozliczono w województwie małopolskim. Różnica pomiędzy najwyższą a najniższą jednostkową wartością świadczenia wyniosła aż 1 522,27 zł (19 proc.).

Wykres 18. Q14 POMOSTOWANIE I REKONSTRUCJA NACZYŃ POZACZASZKOWYCH I KOŃCZYN GÓRNYCH – średnia wartość świadczenia (malejąco)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Grupa Q41

W grupie Q41 sprawozdano ogółem 3 618 świadczeń o wartości 17 640 294,72 zł.

Najwięcej świadczeń zrealizowanych zostało w oddziałach chirurgii naczyniowej (73,1 proc.), następnie chirurgii naczyniowej II poziom referencyjny (14,4 proc.), angiologii (6,5 proc.), kardiologii (3,7 proc.) oraz chirurgii dziecięcej (1,4 proc.).

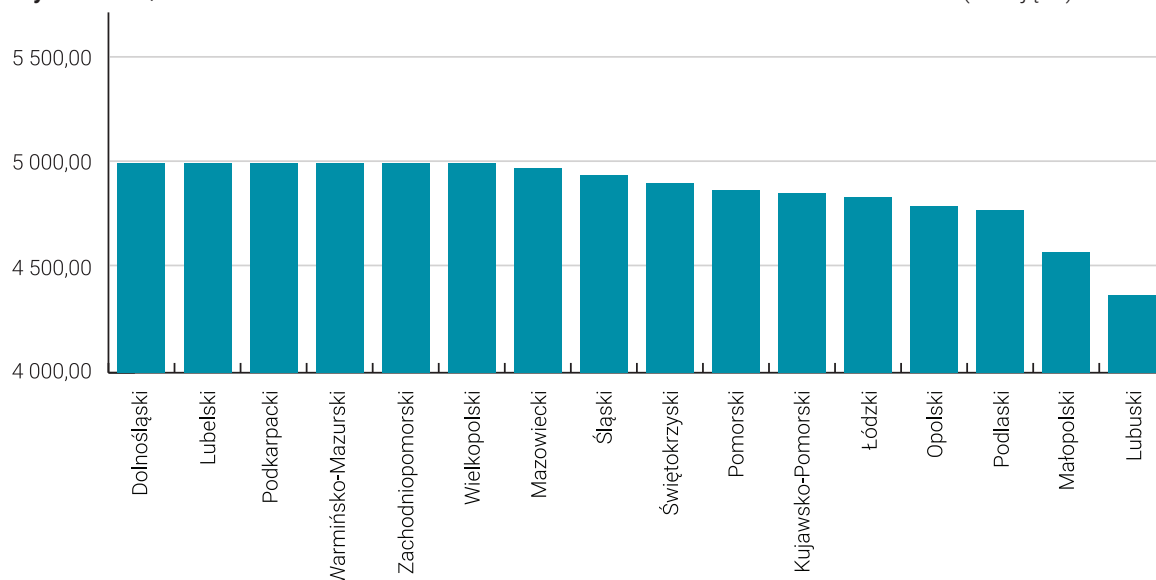
Największą liczbę sprawozdanych świadczeń odnotowano w województwie mazowieckim – 750 świadczeń o wartości 3 722 064,00 zł oraz małopolskim – 447 świadczeń o wartości 2 035 710,72 zł. Najmniej świadczeń w tej grupie zrealizowano w województwie podlaskim – 45 świadczeń o wartości 214 656,00 zł oraz opolskim – 95 świadczeń o wartości 454 425,60 zł.

Tabela 60. Q41 ZABIEGI ENDOWASKULARNE – 1. GRUPA

Nazwa OW NFZ	Liczba sprawozdanych świadczeń	Wartość sprawozdanych świadczeń	Średnia wartość świadczenia
Dolnośląski	184	918 528,00	4 992,00
Kujawsko-Pomorski	111	539 673,60	4 861,92
Lubelski	244	1 218 048,00	4 992,00
Lubuski	124	547 619,52	4 416,29
Łódzki	283	1 368 816,00	4 836,81
Małopolski	447	2 035 710,72	4 554,16
Mazowiecki	750	3 722 064,00	4 962,75
Opolski	95	454 425,60	4 783,43
Podkarpacki	152	758 784,00	4 992,00
Podlaski	45	214 656,00	4 770,13
Pomorski	152	743 587,20	4 892,02
Śląski	353	1 740 864,00	4 931,63
Świętokrzyski	97	477 934,08	4 927,16
Warmińsko-Mazurski	106	529 152,00	4 992,00
Wielkopolski	262	1 307 136,00	4 989,07
Zachodniopomorski	213	1 063 296,00	4 992,00
RAZEM	3 618	17 640 294,72	4 875,70

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Średnia wartość jednostkowa świadczenia w grupie Q41 wyniosła 4 875,70 zł. Najwyższą jednostkową wartość świadczenia – 4 992,00 zł odnotowano w województwach dolnośląskim, lubelskim, podkarpackim, warmińsko-mazurskim i zachodniopomorskim, natomiast najniższą wynoszącą 4 416,29 zł rozliczono w województwie lubuskim. Różnica pomiędzy najwyższą a najniższą jednostkową wartością świadczenia wyniosła 575,71 zł (11 proc.).

Wykres 19. Q41 ZABIEGI ENDOWASKULARNE – 1. GRUPA – średnia wartość świadczenia (malejąco)


Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Grupa Q42

W grupie Q42 sprawozdano ogółem 7 849 świadczeń o wartości 55 900 315,80 zł.

Najwięcej świadczeń zrealizowanych zostało w oddziałach chirurgii naczyniowej (72,2 proc.), następnie chirurgii naczyniowej II poziom referencyjny (17,7 proc.), angiologii (7,9 proc.) oraz kardiologii (2,2 proc.).

Największą liczbę sprawozdanych świadczeń odnotowano w województwie mazowieckim – 1 451 świadczeń o wartości 10 523 730,00 zł oraz małopolskim – 1 294 świadczenia o wartości 8 878 609,60 zł. Najmniej świadczeń w tej grupie rozliczono w województwie podlaskim – 159 świadczeń o wartości 1 140 048,00 zł oraz warmińsko - mazurskim – 193 świadczenia o wartości 1 405 040,00 zł.

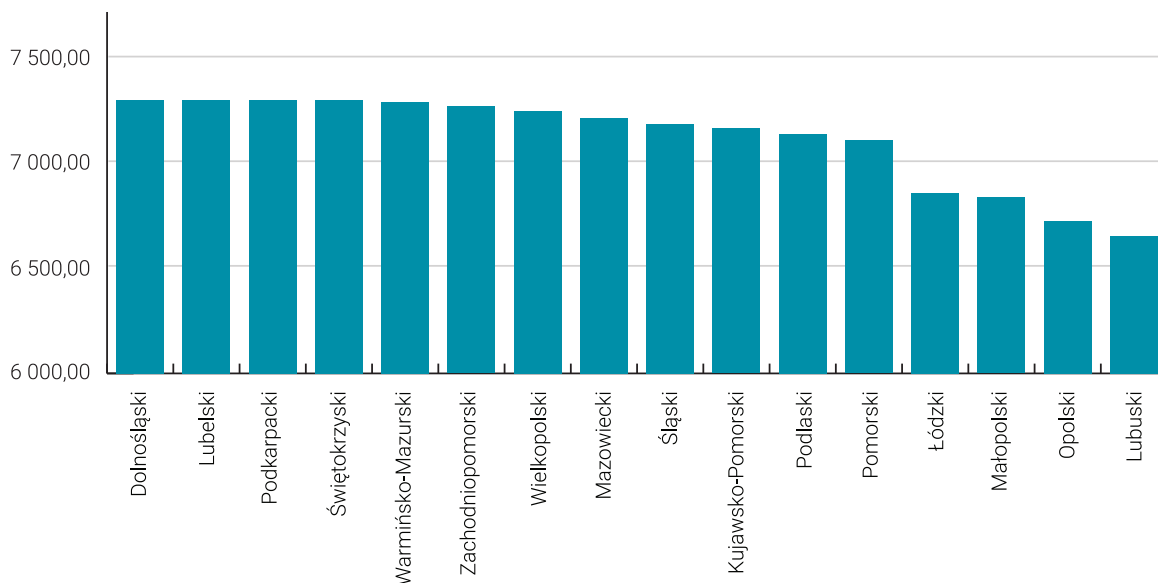
Tabela 61. Q42 ZABIEGI ENDOWASKULARNE – 2. GRUPA

Nazwa OW NFZ	Liczba sprawozdanych świadczeń	Wartość sprawozdanych świadczeń	Średnia wartość świadczenia
Dolnośląski	322	2 344 160,00	7 280,00
Kujawsko-Pomorski	303	2 177 448,00	7 186,30
Lubelski	347	2 526 160,00	7 280,00
Lubuski	258	1 713 345,20	6 640,87
Łódzki	377	2 595 506,20	6 884,63
Małopolski	1 294	8 878 609,60	6 861,37
Mazowiecki	1 451	10 523 730,00	7 252,74
Opolski	337	2 266 073,60	6 724,25
Podkarpacki	428	3 115 840,00	7 280,00
Podlaski	159	1 140 048,00	7 170,11
Pomorski	325	2 312 671,20	7 115,91
Śląski	802	5 784 632,00	7 212,76
Świętokrzyski	277	2 016 560,00	7 280,00
Warmińsko-Mazurski	193	1 405 040,00	7 280,00
Wielkopolski	454	3 300 332,00	7 269,45
Zachodniopomorski	522	3 800 160,00	7 280,00
RAZEM	7 849	55 900 315,80	7 121,97

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Średnia wartość jednostkowa świadczenia w grupie Q42 wyniosła 7 121,97 zł. Najwyższe jednostkowe wartości świadczeń wynoszące 7 280,00 zł rozliczono w województwach dolnośląskim, lubelskim, podkarpackim, świętokrzyskim, warmińsko-mazurskim i zachodniopomorskim, natomiast najniższą wartość sprawozdanego świadczenia na poziomie 6 640,87 zł odnotowano w województwie lubuskim. Różnica pomiędzy najwyższą a najniższą jednostkową wartością świadczenia wyniosła 639,13 zł (9 proc.).

Wykres 20. Q42 ZABIEGI ENDOWASKULARNE – 2. GRUPA – średnia wartość świadczenia - malejąco



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Grupa Q43

W grupie Q43 sprawozdano ogółem 2 751 świadczeń o wartości 25 398 176,40 zł.

Najwięcej świadczeń zrealizowanych zostało w oddziałach chirurgii naczyniowej (71,5 proc.), następnie chirurgii naczyniowej II poziom referencyjny (17,4 proc.), angiologii (9,5 proc.) oraz kardiologii (1,6 proc.).

Największą liczbę sprawozdanych świadczeń odnotowano w województwie mazowieckim – 493 świadczenia o wartości 4 608 072,00 zł oraz małopolskim – 350 świadczeń o wartości 3 242 304,00 zł. Najmniej świadczeń w tej grupie odnotowano w województwie lubelskim – 36 świadczeń o wartości 336 960,00 zł oraz warmińsko-mazurskim – 43 świadczenia o wartości 402 480,60 zł.

Tabela 62. Q43 ZABIEGI ENDOWASKULARNE – 3. GRUPA

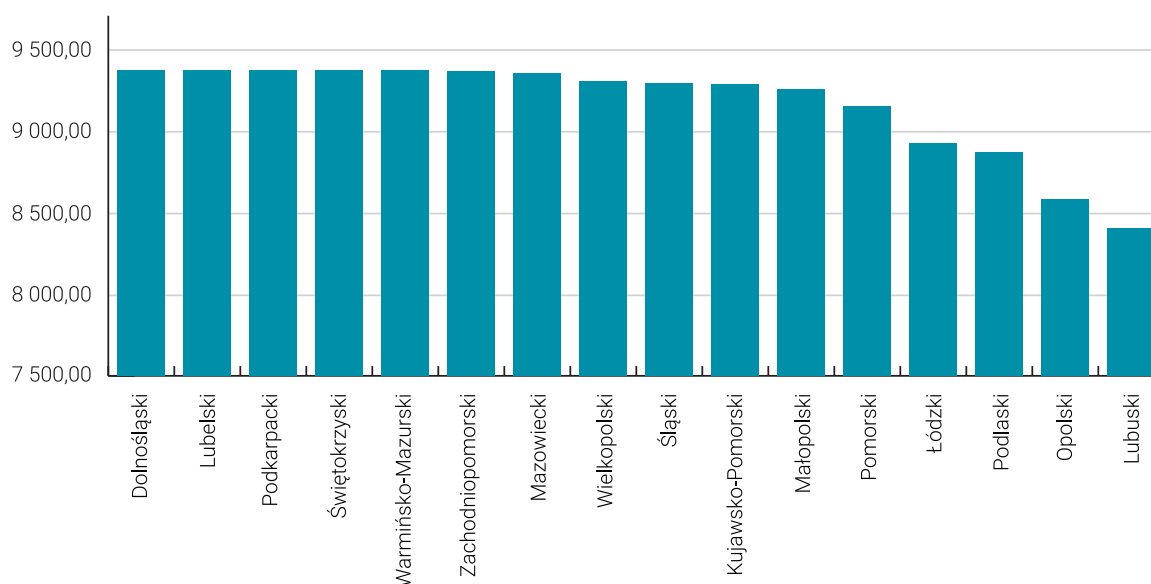
Nazwa OW NFZ	Liczba sprawozdanych świadczeń	Wartość sprawozdanych świadczeń	Średnia wartość świadczenia
Dolnośląski	66	617 760,00	9 360,00
Kujawsko-Pomorski	178	1 655 514,00	9 300,64
Lubelski	36	336 960,00	9 360,00
Lubuski	54	454 707,00	8 420,50
Łódzki	75	670 415,40	8 938,87
Małopolski	350	3 242 304,00	9 263,73
Mazowiecki	493	4 608 072,00	9 347,00
Opolski	181	1 555 056,00	8 591,47

Nazwa OW NFZ	Liczba sprawozdanych świadczeń	Wartość sprawozdanych świadczeń	Średnia wartość świadczenia
Podkarpacki	312	2 920 320,00	9 360,00
Podlaski	72	640 224,00	8 892,00
Pomorski	95	869 148,00	9 148,93
Śląski	325	3 024 072,00	9 304,84
Świętokrzyski	139	1 301 040,00	9 360,00
Warmińsko-Mazurski	43	402 480,00	9 360,00
Wielkopolski	139	1 293 624,00	9 306,65
Zachodniopomorski	193	1 806 480,00	9 360,00
RAZEM	2 751	25 398 176,40	9 232,34

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Średnia wartość jednostkowa świadczenia w grupie Q43 w Polsce wyniosła 9 232,34 zł. Najwyższe jednostkowe wartości świadczeń wynoszące 9 360,00 zł rozliczono w województwach: dolnośląskim, lubelskim, podkarpackim, świętokrzyskim, warmińsko-mazurskim i zachodniopomorskim, natomiast najniższą wartość grupy na poziomie 8 420,50 zł rozliczono w województwie lubuskim. Różnica pomiędzy najwyższą a najniższą jednostkową wartością świadczenia wyniosła 939,50 zł (10 proc.).

Wykres 21. Q43 ZABIEGI ENDOWASKULARNE – 3. GRUPA – średnia wartość świadczenia (malejąco)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Grupa Q44

W grupie Q44 sprawozdano ogółem 3 586 świadczeń o wartości 38 545 243,80 zł.

Najwięcej świadczeń zrealizowanych zostało w oddziałach chirurgii naczyniowej (62,3 proc.), następnie chirurgii naczyniowej II poziom referencyjny (18,2 proc.), angiologii (17,7 proc.) oraz kardiologii (1,8 proc.).

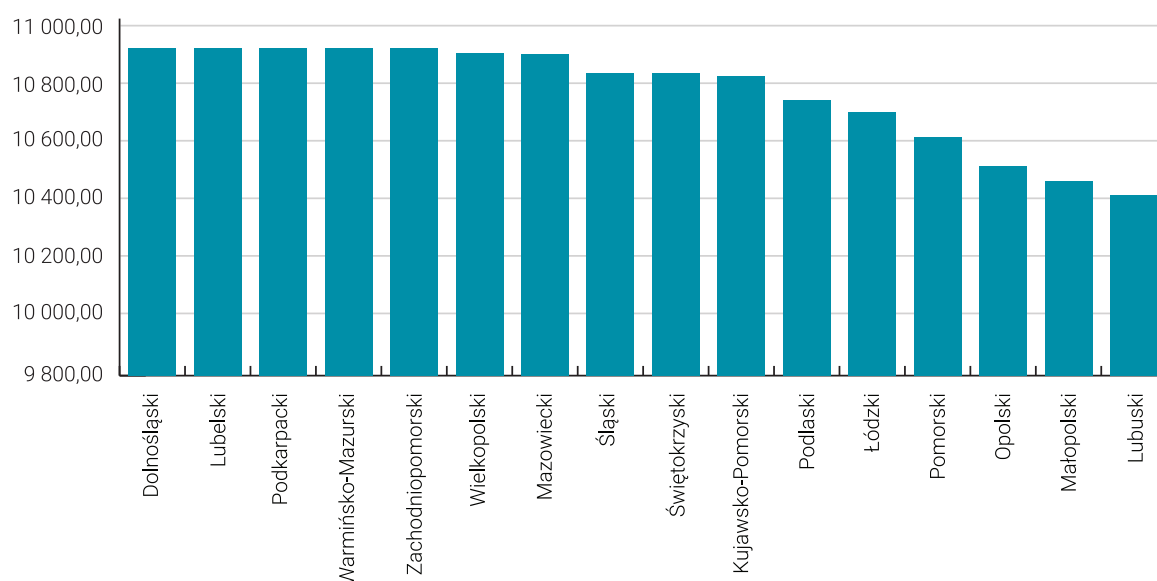
Największą liczbę sprawozdanych świadczeń odnotowano w województwie małopolskim – 635 świadczeń o wartości 6 644 185,80 zł oraz mazowieckim – 493 świadczenia o wartości 5 373 963,00 zł. Najmniej świadczeń w tej grupie rozliczono w województwach: świętokrzyskim – 52 świadczenia o wartości 563 253,60 zł oraz podlaskim – 73 świadczenia o wartości 784 056,00 zł.

Tabela 63. Q44 ZABIEGI ENDOWASKULARNE – 4. GRUPA

Nazwa OW NFZ	Liczba sprawozdanych świadczeń	Wartość sprawozdanych świadczeń	Średnia wartość świadczenia
Dolnośląski	317	3 461 640,00	10 920,00
Kujawsko-Pomorski	302	3 266 991,00	10 817,85
Lubelski	105	1 146 600,00	10 920,00
Lubuski	139	1 419 371,10	10 211,30
Łódzki	95	1 015 070,70	10 684,95
Małopolski	635	6 644 185,80	10 463,28
Mazowiecki	493	5 373 963,00	10 900,53
Opolski	171	1 801 363,20	10 534,29
Podkarpacki	147	1 605 240,00	10 920,00
Podlaski	73	784 056,00	10 740,49
Pomorski	152	1 613 207,40	10 613,21
Śląski	336	3 640 602,00	10 835,13
Świętokrzyski	52	563 253,60	10 831,80
Warmińsko-Mazurski	100	1 092 000,00	10 920,00
Wielkopolski	216	2 354 940,00	10 902,50
Zachodniopomorski	253	2 762 760,00	10 920,00
RAZEM	3 586	38 545 243,80	10 748,81

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Średnia wartość jednostkowa świadczenia w grupie Q44 wyniosła 10 748,81 zł. Najwyższe jednostkowe wartości świadczeń wynoszące 10 920,00 zł odnotowano w województwach: dolnośląskim, lubelskim, podkarpackim, warmińsko – mazurskim i zachodniopomorskim, natomiast najniższą wartość świadczenia na poziomie 10 211,30 zł rozliczono w województwie lubuskim. Różnica pomiędzy najwyższą a najniższą jednostkową wartością świadczenia wyniosła 708,70 zł (6 proc.).

Wykres 22. Q44 ZABIEGI ENDOWASKULARNE – 4 GRUPA – średnia wartość świadczenia (malejąco)


Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Grupa Q45

W grupie Q45 sprawozdano ogółem 857 świadczeń o wartości 8 360 357,20 zł.

Najwięcej świadczeń zrealizowanych zostało w oddziałach chirurgii naczyniowej (28 proc.), następnie urologii (22,6 proc.), chirurgii naczyniowej II poziom referencyjny (14,2 %), położnictwie i ginekologii (12,9 proc.), angiologii (7,5 proc.), kardiologii (4,8 proc.), onkologii klinicznej (4,1 proc.) oraz chorób płuc ogólnej (3,6 proc.).

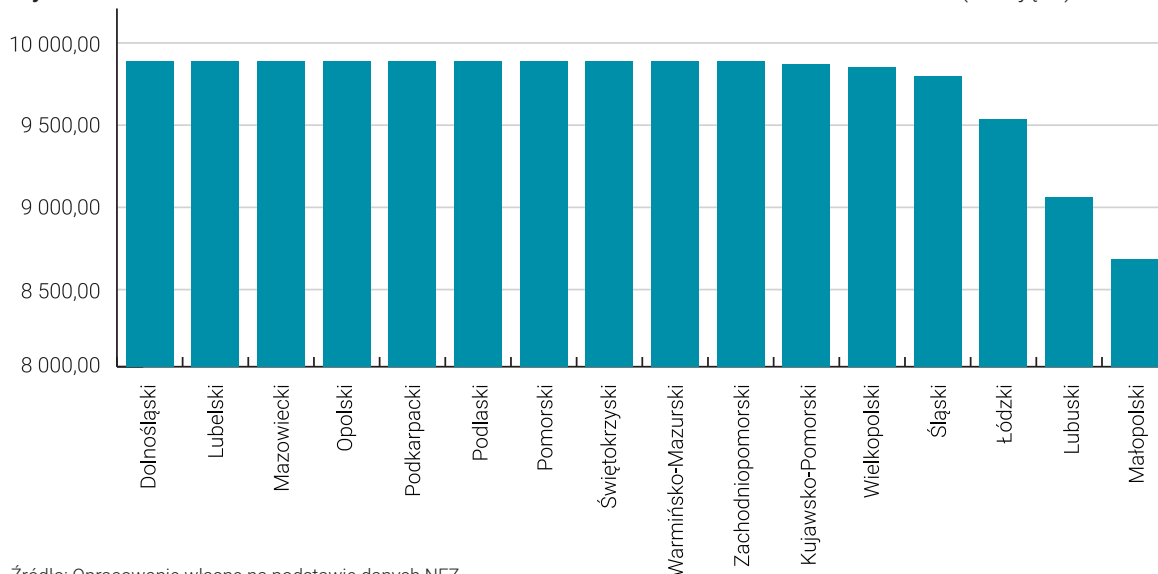
Największą liczbę sprawozdanych świadczeń odnotowano w województwie lubelskim – 232 świadczenia o wartości 2 292 160,00 zł oraz mazowieckim – 135 świadczeń o wartości 1 333 800,00 zł. Najmniej świadczeń w tej grupie rozliczono w województwach: opolskim – tylko 2 świadczenia o wartości 19 760,00 zł oraz świętokrzyskim – 6 świadczeń o wartości 59 280,00 zł.

Tabela 64. Q45 ZABIEGI ENDOWASKULARNE – 5. GRUPA

Nazwa OW NFZ	Liczba sprawozdanych świadczeń	Wartość sprawozdanych świadczeń	Średnia wartość świadczenia
Dolnośląski	92	908 960,00	9 880,00
Kujawsko-Pomorski	66	651 890,00	9 877,12
Lubelski	232	2 292 160,00	9 880,00
Lubuski	13	117 967,20	9 074,40
Łódzki	37	352 564,00	9 528,76
Małopolski	65	565 136,00	8 694,40
Mazowiecki	135	1 333 800,00	9 880,00
Opolski	2	19 760,00	9 880,00
Podkarpacki	7	69 160,00	9 880,00
Podlaski	34	335 920,00	9 880,00
Pomorski	11	108 680,00	9 880,00
Śląski	53	518 548,00	9 783,92
Świętokrzyski	6	59 280,00	9 880,00
Warmińsko-Mazurski	21	207 480,00	9 880,00
Wielkopolski	73	720 252,00	9 866,47
Zachodniopomorski	10	98 800,00	9 880,00
RAZEM	857	8 360 357,20	9 755,38

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Średnia wartość jednostkowa świadczenia w grupie Q45 wyniosła 9 755,38 zł. Najwyższe jednostkowe wartości świadczeń na poziomie 9 880,00 zł sprawozdano w województwach dolnośląskim, lubelskim, mazowieckim, opolskim, podkarpackim, podlaskim, pomorskim, świętokrzyskim, warmińsko-mazurskim i zachodniopomorskim, natomiast najniższą wartość grupy na poziomie 8 694,40 zł rozliczono w województwie małopolskim. Różnica pomiędzy najwyższą a najniższą jednostkową wartością świadczenia wyniosła 1 185,60 zł (12 proc.).

Wykres 23. Q45 ZABIEGI ENDOWASKULARNE – 5. GRUPA – średnia wartość świadczenia (malejąco)


Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Grupa Q46

W grupie Q46 sprawozdano ogółem 697 świadczeń o wartości 8 605 042,04 zł.

Najwięcej świadczeń zrealizowanych zostało w oddziałach chirurgii naczyniowej (61,6%), następnie chirurgii naczyniowej II poziom referencyjny (23,1 proc.), neurochirurgii (4,7 proc.), angiologii (2,9 proc.), kardiologii (2,7 proc.), chirurgii dziecięcej (2,6 proc.) oraz kardiochirurgii (2,3 proc.).

Największą liczbę sprawozdanych świadczeń odnotowano w województwie mazowieckim – 181 świadczeń o wartości 2 249 468,00 zł oraz lubelskim – 80 świadczeń o wartości 994 240,00 zł. Najmniej świadczeń w tej grupie rozliczono w województwie opolskim – 7 świadczeń o wartości 84 663,36 zł oraz świętokrzyskim – 10 świadczeń o wartości 124 280,00 zł.

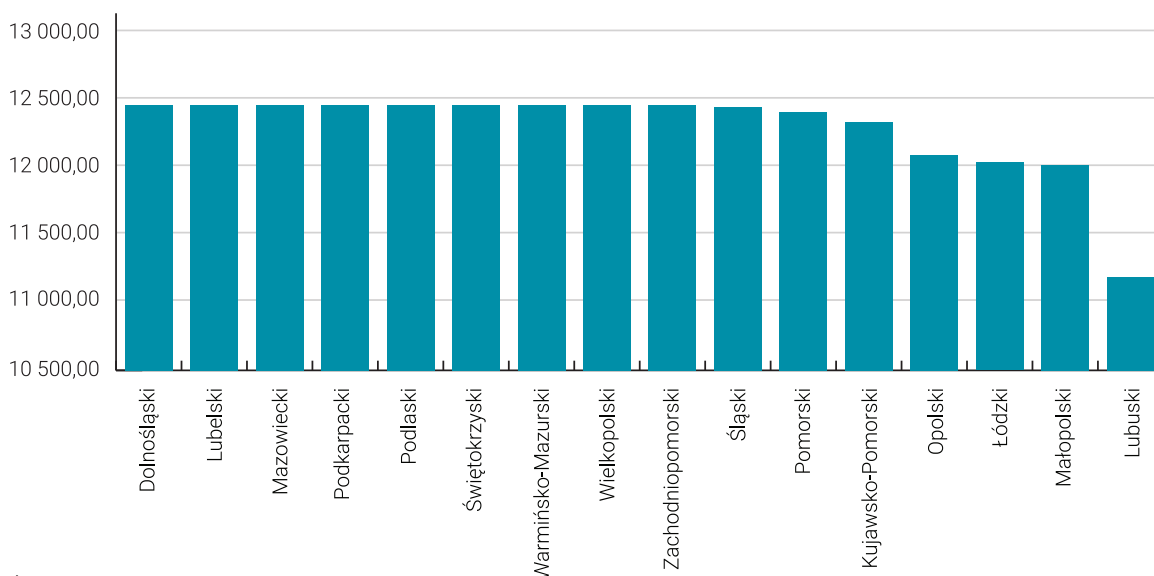
Tabela 65. Q46 ZABIEGI ENDOWASKULARNE – 6. GRUPA

Nr	Nazwa OW NFZ	Liczba sprawozdanych świadczeń	Wartość sprawozdanych świadczeń	Średnia wartość świadczenia
Razem		697	8 605 042,04	12 345,83
01	Dolnośląski	73	907 244,00	12 428,00
02	Kujawsko-Pomorski	25	308 035,15	12 321,41
03	Lubelski	80	994 240,00	12 428,00
04	Lubuski	14	156 219,96	11 158,57
05	Łódzki	43	516 911,59	12 021,20
06	Małopolski	34	407 638,40	11 989,36
07	Mazowiecki	181	2 249 468,00	12 428,00
08	Opolski	7	84 663,36	12 094,77
09	Podkarpacki	21	260 988,00	12 428,00
10	Podlaski	38	472 264,00	12 428,00
11	Pomorski	36	445 787,58	12 382,99
12	Śląski	43	533 926,00	12 416,88
13	Świętokrzyski	10	124 280,00	12 428,00
14	Warmińsko-Mazurski	33	410 124,00	12 428,00
15	Wielkopolski	40	497 120,00	12 428,00
16	Zachodniopomorski	19	236 132,00	12 428,00

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Średnia wartość jednostkowa świadczenia w grupie Q46 wyniosła 12 345,83 zł. Najwyższe jednostkowe wartości świadczeń wynoszące 12 428,00 zł rozliczono w województwach dolnośląskim, lubelskim, mazowieckim, podkarpackim, podkarpackim, świętokrzyskim, warmińsko-mazurskim, wielkopolskim i zachodniopomorskim, natomiast najniższą wartość grupy wynoszącą 11 158,57 zł sprawozdano i rozliczono w województwie lubuskim. Różnica pomiędzy najwyższą a najniższą jednostkową wartością świadczenia wyniosła 1 269,43 zł (10 proc.).

Wykres 24. Q46 ZABIEGI ENDOWASKULARNE – 6. GRUPA – średnia wartość świadczenia (malejąco)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Grupa Q47

W grupie Q47 sprawozdano ogółem 2 982 świadczenia o wartości 38 854 969,40 zł.

Najwięcej świadczeń zrealizowanych zostało w oddziałach chirurgii naczyniowej (58,9 proc.), następnie chirurgii naczyniowej II poziom referencyjny (17,2 proc.), kardiologii (8,1 proc.), angiologii (7,4 proc.), neurologii (5,6 proc.) oraz neurochirurgii (2,6 proc.).

Największą liczbę sprawozdanych świadczeń odnotowano w województwie małopolskim – 516 świadczeń o wartości 5 806 840,00 zł oraz śląskim – 447 świadczeń o wartości 5 996 484,00 zł. Najmniej świadczeń w tej grupie zrealizowano w województwach: świętokrzyskim – 35 świadczeń o wartości 461 843,20 zł oraz opolskim – 36 świadczeń o wartości 463 257,60 zł.

Tabela 66. Q47 ZABIEGI ENDOWASKULARNE – 7. GRUPA

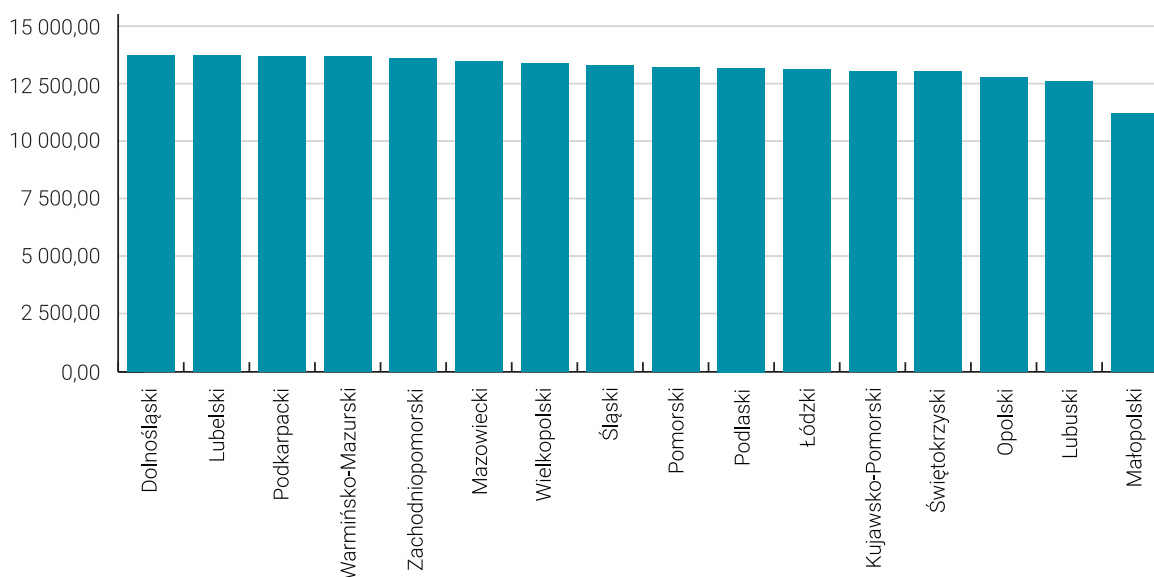
Nazwa OW NFZ	Liczba sprawozdanych świadczeń	Wartość sprawozdanych świadczeń	Średnia wartość świadczenia
Dolnośląski	299	4 042 480,00	13 520,00
Kujawsko-Pomorski	142	1 879 306,00	13 234,55
Lubelski	262	3 542 240,00	13 520,00
Lubuski	99	1 244 919,00	12 574,94
Łódzki	77	1 024 337,60	13 303,09
Małopolski	516	5 806 840,00	11 253,57
Mazowiecki	308	4 158 518,00	13 501,68
Opolski	36	463 257,60	12 868,27
Podkarpacki	120	1 622 400,00	13 520,00

Nazwa OW NFZ	Liczba sprawozdanych świadczeń	Wartość sprawozdanych świadczeń	Średnia wartość świadczenia
Podlaski	105	1 397 968,00	13 313,98
Pomorski	99	1 324 856,00	13 382,38
Śląski	447	5 996 484,00	13 414,95
Świętokrzyski	35	461 843,20	13 195,52
Warmińsko-Mazurski	66	892 320,00	13 520,00
Wielkopolski	191	2 563 600,00	13 421,99
Zachodniopomorski	180	2 433 600,00	13 520,00
RAZEM	2 982	38 854 969,40	13 029,84

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Średnia wartość jednostkowa świadczenia w grupie Q47 w Polsce wyniosła 13 029,84 zł. Najwyższe jednostkowe wartości świadczeń wynoszące 13 520,00 zł odnotowano w województwach: dolnośląskim, lubelskim, podkarpackim, warmińsko-mazurskim i zachodniopomorskim, natomiast najniższą wartość grupy - 11 253,57 zł rozliczono w województwie lubuskim. Różnica pomiędzy najwyższą a najniższą jednostkową wartością świadczenia wyniosła aż 2 266,43 zł (17 proc.).

Wykres 25. Q47 ZABIEGI ENDOWASKULARNE – 7. GRUPA – średnia wartość świadczenia (malejąco)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

8. CHARAKTERYSTYKA ODDZIAŁÓW CHIRURGII NACZYNIOWEJ NA PODSTAWIE MAP POTRZEB ZDROWOTNYCH

Ministerstwo Zdrowia w kwietniu 2016 r. przekazało do wojewodów mapy potrzeb zdrowotnych. W poniższym rozdziale zostaną przedstawione kluczowe zagadnienia dotyczące oddziałów chirurgii naczyniowej opisane przez Departament Analiz i Strategii Ministerstwa Zdrowia w mapach potrzeb zdrowotnych.

8.1. Podstawowe informacje o oddziałach

Według danych Ministerstwa Zdrowia w 2014 r., w Polsce funkcjonowało 106 oddziałów analizowanej specjalności, z czego w przypadku 34 oddziałów nie sprawozdano świadczeń do NFZ. Oddziały, w przypadku których złożono sprawozdanie do Funduszu, podzielono w następujący sposób: 19 to ośrodki z kategorii wojewódzkie (27.94 proc.), 13 to ośrodki z kategorii gminne, powiatowe lub miejskie (19.12 proc.), 18 to ośrodki z kategorii kliniczne (26.47 proc.), 18 to ośrodki z kategorii niepubliczne (26.47 proc.).

Średnioroczna liczba łóżek w Polsce wyniosła 1768 (tj. 4.59 na 100 tys. ludności), z czego 12 proc. znajdowało się u świadczeniodawców nieudzielających świadczeń w ramach umowy z NFZ. Oddziały różnią się od siebie wielkością, najmniejszy miał 0 łóżek, a największy 67 łóżek (średnio 17 łóżek).

W 2014 r. do NFZ sprawozdano ok. 63 tys. hospitalizacji, które dotyczyły ok. 52 tys. pacjentów. Liczba hospitalizacji na pacjenta wyniosła 1.21. Mediana liczby hospitalizacji wyniosła 0.9 tys. 6 świadczeniodawców zrealizowało więcej niż 2 tys. hospitalizacji.

Tabela 67. Lista oddziałów chirurgii naczyniowej w Polsce, które sprawozdały zrealizowane świadczenia do NFZ, wraz z podstawowymi informacjami (2014 r.)

Numer szpitala	NAZWA SWIADCZENIODAWCY	Powiat	Liczba łóżek	Liczba pacjentów (w tys.)	Liczba hospitalizacji (w tys., z wyłączeniem hospitalizacji jednodniowych)
1.1	4 WOJSKOWY SZPITAL KLINICZNY Z POLIKLINIKĄ SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ WE WROCŁAW	m. Wrocław	28	1,66	1,89
1.2	WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY WE WROCŁAWIU	m. Wrocław	38	1,24	1,50
1.3	UNIwersytecki Szpital Kliniczny im. Jana Mikulicza-Radeckiego we Wrocławiu	m. Wrocław	31	0,79	0,93
1.4	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ 'MULTI-MEDICA'	m. Wrocław		0,02	
2.1	SZPITAL UNIWERSYTECKI NR 1 IM. DR. ANTONIEGO JURASZA W BYDGOSZCZY	m. Bydgoszcz	35	0,90	1,09
2.2	REGIONALNY SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM. DR. WŁADYSŁAWA BIEGAŃSKIEGO W GRUDZIĄDZU	m. Grudziądz	29	0,52	0,62
2.3	SPZOZ 10 WOJSKOWY SZPITAL KLINICZNY Z POLIKLINIKĄ	m. Bydgoszcz	5	0,24	0,27
2.4	ESKULAP BIS S.C. EWA MOŁSKA STANISŁAW MOŁSKI	bydgoski	25	0,05	0,06
3.1	SAMODZIELNY PUBLICZNY SZPITAL KLINICZNY NR 1 W LUBLINIE	m. Lublin	29	1,58	2,09
3.2	SAMODZIELNY PUBLICZNY SZPITAL WOJEWÓDZKI IM. PAPIEŻA JANA PAWŁA II W ZAMOŚCIU	m. Zamość	20	0,94	1,19
3.3	SAMODZIELNY PUBLICZNY SZPITAL KLINICZNY NR 4 W LUBLINIE	m. Lublin	25	0,95	1,14
3.4	WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY	m. Lublin	24	0,84	1,07
3.5	WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY W BIAŁEJ PODLASKIEJ	m. Biała Podlaska	6	0,10	0,12
4.1	WIELOSPECJALISTYCZNY SZPITAL W NOWEJ SOLI	nowosolski	10	1,12	1,40

Numer szpitala	NAZWA SWIADCZENIODAWCY	Powiat	Liczba łóżek	Liczba pacjentów (w tys.)	Liczba hospitalizacji (w tys., z wyłączeniem hospitalizacji jednodniowych)
4.2	SZPITAL WOJEWÓDZKI SPZOZ W ZIELONEJ GÓRZE	m. Zielona Góra	26	0,95	1,17
5.1	WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM. M. KOPERNIKA W ŁODZI	m. Łódź	33	2,16	2,47
5.2	WOJEWÓDZKI SPECJALISTYCZNY SZPITAL IM. M. PIROGOWA W ŁODZI	m. Łódź	57	2,11	2,37
5.3	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MINISTERSTWA SPRAW WEWNĘTRZNYCH W ŁODZI	m. Łódź	25	1,03	1,22
6.1	SZPITAL ZAKONU BONIFRATRÓW SW.JANA GRANDEGO W KRAKOWIE SPÓŁKA Z OGRANICZONA ODPOWIEDZIALNOSCIA	m. Kraków	44	1,46	1,70
6.2	AMERICAN HEART OF POLAND SPÓŁKA AKCYJNA	chrzanowski	20	1,07	1,47
6.3	KRAKOWSKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM. JANA PAWŁA II	m. Kraków	30	0,93	1,07
6.4	5 WOJSKOWY SZPITAL KLINICZNY Z POLIKLINIKA - SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W KRAKOWIE	m. Kraków	10	0,26	0,28
7.1	SAMODZIELNY PUBLICZNY CENTRALNY SZPITAL KLINICZNY	m. st. Warszawa	67	1,96	2,38
7.2	CENTRALNY SZPITAL KLINICZNY MSW W WARSZAWIE	m. st. Warszawa	37	1,08	1,44
7.3	WOJSKOWY INSTYTUT MEDYCZNY	m. st. Warszawa	25	0,87	1,09
7.4	INSTYTUT HEMATOLOGII I TRANSFUZJOLOGII	m. st. Warszawa	37	0,81	0,97
7.5	MAZOWIECKI SZPITAL BRÓDNOWSKI W WARSZAWIE SP. Z O.O.	m. st. Warszawa	34	0,80	0,95
7.6	MIEDZYLESKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY W WARSZAWIE	m. st. Warszawa	16	0,65	0,88
7.7	RADOMSKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM. DR TYTUSA CHAŁUBINSKIEGO	m. Radom	22	0,71	0,87
7.8	SZPITAL PRASKI P.W. PRZEMIENIENIA PANSKIEGO	m. st. Warszawa	25	0,62	0,83
7.9	SZPITAL BIELANSKI IM. KS. JERZEGO POPIELUSZKI SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ	m. st. Warszawa	20	0,64	0,71
7.10	SZPITAL WOLSKI IM. DR ANNY GOSTYNSKIEJ SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ	m. st. Warszawa	15	0,40	0,50
7.11	CENTRUM KARDIOLOGII SP. Z O.O.	otwocki	11	0,34	0,42
7.12	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ SZPITAL JEDNODNIOWY /IBIS/	m. st. Warszawa	2	0,28	0,30
7.13	MAZOWIECKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM. DR JÓZEFA PSARSKIEGO W OSTROŁĘCE	m. Ostrołęka	10	0,25	0,28
7.14	SZPITAL CZERNIAKOWSKI SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ	m. st. Warszawa	12	0,19	0,21
7.15	MAZOWIECKI SZPITAL WOJEWÓDZKI W SIEDLCACH SP. Z O.O.	m. Siedlce	10	0,07	0,09
7.16	MEDICOVER OPIEKA SZPITALNA	m. st. Warszawa	6	0,05	0,07
7.17	CENTRUM MEDYCZNE ENEL-MED SPÓŁKA AKCYJNA	m. st. Warszawa	1	0,05	0,05
8.1	AMERICAN HEART OF POLAND SPÓŁKA AKCYJNA	nyski	10	0,38	0,48
9.1	POLSKO-AMERYKANSKIE KLINIKI SERCA V ODDZIAŁ KARDIOLOGII I INWAZYJNEJ I ANGIOLOGII I- MIELEC	m. Rzeszów	25	1,16	1,34
9.2	SZPITAL POWIATOWY IM. EDMUNDA BIERNACKIEGO W MIELCU	mielecki	14	0,63	0,82

Numer szpitala	NAZWA SWIADCZENIODAWCY	Powiat	Liczba łóżek	Liczba pacjentów (w tys.)	Liczba hospitalizacji (w tys., z wyłączeniem hospitalizacji jednodniowych)
9.3	WOJEWÓDZKI SZPITAL IM. SW.OJCA PIO W PRZEMYSLU	m. Przemyśl	16	0,31	0,39
9.4	VISUM CLINIC SPÓŁKA Z O.O. NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ	m. Rzeszów	10	0,09	
10.1	UNIwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku	m. Białystok	32	0,83	0,93
11.1	UNIwersyteckie Centrum Kliniczne	m. Gdańsk	25	1,03	1,21
11.2	SWISSMED VASCULAR	m. Gdańsk	20	0,75	0,88
11.3	WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM. JANUSZA KORCZAKA	m. Słupsk	15	0,46	0,60
11.4	SZPITAL SW. WINCENTEGO A PAULO SP. Z O. O.	m. Gdynia	16	0,22	0,27
12.1	SP SZPITAL KLINICZNY NR 7 ŚLASKIEGO UNIwersYTETU MEDYCZNEGO W KATOWICACH GÓRNOŚLASKIE CENTRUM MEDYCZNE IM. PROF. LESZKA GIECA	m. Katowice	60	2,27	2,58
12.2	AMERICAN HEART OF POLAND SPÓŁKA AKCYJNA	cieszyński	6	1,14	1,49
12.3	SZPITAL WOJEWÓDZKI W BIELSKU-BIAŁEJ	m. Bielsko-Biała	46	1,19	1,36
12.4	SPZOZ WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY NR 4 W BYTOMIU	m. Bytom	40	0,88	0,99
12.5	AMERICAN HEART OF POLAND SPÓŁKA AKCYJNA	m. Dąbrowa Górnicza	18	0,73	0,97
12.6	WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY NR 5 IM. SW. BARBARY W SOSNOWCU	m. Sosnowiec	25	0,79	0,89
12.7	SAMODZIELNY PUBLICZNY SZPITAL KLINICZNY IM. ANDRZEJA MIELECKIEGO ŚLASKIEGO UNIwersYTETU MEDYCZNEGO W KATOWICACH	m. Katowice	13	0,28	0,32
12.8	NZOZ EUROMEDIC KLINIKI SPECJALISTYCZNE SPÓŁKA AKCYJNA	m. Katowice	11	0,18	0,20
12.9	ŚLASKIE CENTRUM CHOROÓB SERCA W ZABRZU	m. Zabrze	9	0,05	0,05
12.10	TOMASZ LUDYGA	m. Katowice		0,03	0,03
13.1	ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W KONSKICH	konecki	36	1,11	1,31
13.2	AMERICAN HEART OF POLAND SPÓŁKA AKCYJNA	starachowicki	21	0,77	0,97
13.3	WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOLONY W KIELCACH	m. Kielce	25	0,40	0,50
14.1	WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY W OLSZTYNIE	m. Olsztyn		0,81	0,92
14.2	108 SZPITAL WOJSKOWY Z PRZYCHODNIA SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W EŁKU	ełcki	7	0,14	0,15
15.1	SZPITAL KLINICZNY PRZEMIENIENIA PANSKIEGO UNIwersYTETU MEDYCZNEGO IM. KAROLA MARCINKOWSKIEGO W POZNANIU	m. Poznań	61	2,40	2,78
15.2	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MINISTERSTWA SPRAW WEWNETRZNYCH W POZNANIU IM PROF.LUDWIK BIERKOWSKIEGO	m. Poznań	25	0,45	0,48
15.3	SZPITAL SPECJALISTYCZNY W PILE IM. STANISŁAWA STASZICA	Piński	9	0,08	0,08
16.1	SAMODZIELNY PUBLICZNY SZPITAL KLINICZNY NR 2 POMORSKIEGO UNIwersYTETU MEDYCZNEGO	m. Szczecin	35	1,62	1,92
16.2	SZPITAL WOJEWÓDZKI IM. M. KOPERNIKA W KOSZALINIE	m. Koszalin	16	0,43	0,50
16.3	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MINISTERSTWA SPRAW WEWNETRZNYCH W SZCZECINIE	m. Szczecin	8	0,11	0,12

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z map potrzeb zdrowotnych opracowanych przez Ministerstwo Zdrowia.

Tabela 68. Lista oddziałów chirurgii naczyniowej w Polsce, które wg Ministerstwa Zdrowia nie sprawozdały zrealizowanych świadczeń do NFZ

Numer szpitala	NAZWA SWIADCZENIODAWCY	Powiat	Liczba łóżek
1.1	SZPITAL WOJEWÓDZKIEGO CENTRUM SZPITALNEGO KOTLINY JELENIOGÓRSKIEJ	m. Jelenia Góra	15
1.2	SPECJALISTYCZNY SZPITAL IM. DRA ALFREDA SOKOŁOWSKIEGO	m. Wałbrzych	20
1.3	PRYWATNA PRZYCHODNIA LEKARSKA STEFAN SKROCKI - ZESPÓŁ CHIRURGII JEDNEGO DNIA	m. Wrocław	2
1.4	POLSKIE CENTRUM ZDROWIA INSTYTUT MEDYCZNY - ODDZIAŁ WROCŁAW - SRÓDMIESCIE - SZPITAL SPECJALISTYCZNY OSRODEK BADAŃ KLINICZNYCH	m. Wrocław	6
1.5	POLSKIE CENTRUM ZDROWIA OT SRODA SLASKA SZPITAL SPECJALISTYCZNY Z OSRODKIEM BADAŃ KLINICZNYCH	średzki	2
3.1	OSRODEK CHIRURGII PLASTYCZNEJ DR MACIEJA KUCZYNSKIEGO FILIA W LUBLINIE -SZPITAL	m. Lublin	1
5.1	PABIANICKIE CENTRUM MEDYCZNE SPÓŁKA Z OGRANICZONA ODPOWIEDZIALNOSCIA	pabianicki	25
5.2	NZOZ /LECZYCKIE CENTRUM KARDIOLOGII INWAZYJNEJ I ANGIOLOGII/	łęczycki	2
6.1	/SZPITAL SKAWINA/ SPÓŁKA Z OGRANICZONA ODPOWIEDZIALNOSCIA	krakowski	1
7.1	SAMODZIELNY PUBLICZNY SPECJALISTYCZNY SZPITAL ZACHODNI IM. JANA PAWŁA II	grodziski	6
7.2	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MAGODENT SZPITAL ONKOLOGICZNY	m. st. Warszawa	2
7.3	MAZOWIECKI SZPITAL ONKOLOGICZNY	legionowski	7
7.4	EUROPEJSKIE CENTRUM ZDROWIA OTWOCK SPÓŁKA Z OGRANICZONA ODPOWIEDZIALNOSCIA	otwocki	8
7.5	LUX MED SPÓŁKA Z OGRANICZONA ODPOWIEDZIALNOSCIA	m. st. Warszawa	1
7.6	/MEDICON/ SPÓŁKA Z OGRANICZONA ODPOWIEDZIALNOSCIA	m. Radom	1
8.1	SZPITAL WOJEWÓDZKI W OPOLU - SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ	m. Opole	6
9.1	ORTOVITA SPÓŁKA Z OGRANICZONA ODPOWIEDZIALNOSCIA	m. Rzeszów	0
9.2	ODDZIAŁ SZPITALNY CENTRUM MEDYCZNEGO /MEDYK/	m. Rzeszów	0
11.1	ZAKŁADY CAŁODOBOWE SZPITALA MORSKIEGO	m. Gdynia	
11.2	SZPITAL SPECJALISTYCZNY W KOŚCIERZYNIE SPÓŁKA Z OGRANICZONA ODPOWIEDZIALNOSCIA	kościerski	8
11.3	COPERNICUS PODMIOT LECZNICZY SPÓŁKA Z OGRANICZONA ODPOWIEDZIALNOSCIA	m. Gdańsk	10
11.4	COPERNICUS PODMIOT LECZNICZY SPÓŁKA Z OGRANICZONA ODPOWIEDZIALNOSCIA	m. Gdańsk	35
12.1	POLSKO-AMERYKANSKIE KLINIKI SERCA III ODDZIAŁ KARDIOLOGII INWAZYJNEJ, ANGIOLOGII I ELEKTROKARDIOLOGII	m. Dąbrowa Górnicza	18
12.2	/EUROKLINIKA/ SPÓŁKA Z OGRANICZONA ODPOWIEDZIALNOSCIA	m. Bielsko-Biała	2
12.3	RACIBORSKIE CENTRUM MEDYCZNE SPÓŁKA Z OGRANICZONA ODPOWIEDZIALNOSCIA	raciborski	4
12.4	SZPITAL ŚWIĘTEGO ŁUKASZA BGL SPÓŁKA Z OGRANICZONA ODPOWIEDZIALNOSCIA SPÓŁKA KOMANDYTOWO-AKCYJNA	m. Bielsko-Biała	2
12.5	OSRODEK DIAGNOSTYKI I LECZENIA CHOROBY KOBIECYCH ORAZ SCHORZEN SUTKA TOMMED SZPITAL WIELOSPECJALISTYCZNY	m. Katowice	2
12.6	SPECJALISTYCZNA POMOC MEDYCZNA /MEDSERVICE/ BOGUSŁAW SAUCHA KRYSZYNA TWARDOWSKA-SAUCHA	m. Zabrze	4
12.7	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY NR 3 W RYBNIKU	m. Zabrze	10
12.8	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ /SILESIA-MED/ S.A. – SZPITAL	pszczyński	2
12.9	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ /SZPITAL AVIMED/ SPÓŁKA Z OGRANICZONA ODPOWIEDZIALNOSCIA	m. Katowice	1
15.1	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ LESZCZYŃSKIE CENTRUM MEDYCZNE VENTRICULUS SPÓŁKA Z OGRANICZONA ODPOWIEDZIALNOSCIA - LECZENIE SZPITALNE	m. Leszno	1
15.2	KLINIKA CHIRURGII PLASTYCZNEJ MEDYCYNIE ESTETYCZNEJ I FLEBOLOGII SOLUMED	m. Poznań	

Numer szpitala	NAZWA SWIADCZENIODAWCY	Powiat	Liczba łóżek
15.3	NATALIA FISCHER NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ /KLINIKA PROMIENISTA/	m. Poznań	1
16.1	SAMODZIELNY PUBLICZNY WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOŁONY	m. Szczecin	9
16.2	CENTRUM SERCOWO - NACZYNIOWE	drawski	10

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z map potrzeb zdrowotnych opracowanych przez Ministerstwo Zdrowia.

Oddziały chirurgii sprawozdające świadczenia z zakresu chirurgii naczyniowej w sposób istotny różnią się między sobą liczbą łóżek. Najwięcej tj. 67 łóżek wykazano w Samodzielnym Publicznym Centralnym Szpitalu Klinicznym w Warszawie. Następnie w:

- Szpitalu Klinicznym Przemienienia Pańskiego Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu – 61,
- Szpitalu Klinicznym nr 7 Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach – 60,
- Wojewódzkim Specjalistycznym Szpitalu im. M. Pirogowa w Łodzi – 57,
- Szpitalu Wojewódzkim w Bielsku-Białej – 46.

Z kolei najmniej łóżek spośród szpitali, które sprawozdały świadczenia z chirurgii naczyniowej, odnotowano w:

- Centrum Medycznym ENEL-MED SA w Warszawie – 1,
- Niepublicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Szpitalu Jednodniowym w Warszawie – 2,
- SPZOZ 10 Wojskowym Szpitalu Klinicznym z Polikliniką w Bydgoszczy – 5,
- Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Białej Podlaskiej – 6,
- Medicover Opieka Szpitalna w Warszawie – 6,
- American Heart of Poland SA w Dąbrowie Górniczej – 6.

Najwięcej pacjentów hospitalizowano w:

- Szpitalu Klinicznym Przemienienia Pańskiego Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu – 2,40 tys.,
- Szpitalu Klinicznym nr 7 Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach – 2,27 tys.,
- Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. M. Kopernika w Łodzi – 2,16 tys.,
- Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. M. Pirogowa w Łodzi – 2,11 tys.,
- Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym w Warszawie – 1,96 tys.

Najmniej pacjentów hospitalizowano w szpitalach o najmniejszej liczbie łóżek.

Podobne obserwacje obejmują liczbę hospitalizacji. Najwyższe liczby hospitalizacji odnotowano we wszystkich pięciu wyżej wymienionych szpitalach, w których hospitalizowano najwięcej pacjentów, od maksymalnie 2,78 hospitalizacji w Szpitalu Klinicznym Przemienienia Pańskiego w Poznaniu do 2,37 tys. w Szpitalu Specjalistycznym im. M. Pirogowa w Łodzi. Najmniej hospitalizacji odnotowano w szpitalach o najmniejszej liczbie łóżek i pacjentów.

8.2. Czas oczekiwania na przyjęcie do oddziałów chirurgii naczyniowej w 2014 r.

Dostępność do świadczeń zdrowotnych definiowana jest długością czasu oczekiwania na przyjęcie do szpitala. Poniższa tabela prezentuje omawiane dane z uwzględnieniem czasu realizacji 75 proc. przyjęć, odsetka (w proc.) przyjęć w okresie do 30 dni od wystawienia skierowania oraz mediany czasu oczekiwania na przyjęcie do szpitala u poszczególnych świadczeniodawców, którzy sprawozdali ten zakres świadczeń.

Tabela 69. Informacja o kolejkach oraz trybach przyjęć wg oddziałów (2014 r.)

Numer szpitala	NAZWA SWIADCZENIODAWCY	Powiat	W jakim czasie realizowane jest 75 proc. przyjęć (w dniach)	Proc. przyjęć do 30 dnia oddatę wystawienia skierowania	Mediana czasu oczekiwania na przyjęcie
1.1	4 WOJSKOWY SZPITAL KLINICZNY Z POLIKLINIKĄ SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ WE WROCŁAW	m. Wrocław	Brak danych	Brak danych	Brak danych
1.2	WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY WE WROCŁAWIU	m. Wrocław	45	66%	19
1.3	UNIwersytecki SZPITAL KLINICZNY IM. JANA MIKULICZ-RADECKIEGO WE WROCŁAWIU	m. Wrocław	24	80%	11
1.4	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ \MULTI-MEDICA\	m. Wrocław	21	81%	13
2.1	SZPITAL UNIwersytecki NR 1 IM. DR. ANTONIEGO JURASZA W BYDGOSZCZY	m. Bydgoszcz	77	53%	26
2.2	REGIONALNY SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM. DR. WŁADYSŁAWA BIEGANSKIEGO W GRUDZIĄDZU	m. Grudziądz	570	12%	525
2.3	SPZOZ 10 WOJSKOWY SZPITAL KLINICZNY Z POLIKLINIKĄ	m. Bydgoszcz	33	69%	17
2.4	ESKULAP BIS S.C. EWA MOŁSKA STANISŁAW MOŁSKI	bydgoski	36	70%	20
3.1	SAMODZIELNY PUBLICZNY SZPITAL KLINICZNY NR 1 W LUBLINIE	m. Lublin	17	91%	17
3.2	SAMODZIELNY PUBLICZNY SZPITAL WOJEWÓDZKI IM. PAPIEŻA JANA PAWŁA II W ZAMOŚCIU	m. Zamość	19	92%	10
3.3	SAMODZIELNY PUBLICZNY SZPITAL KLINICZNY NR 4 W LUBLINIE	m. Lublin	16	71%	18
3.4	WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY	m. Lublin	18	89%	8
3.5	WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY W BIAŁEJ PODLASKIEJ	m. Biała Podlaska	11	77%	3
4.1	WIEŁOSPECJALISTYCZNY SZPITAL W NOWEJ SOLI	nowosolski	134	29%	91
4.2	SZPITAL WOJEWÓDZKI SPZOZ W ZIELONEJ GÓRZE	m. Zielona Góra	41	65%	22
5.1	WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM. M. KOPERNIKA W ŁODZI	m. Łódź	58	55%	26
5.2	WOJEWÓDZKI SPECJALISTYCZNY SZPITAL IM. M. PIROGOWA W ŁODZI	m. Łódź	78	56%	22
5.3	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MINISTERSTWA SPRAW WEWNĘTRZNYCH W ŁODZI	m. Łódź	16	91%	8
6.1	SZPITAL ZAKONU BONIFRATRÓW SW. JANA GRANDEGO W KRAKOWIE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ	m. Kraków	8	100%	5
6.2	AMERICAN HEART OF POLAND SPÓŁKA AKCYJNA	chrzanowski	50	38%	40
6.3	KRAKOWSKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM. JANA PAWŁA II	m. Kraków	28	76%	11
6.4	5 WOJSKOWY SZPITAL KLINICZNY Z POLIKLINIKĄ - SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W KRAKOWIE	m. Kraków	52	59%	19
7.1	SAMODZIELNY PUBLICZNY CENTRALNY SZPITAL KLINICZNY	m. st. Warszawa	35	71%	13
7.2	CENTRALNY SZPITAL KLINICZNY MSW W WARSZAWIE	m. st. Warszawa	32	73%	17
7.3	WOJSKOWY INSTYTUT MEDYCZNY	m. st. Warszawa	68	53%	28
7.4	INSTYTUT HEMATOLOGII I TRANSFUZJOLOGII	m. st. Warszawa	26	80%	11
7.5	MAZOWIECKI SZPITAL BRÓDNOWSKI W WARSZAWIE SP. Z O.O.	m. st. Warszawa	34	71%	15

Numer szpitala	NAZWA SWIADCZENIODAWCY	Powiat	W jakim czasie realizowane jest 75 proc. przyjęć (w dniach)	Proc. przyjęć do 30 dnia oddaty wystawienia skierowania	Mediana czasu oczekiwania na przyjęcie
7.6	MIEDZYLESKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY W WARSZAWIE	m. st. Warszawa	23	47%	32
7.7	RADOMSKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM. DR TYTUSA CHAŁUBINSKIEGO	m. Radom	47	54%	28
7.8	SZPITAL PRASKI P.W. PRZEMIENIENIA PANSKIEGO	m. st. Warszawa	31	74%	4
7.9	SZPITAL BIELANSKI IM. KS. JERZEGO POPIELUSZKI SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ	m. st. Warszawa	77	23%	62
7.10	SZPITAL WOLSKI IM. DR ANNY GOSTYNSKIEJ SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ	m. st. Warszawa	23	85%	9
7.11	CENTRUM KARDIOLOGII SP. Z O.O.	otwocki	31	75%	17
7.12	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ SZPITAL JEDNODNIOWY /IBIS/	m. st. Warszawa	181	17%	89
7.13	MAZOWIECKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM. DR JÓZEFA PSARSKIEGO W OSTROŁĘCE	m. Ostrołęka	1	100%	1
7.14	SZPITAL CZERNIAKOWSKI SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ	m. st. Warszawa	0	95%	0
7.15	MAZOWIECKI SZPITAL WOJEWÓDZKI W SIEDLCACH SP. Z O.O.	m. Siedlce	16	96%	6
7.16	MEDICOVER OPIEKA SZPITALNA	m. st. Warszawa	34	72%	20
7.17	CENTRUM MEDYCZNE ENEL-MED SPÓŁKA AKCYJNA	m. st. Warszawa	273	20%	158
8.1	AMERICAN HEART OF POLAND SPÓŁKA AKCYJNA	nyski	25	82%	12
9.1	POLSKO-AMERYKANSKIE KLINIKI SERCA V ODDZIAŁ KARDIOLOGII INWAZYJNEJ I ANGIOLOGI I- MIELEC	m. Rzeszów	Brak danych	Brak danych	Brak danych
9.2	SZPITAL POWIATOWY IM. EDMUNDA BIERNACKIEGO W MIELCU	mielecki	27	76%	10
9.3	WOJEWÓDZKI SZPITAL IM. SW.OJCA PIO W PRZEMYŚLU	m. Przemyśl	22	84%	7
9.4	VISUM CLINIC SPÓŁKA Z O.O. NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ	m. Rzeszów	263	0%	218
10.1	UNIwersytecki SZPITAL KLINICZNY W BIAŁYMSTOKU	m. Białystok	36	73%	6
11.1	UNIwersyteckie CENTRUM KLINICZNE	m. Gdańsk	57	63%	18
11.2	SWISSMED VASCULAR	m. Gdańsk	14	90%	8
11.3	WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM. JANUSZA KORCZAKA	m. Słupsk	24	79%	10
11.4	SZPITAL SW. WINCENTEGO A PAULO SP. Z O. O.	m. Gdynia	30	75%	14
12.1	SP SZPITAL KLINICZNY NR 7 ŚLASKIEGO UNIwersYTETU MEDYCZNEGO W KATOWICACH GÓRNOŚLASKIE CENTRUM MEDYCZNE IM. PROF. LESZKA GIECA	m. Katowice	163	19%	147
12.2	AMERICAN HEART OF POLAND SPÓŁKA AKCYJNA	cieszyński	81	50%	31
12.3	SZPITAL WOJEWÓDZKI W BIELSKU-BIAŁEJ	m. Bielsko-Biała	96	41%	43
12.4	SPZOZ WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY NR 4 W BYTOMIU	m. Bytom	176	27%	82
12.5	AMERICAN HEART OF POLAND SPÓŁKA AKCYJNA	m. Dąbrowa Górnicza	99	28%	73
12.6	WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY NR 5 IM. SW. BARBARY W SOSNOWCU	m. Sosnowiec	119	39%	41
12.7	SAMODZIELNY PUBLICZNY SZPITAL KLINICZNY IM. ANDRZEJA MIELECKIEGO ŚLASKIEGO UNIwersYTETU MEDYCZNEGO W KATOWICACH	m. Katowice	109	17%	68

Numer szpitala	NAZWA SWIADCZENIODAWCY	Powiat	W jakim czasie realizowane jest 75 proc. przyjęć (w dniach)	Proc. przyjęć do 30 dnia oddaty wystawienia skierowania	Mediana czasu oczekiwania na przyjęcie
12.8	NZOZ EUROMEDIC KLINIKI SPECJALISTYCZNE SPÓŁKA AKCYJNA	m. Katowice	93	45%	35
12.9	ŚLĄSKIE CENTRUM CHOROŚ SERCA W ZABRZU	m. Zabrze	51	54%	26
12.10	TOMASZ LUDYGA	m. Katowice	130	24%	119
13.1	ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W KONSKICH	konecki	24	82%	12
13.2	AMERICAN HEART OF POLAND SPÓŁKA AKCYJNA	starachowicki	32	72%	21
13.3	WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOLONY W KIELCACH	m. Kielce	4	100%	1
14.1	WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY W OLSZTYNIE	m. Olsztyn	185	34%	66
14.2	108 SZPITAL WOJSKOWY Z PRZYCHODNIA SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W EŁKU	ełcki	35	72%	17
15.1	SZPITAL KLINICZNY PRZEMIENIENIA PANSKIEGO UNIwersYTETU MEDYCZNEGO IM. KAROLA MARCINKOWSKIEGO W POZNANIU	m. Poznań	104	37%	63
15.2	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MINISTERSTWA SPRAW WEWNĘTRZNYCH W POZNANIU IM PROF. LUDWIK BIERKOWSKIEGO	m. Poznań	162	35%	75
15.3	SZPITAL SPECJALISTYCZNY W PILE IM. STANISŁAWA STASZICA	piłski	80	56%	27
16.1	SAMODZIELNY PUBLICZNY SZPITAL KLINICZNY NR 2 POMORSKIEGO UNIwersYTETU MEDYCZNEGO	m. Szczecin	40	63%	21
16.2	SZPITAL WOJEWÓDZKI IM. M. KOPERNIKA W KOSZALINIE	m. Koszalin	35	70%	11
16.3	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MINISTERSTWA SPRAW WEWNĘTRZNYCH W SZCZECINIE	m. Szczecin	27	78%	13

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z map potrzeb zdrowotnych opracowanych przez Ministerstwo Zdrowia.

Najdłuższy czas realizacji 75 proc. przyjęć wyniósł aż 570 dni w Regionalnym Szpitalu Specjalistycznym im. dr W. Biegańskiego w Grudziądzu. Następnie:

- 273 dni w Centrum Medycznym ENEL-MED w Warszawie,
- 263 dni w Visum Clinic Sp. z o.o. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Rzeszowie,
- 185 dni w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Olsztynie,
- 181 dni w Niepublicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej IBIS w Warszawie.

W trzech z tych szpitali tj. w Rzeszowie, Grudziądzu oraz IBIS w Warszawie odnotowano również najmniej przyjęć w okresie do 30 dni od daty wystawienia skierowania, odpowiednio 0 proc., 12 proc. i 17 proc. Poniżej 20 proc. przyjęć stwierdzono w dwóch szpitalach: Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym im. Andrzeja Mieleckiego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach (17 proc.) oraz SP Szpitalu Klinicznym Nr 7 Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach Górnośląskim Centrum Medycznym im. Prof. Leszka Gieca (19 proc.).

Najdłuższe mediany czasu oczekiwania na przyjęcie powyżej 100 dni, odnotowano w trzech spośród szpitali o najdłuższym czasie realizacji 75 proc. przyjęć tj. w:

- Szpitalu Specjalistycznym w Grudziądzu – 525 dni,
- Visum Clinic Sp. z o.o. w Rzeszowie – 218 dni,
- Centrum Medycznym ENEL-MED w Warszawie – 158 dni,

- SP Szpitalu Klinicznym Nr 7 Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach – 147,
- podmiocie medycznym Tomasz Ludyga w Katowicach – 119 dni.

Najkrótszy czas realizacji 75 proc. przyjęć odnotowano w następujących szpitalach:

- zerowy czas oczekiwania w Szpitalu Czerniakowskim SPZOZ w Warszawie,
- 1 dzień w Mazowieckim Szpitalu Specjalistycznym im. dr J. Psarskiego w Ostrołęce,
- 4 dni w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Kielcach,
- 8 dni w Szpitalu Zakonu Bonifratrów Św. Jana Grandego w Krakowie Spółka z o.o.,
- 11 dni w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Białej Podlaskiej.

W trzech z tych szpitali tj. w Ostrołęce, Krakowie i Kielcach 100 proc. przyjęć do szpitala zrealizowano w okresie 30 dni od wystawienia skierowania. W Mazowieckim Szpitalu Wojewódzkim Sp. z o.o. w Siedlcach 96 proc. oraz w Szpitalu Czerniakowskim w Warszawie 95 proc. przyjęć zrealizowano w okresie do 30 dni od daty wystawienia skierowania. Również we wszystkich pięciu wymienionych szpitalach, w których odnotowano najkrótszy czas oczekiwania na przyjęcie oraz w Szpitalu Praskim w Warszawie, mediana czasu oczekiwania była najkrótsza i wyniosła od 0 do 5 dni.

8.3. Tryb przyjęcia do oddziału chirurgii naczyniowej

Według analiz Ministerstwa Zdrowia zaobserwowano 5 oddziałów (7 proc.), gdzie przyjęto ponad 90 proc. oczekujących pacjentów, w czasie w którym w Polsce przyjęto połowę z nich. Dwa z tych oddziałów nie przyjmowały pacjentów w trybie planowym incydentalnie (co najmniej 50 pacjentów).

Zaobserwowano 2 oddziały (3 proc.), gdzie przyjęto ponad 90 proc. oczekujących pacjentów w czasie, w którym w Polsce przyjęto połowę z nich. Żaden z tych oddziałów nie przyjmował pacjentów w trybie planowym incydentalnie (każdy z tych oddziałów przyjął co najmniej 50 pacjentów).

W skali kraju zaobserwowano 8 oddziałów (11 proc.), w których ponad 75 proc. pacjentów przyjęto w trybie nagłym. Oddziały te przyjęły w trybie nagłym od 0.28 tys. do 1.69 tys. pacjentów.

W celu porównania długości czasu pobytu pacjentów w poszczególnych oddziałach, obliczono statystykę mającą na celu zdefiniowanie odsetka hospitalizacji w ramach Jednorodnych Grup Pacjentów (dalej: JGP), które dany świadczeniodawca realizował dłużej niż wartość środkowa w Polsce. Jeżeli mediana czasu pobytu dla danego JGP w danym oddziale była wyższa niż mediana czasu pobytu dla tego JGP w Polsce, to uznawano, że ta grupa JGP jest przedłużona. Jako wagę tej grupy w łącznej ocenie wykorzystano liczbę hospitalizacji, sprawozdanych z tą grupą JGP. W 2014 r. było 14 oddziałów, w których odsetek hospitalizacji z grup zakwalifikowanych jako przedłużone wyniósł 50 proc. lub więcej.

Tabela 70. Informacje o trybach przyjęcia (2014 r.)

Numer szpitala	NAZWA SWIADCZENIODAWCY	Powiat	Proc. trybów planowych	Proc. trybów nagłych	W tym proc. przekazanych przez ZRM
1.1	4 WOJSKOWY SZPITAL KLINICZNY Z POLIKLINIKĄ SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ WE WROCŁAW	m. Wrocław	58%	42%	3%
1.2	WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY WE WROCŁAWIU	m. Wrocław	44%	56%	5%
1.3	UNIwersytecki Szpital Kliniczny im. Jana Mikulicza-Radeckiego we Wrocławiu	m. Wrocław	69%	31%	0%
1.4	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ \MULTI-MEDICA\	m. Wrocław	100%	0%	0%

Numer szpitala	NAZWA SWIADCZENIODAWCY	Powiat	Proc. trybów planowych	Proc. trybów nagłych	W tym proc. przekazanych przez ZRM
2.1	SZPITAL UNIWERSYTECKI NR 1 IM. DR. ANTONIEGO JURASZA W BYDGOSZCZY	m. Bydgoszcz	22%	78%	12%
2.2	REGIONALNY SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM. DR WŁADYSŁAWA BIEGANSKIEGO W GRUDZIĄDZU	m. Grudziądz	9%	90%	7%
2.3	SPZOZ 10 WOJSKOWY SZPITAL KLINICZNY Z POLIKLINIKĄ	m. Bydgoszcz	57%	42%	0%
2.4	ESKULAP BIS S.C. EWA MOLSKA STANISŁAW MOLSKI	bydgoski	87%	13%	0%
3.1	SAMODZIELNY PUBLICZNY SZPITAL KLINICZNY NR 1 W LUBLINIE	m. Lublin	78%	22%	4%
3.2	SAMODZIELNY PUBLICZNY SZPITAL WOJEWÓDZKI IM. PAPIEŻA JANA PAWŁA II W ZAMOSCIU	m. Zamość	4%	96%	8%
3.3	SAMODZIELNY PUBLICZNY SZPITAL KLINICZNY NR 4 W LUBLINIE	m. Lublin	70%	26%	30%
3.4	WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY	m. Lublin	66%	34%	11%
3.5	WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY W BIAŁEJ PODLASKIEJ	m. Biała Podlaska	48%	52%	17%
4.1	WIELOSPECJALISTYCZNY SZPITAL W NOWEJ SOLI	nowosolski	73%	27%	0%
4.2	SZPITAL WOJEWÓDZKI SPZOZ W ZIELONEJ GÓRZE	m. Zielona Góra	53%	47%	0%
5.1	WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM. M. KOPERNIKA W ŁODZI	m. Łódź	52%	48%	22%
5.2	WOJEWÓDZKI SPECJALISTYCZNY SZPITAL IM. M. PIROGOWA W ŁODZI	m. Łódź	52%	48%	32%
5.3	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MINISTERSTWA SPRAW WEWNĘTRZNYCH W ŁODZI	m. Łódź	51%	49%	7%
6.1	SZPITAL ZAKONU BONIFRATRÓW SW. JANA GRANDEGO W KRAKOWIE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ	m. Kraków	0%	100%	2%
6.2	AMERICAN HEART OF POLAND SPÓŁKA AKCYJNA	chrzanowski	89%	11%	1%
6.3	KRAKOWSKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM. JANA PAWŁA II	m. Kraków	76%	24%	12%
6.4	5 WOJSKOWY SZPITAL KLINICZNY Z POLIKLINIKĄ - SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W KRAKOWIE	m. Kraków	70%	30%	16%
7.1	SAMODZIELNY PUBLICZNY CENTRALNY SZPITAL KLINICZNY	m. st. Warszawa	64%	33%	5%
7.2	CENTRALNY SZPITAL KLINICZNY MSW W WARSZAWIE	m. st. Warszawa	63%	37%	25%
7.3	WOJSKOWY INSTYTUT MEDYCZNY	m. st. Warszawa	77%	23%	10%
7.4	INSTYTUT HEMATOLOGII I TRANSFUZJOLOGII	m. st. Warszawa	79%	21%	0%
7.5	MAZOWIECKI SZPITAL BRÓDNOWSKI W WARSZAWIE SP. Z O.O.	m. st. Warszawa	67%	33%	3%
7.6	MIEDZYLESKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY W WARSZAWIE	m. st. Warszawa	49%	51%	12%
7.7	RADOMSKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM. DR TYTUSA CHAŁUBINSKIEGO	m. Radom	39%	61%	10%
7.8	SZPITAL PRASKI P.W. PRZEMIENIENIA PANSKIEGO	m. st. Warszawa	72%	28%	0%
7.9	SZPITAL BIELANSKI IM. KS. JERZEGO POPIELUSZKI SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ	m. st. Warszawa	68%	32%	24%
7.10	SZPITAL WOLSKI IM. DR ANNY GOSTYNSKIEJ SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ	m. st. Warszawa	76%	24%	38%
7.11	CENTRUM KARDIOLOGII SP. Z O.O.	otwocki	69%	31%	2%
7.12	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ SZPITAL JEDNODNIOWY /IBIS/	m. st. Warszawa	100%	0%	0%

Numer szpitala	NAZWA SWIADCZENIODAWCY	Powiat	Proc. trybów planowych	Proc. trybów nagłych	W tym proc. przekazanych przez ZRM
7.13	MAZOWIECKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM. DR JÓZEFA PSARSKIEGO W OSTROŁECIE	m. Ostrołęka	1%	99%	5%
7.14	SZPITAL CZERNAKOWSKI SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ	m. st. Warszawa	62%	38%	2%
7.15	MAZOWIECKI SZPITAL WOJEWÓDZKI W SIEDLCACH SP. Z O.O.	m. Siedlce	84%	16%	21%
7.16	MEDICOVER OPIEKA SZPITALNA	m. st. Warszawa	67%	30%	5%
7.17	CENTRUM MEDYCZNE ENEL-MED SPÓŁKA AKCYJNA	m. st. Warszawa	100%	0%	0%
8.1	AMERICAN HEART OF POLAND SPÓŁKA AKCYJNA	nyski	86%	12%	9%
9.1	POLSKO-AMERYKANSKIE KLINIKI SERCA V ODDZIAŁ KARDIOLOGII INWAZYJNEJ I ANGIOLOGI I- MIELEC	m. Rzeszów	0%	100%	0%
9.2	SZPITAL POWIATOWY IM. EDMUNDA BIERNACKIEGO W MIELCU	mielecki	77%	23%	21%
9.3	WOJEWÓDZKI SZPITAL IM. SW.OJCA PIO W PRZEMYŚLU	m. Przemyśl	52%	48%	1%
9.4	VISUM CLINIC SPÓŁKA Z O.O. NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ	m. Rzeszów	100%	0%	0%
10.1	UNIwersytecki SZPITAL KLINICZNY W BIAŁYMSTOKU	m. Białystok	58%	36%	20%
11.1	UNIwersyteckie CENTRUM KLINICZNE	m. Gdańsk	47%	53%	12%
11.2	SWISSMED VASCULAR	m. Gdańsk	58%	42%	1%
11.3	WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM. JANUSZA KORCZAKA	m. Słupsk	68%	32%	20%
11.4	SZPITAL SW. WINCENTEGO A PAULO SP. Z O. O.	m. Gdynia	65%	35%	2%
12.1	SP SZPITAL KLINICZNY NR 7 ŚLĄSKIEGO UNIwersYTETU MEDYCZNEGO W KATOWICACH GÓRNOŚLĄSKIE CENTRUM MEDYCZNE IM. PROF. LESZKA GIECA	m. Katowice	27%	73%	4%
12.2	AMERICAN HEART OF POLAND SPÓŁKA AKCYJNA	cieszyński	59%	39%	1%
12.3	SZPITAL WOJEWÓDZKI W BIELSKU-BIAŁEJ	m. Bielsko-Biała	43%	57%	19%
12.4	SPZOZ WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY NR 4 W BYTOMIU	m. Bytom	1%	99%	29%
12.5	AMERICAN HEART OF POLAND SPÓŁKA AKCYJNA	m. Dąbrowa Górnicza	63%	27%	0%
12.6	WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY NR 5 IM. SW. BARBARY W SOSNOWCU	m. Sosnowiec	76%	22%	35%
12.7	SAMODZIELNY PUBLICZNY SZPITAL KLINICZNY IM. ANDRZEJA MIELECKIEGO ŚLĄSKIEGO UNIwersYTETU MEDYCZNEGO W KATOWICACH	m. Katowice	78%	22%	19%
12.8	NZOZ EUROMEDIC KLINIKI SPECJALISTYCZNE SPÓŁKA AKCYJNA	m. Katowice	86%	14%	4%
12.9	ŚLĄSKIE CENTRUM CHOROÓB SERCA W ZABRZU	m. Zabrze	60%	23%	0%
12.10	TOMASZ LUDYGA	m. Katowice	96%	4%	0%
13.1	ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W KONSKICH	konecki	80%	20%	12%
13.2	AMERICAN HEART OF POLAND SPÓŁKA AKCYJNA	starachowicki	75%	25%	4%
13.3	WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOŁONY W KIELCACH	m. Kielce	3%	97%	7%
14.1	WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY W OLSZTYNIE	m. Olsztyn	54%	46%	10%
14.2	108 SZPITAL WOJSKOWY Z PRZYCHODNIA SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W EŁKU	ełcki	83%	17%	0%
15.1	SZPITAL KLINICZNY PRZEMIENIENIA PAŃSKIEGO UNIwersYTETU MEDYCZNEGO IM. KAROLA MARCINKOWSKIEGO W POZNANIU	m. Poznań	65%	35%	3%
15.2	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MINISTERSTWA SPRAW WEWNĘTRZNYCH W POZNANIU IM PROF.LUDWIKA BIERKOWSKIEGO	m. Poznań	81%	19%	0%

Numer szpitala	NAZWA SWIADCZENIODAWCY	Powiat	Proc. trybów planowych	Proc. trybów nagłych	W tym proc. przekazanych przez ZRM
15.3	SZPITAL SPECJALISTYCZNY W PILE IM. STANISŁAWA STASZICA	piłski	54%	46%	18%
16.1	SAMODZIELNY PUBLICZNY SZPITAL KLINICZNY NR 2 POMORSKIEGO UNIwersYTETU MEDYCZNEGO	m. Szczecin	75%	25%	9%
16.2	SZPITAL WOJEWÓDZKI IM. M. KOPERNIKA W KOSZALINIE	m. Koszalin	62%	38%	17%
16.3	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MINISTERSTWA SPRAW WEWNĘTRZNYCH W SZCZECINIE	m. Szczecin	94%	6%	0%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z map potrzeb zdrowotnych opracowanych przez Ministerstwo Zdrowia.

Powyżej 90 proc. przyjęć w trybie planowym zrealizowano u sześciu świadczeniodawców, z czego czterech wykazało 100 proc. przyjęć planowych:

- Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej (Multi-Medica),
- Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Jednodniowy (IBIS),
- Centrum Medyczne ENEL-MED Spółka Akcyjna,
- Visum Clinic Spółka z o.o. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej.

W podmiocie medycznym Tomasz Ludyga w Katowicach było to 96 proc. i w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych w Szczecinie – 94 proc. Stąd też wszystkie te podmioty lecznicze odnotowały najmniej przyjęć w trybie nagłym od żadnego do odpowiednio 4 proc. i 6 proc. i żadnego przyjęcia z przekazania przez Zespoły Ratownictwa Medycznego.

Analizując przyjęcia w trybie nagłym, należy stwierdzić, że powyżej 90 proc. przyjęć w trybie nagłym zrealizowano w sześciu szpitalach.

- W dwóch w 100 proc., w:
 - Szpitalu Zakonu Bonifratrów Św. Jana Grandego w Krakowie Sp. z o.o.,
 - Polsko-Amerykańskiej Klinice Serca V Oddziału Kardiologii Inwazyjnej i Angiologii – Mielec.
- W dwóch w 99 proc., w:
 - Mazowieckim Szpitalu Specjalistycznym im. Dr Józefa Psarskiego w Ostrołęce,
 - SPZOZ Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym Nr 4 w Bytomiu.
- W 97 proc. w:
 - Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Kielcach.
- W 96 proc. w:
 - Samodzielnym Publicznym Szpitalu Wojewódzkim im. Papieża Jana Pawła II w Zamościu.

We wszystkich tych szpitalach odsetek przyjęć w trybie planowym wynosił odpowiednio od żadnego do 3 proc. i 4 proc.

Powyżej 25 proc. przyjęć w trybie nagłym, po przekazaniu przez Zespoły Ratownictwa Medycznego zrealizowano w:

- Szpitalu Wolskim im. Dr Anny Gostyńskiej Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej – 38 proc.,
- Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym Nr 5 im. Św. Barbary w Sosnowcu – 35 proc.,
- Wojewódzkim Specjalistycznym Szpitalu im. M. Pirogowa w Łodzi – 32 proc.,
- Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinikcznym Nr 4 w Lublinie – 30 proc.,

- SPZOZ Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym Nr 4 w Bytomiu – 29 proc.,
- Centralnym Szpitalu Klinicznym MSW w Warszawie – 25 proc.

8.4. Długość pobytu, obłożenie i ponowna hospitalizacja w oddziałach chirurgii naczyniowej

Kluczowe parametry poddane analizie przez Ministerstwo Zdrowia dotyczyły efektywności w zarządzaniu łózkami szpitalnymi. Dokonano analiz obejmujących ALOS (przeciętna długość pobytu), MLOS (mediana czasu pobytu) oraz procent obłożenia łóżek w oddziale. Jako kryterium jakościowe przyjęto procent ponownej hospitalizacji w ciągu 30 dni od wypisu pacjenta ze szpitala.

Tabela 71. Szczegółowe informacje o hospitalizacji wg oddziałów (2014 r.)

Numer szpitala	NAZWA SWIADCZENIODAWCY	Powiat	ALOS (przeciętna długość pobytu)	MLOS (mediana czasu pobytu)	Obłożenie	Ponowna hospitalizacja w ciągu 30 dni, ogółem
1.1	4 WOJSKOWY SZPITAL KLINICZNY Z POLIKLINIKĄ SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ WE WROCŁAW	m. Wrocław	4,10	3	75,00%	13,00%
1.2	WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY WE WROCŁAWIU	m. Wrocław	4,83	3	52,00%	21,00%
1.3	UNIwersytecki Szpital Kliniczny im. Jana Mikulicza-Radeckiego we Wrocławiu	m. Wrocław	9,25	7	77,00%	17,00%
1.4	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ \MULTI-MEDICA\	m. Wrocław	-	-	-	0,00%
2.1	SZPITAL UNIwersytecki Nr 1 im. Dr. Antoniego Jurasza w Bydgoszczy	m. Bydgoszcz	11,94	9	99,00%	20,00%
2.2	REGIONALNY SZPITAL SPECJALISTYCZNY im. Dr. Władysława Bieganskiego w Grudziądzu	m. Grudziądz	5,09	3	30,00%	17,00%
2.3	SPZOZ 10 WOJSKOWY SZPITAL KLINICZNY Z POLIKLINIKĄ	m. Bydgoszcz	4,80	4	70,00%	20,00%
2.4	ESKULAP BIS S.C. EWA MOŁSKA STANISŁAW MOŁSKI	bydgoski	2,20	2	1,00%	15,00%
3.1	SAMODZIELNY PUBLICZNY SZPITAL KLINICZNY NR 1 W LUBLINIE	m. Lublin	4,01	2	79,00%	18,00%
3.2	SAMODZIELNY PUBLICZNY SZPITAL WOJEWÓDZKI im. Papieża Jana Pawła II w Zamosciu	m. Zamość	4,99	4	81,00%	20,00%
3.3	SAMODZIELNY PUBLICZNY SZPITAL KLINICZNY NR 4 W LUBLINIE	m. Lublin	5,08	3	61,00%	19,00%
3.4	WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY	m. Lublin	6,54	4	80,00%	18,00%
3.5	WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY W BIAŁEJ PODLASKIEJ	m. Biała Podlaska	3,36	2	19,00%	25,00%
4.1	WIELOSPECJALISTYCZNY SZPITAL W NOWEJ SOLI	nowosolski	2,44	1	92,00%	11,00%
4.2	SZPITAL WOJEWÓDZKI SPZOZ W ZIELONEJ GÓRZE	m. Zielona Góra	6,90	4	85,00%	20,00%
5.1	WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY im. M. Kopernika w Łodzi	m. Łódź	4,21	3	84,00%	14,00%

Numer szpitala	NAZWA SWIADCZENIODAWCY	Powiat	ALOS (prze- ciętna długość pobytu)	MLOS (mediana czasu pobytu)	Obłożenie	Ponowna hospitaliza- cja w ciągu 30 dni, ogółem
5.2	WOJEWÓDZKI SPECJALISTYCZNY SZPITAL IM. M. PIROGOWA W ŁODZI	m. Łódź	7,94	3	91,00%	12,00%
5.3	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MINISTERSTWA SPRAW WEWNĘTRZNYCH W ŁODZI	m. Łódź	4,93	3	65,00%	19,00%
6.1	SZPITAL ZAKONU BONIFRATRÓW SW.JANA GRANDEGO W KRAKOWIE SPÓŁKA Z OGRANICZONA ODPOWIEDZIALNOSCIA	m. Kraków	6,16	3	66,00%	22,00%
6.2	AMERICAN HEART OF POLAND SPÓŁKA AKCYJNA	chrzanowski	2,49	1	50,00%	13,00%
6.3	KRAKOWSKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM. JANA PAWŁA II	m. Kraków	3,04	2	30,00%	25,00%
6.4	5 WOJSKOWY SZPITAL KLINICZNY Z POLIKLINIKA - SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W KRAKOWIE	m. Kraków	4,99	3	38,00%	8,00%
7.1	SAMODZIELNY PUBLICZNY CENTRALNY SZPITAL KLINICZNY	m. st. Warszawa	8,71	5	85,00%	15,00%
7.2	CENTRALNY SZPITAL KLINICZNY MSW W WARSZAWIE	m. st. Warszawa	5,07	3	53,00%	25,00%
7.3	WOJSKOWY INSTYTUT MEDYCZNY	m. st. Warszawa	3,37	2	40,00%	11,00%
7.4	INSTYTUT HEMATOLOGII I TRANSFUZJOLOGII	m. st. Warszawa	5,43	4	53,00%	15,00%
7.5	MAZOWIECKI SZPITAL BRÓDNOWSKI W WARSZAWIE SP. Z O.O.	m. st. Warszawa	6,51	4	49,00%	11,00%
7.6	MIEDZYLESKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY W WARSZAWIE	m. st. Warszawa	6,17	4	93,00%	20,00%
7.7	RADOMSKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM. DR TYTUSA CHAŁUBIŃSKIEGO	m. Radom	5,71	4	63,00%	20,00%
7.8	SZPITAL PRASKI P.W. PRZEMIENIENIA PANSKIEGO	m. st. Warszawa	3,10	2	29,00%	24,00%
7.9	SZPITAL BIELANSKI IM. KS. JERZEGO POPIELUSZKI SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ	m. st. Warszawa	4,98	4	48,00%	12,00%
7.10	SZPITAL WOLSKI IM. DR ANNY GOSTYŃSKIEJ SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ	m. st. Warszawa	4,08	3	37,00%	20,00%
7.11	CENTRUM KARDIOLOGII SP. Z O.O.	otwocki	2,86	2	30,00%	17,00%
7.12	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ SZPITAL JEDNODNIOWY /IBIS/	m. st. Warszawa	1,00	1	41,00%	1,00%
7.13	MAZOWIECKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM. DR JÓZEFA PSARSKIEGO W OSTROŁĘCE	m. Ostrołęka	10,86	9	85,00%	18,00%
7.14	SZPITAL CZERNIAKOWSKI SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ	m. st. Warszawa	4,54	3	22,00%	14,00%
7.15	MAZOWIECKI SZPITAL WOJEWÓDZKI W SIEDLCACH SP. Z O.O.	m. Siedlce	3,98	3	10,00%	28,00%
7.16	MEDICOVER OPIEKA SZPITALNA	m. st. Warszawa	3,47	3	10,00%	26,00%
7.17	CENTRUM MEDYCZNE ENEL-MED SPÓŁKA AKCYJNA	m. st. Warszawa	1,00	1	14,00%	2,00%
8.1	AMERICAN HEART OF POLAND SPÓŁKA AKCYJNA	nyski	2,69	2	36,00%	18,00%
9.1	POLSKO-AMERYKANSKIE KLINIKI SERCA V ODDZIAŁ KARDIOLOGII INWAZYJNEJ I ANGIOLOGII I- MIELEC	m. Rzeszów	2,56	2	38,00%	16,00%

Numer szpitala	NAZWA SWIADCZENIODAWCY	Powiat	ALOS (średnia długość pobytu)	MLOS (mediana czasu pobytu)	Obłożenie	Ponowna hospitalizacja w ciągu 30 dni, ogółem
9.2	SZPITAL POWIATOWY IM. EDMUNDA BIERNACKIEGO W MIELCU	mielecki	3,63	2	58,00%	23,00%
9.3	WOJEWÓDZKI SZPITAL IM. SW.OJCA PIO W PRZEMYŚLU	m. Przemyśl	3,64	2	24,00%	25,00%
9.4	VISUM CLINIC SPÓŁKA Z O.O. NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ	m. Rzeszów	-	-	-	0,00%
10.1	UNIwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku	m. Białystok	7,89	5	61,00%	11,00%
11.1	UNIwersyteckie Centrum Kliniczne	m. Gdańsk	5,57	4	74,00%	16,00%
11.2	SWISSMED VASCULAR	m. Gdańsk	2,39	2	28,00%	16,00%
11.3	WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM. JANUSZA KORCZAKA	m. Słupsk	6,56	4	71,00%	15,00%
11.4	SZPITAL SW. WINCENTEGO A PAULO SP. Z O. O.	m. Gdynia	3,60	3	17,00%	25,00%
12.1	SP SZPITAL KLINICZNY NR 7 ŚLĄSKIEGO UNIwersytetu Medycznego w Katowicach GÓRNOŚLĄSKIE CENTRUM MEDYCZNE IM. PROF. LESZKA GIECA	m. Katowice	7,55	7	88,00%	13,00%
12.2	AMERICAN HEART OF POLAND SPÓŁKA AKCYJNA	cieszyński	2,79	2	190,00%	19,00%
12.3	SZPITAL WOJEWÓDZKI W BIELSKU-BIAŁEJ	m. Bielsko-Biała	10,12	7	80,00%	10,00%
12.4	SPZOZ WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY NR 4 W BYTOMIU	m. Bytom	9,66	8	66,00%	14,00%
12.5	AMERICAN HEART OF POLAND SPÓŁKA AKCYJNA	m. Dąbrowa Górnicza	4,52	4	67,00%	9,00%
12.6	WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY NR 5 IM. SW. BARBARY W SOSNOWCU	m. Sosnowiec	5,62	4	54,00%	12,00%
12.7	SAMODZIELNY PUBLICZNY SZPITAL KLINICZNY IM. ANDRZEJA MIELECKIEGO ŚLĄSKIEGO UNIwersytetu Medycznego w Katowicach	m. Katowice	5,90	4	39,00%	8,00%
12.8	NZO EUROMEDIC KLINIKI SPECJALISTYCZNE SPÓŁKA AKCYJNA	m. Katowice	2,72	2	14,00%	14,00%
12.9	ŚLĄSKIE CENTRUM CHOROÓB SERCA W ZABRZU	m. Zabrze	6,21	6	9,00%	6,00%
12.10	TOMASZ LUDYGA	m. Katowice	1,74	1		15,00%
13.1	ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W KONSKICH	konecki	7,18	7	69,00%	14,00%
13.2	AMERICAN HEART OF POLAND SPÓŁKA AKCYJNA	starachowicki	5,05	4	64,00%	16,00%
13.3	WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOLONY W KIELCACH	m. Kielce	4,69	3	26,00%	30,00%
14.1	WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY W OLSZTYNIE	m. Olsztyn	5,80	3		14,00%
14.2	108 SZPITAL WOJSKOWY Z PRZYCHODNIA SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W ELKU	elcki	4,66	4	28,00%	5,00%
15.1	SZPITAL KLINICZNY PRZEMIENIENIA PANSKIEGO UNIwersytetu Medycznego IM. KAROLA MARCINKOWSKIEGO W POZNANIU	m. Poznań	5,80	4	70,00%	13,00%
15.2	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MINISTERSTWA SPRAW WEWNĘTRZNYCH W POZNANIU IM PROF. LUDWIKA BIERKOWSKIEGO	m. Poznań	3,04	1	16,00%	9,00%

Numer szpitala	NAZWA ŚWIADCZENIODAWCY	Powiat	ALOS (średnia długość pobytu)	MLOS (mediana czasu pobytu)	Obłożenie	Ponowna hospitalizacja w ciągu 30 dni, ogółem
15.3	SZPITAL SPECJALISTYCZNY W PILE IM. STANISŁAWA STASZICA	pilski	10,20	7	25,00%	11,00%
16.1	SAMODZIELNY PUBLICZNY SZPITAL KLINICZNY NR 2 POMORSKIEGO UNIwersYTETU MEDYCZNEGO	m. Szczecin	4,94	3	73,00%	12,00%
16.2	SZPITAL WOJEWÓDZKI IM. M. KOPERNIKA W KOSZALINIE	m. Koszalin	6,39	4	53,00%	14,00%
16.3	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MINISTERSTWA SPRAW WEWNĘTRZNYCH W SZCZECINIE	m. Szczecin	1,52	1	6,00%	9,00%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z map potrzeb zdrowotnych opracowanych przez Ministerstwa Zdrowia.

Najkrótsze okresy hospitalizacji, w granicach jednego do nieco ponad dwóch dni wykazano w pięciu podmiotach leczniczych, z czego w dwóch tj. Niepublicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Szpitalu Jednodniowym (IBIS) oraz Centrum Medycznym ENEL-MED Spółka Akcyjna był to jeden dzień, w pozostałych, Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych w Szczecinie – 1,52 dnia, podmiocie medycznym Tomasz Ludyga – 1,74 dnia i Eskulap Bis S.C. Ewa Molska Stanisław Molski – 2,2 dnia.

W czterech pierwszych z wyżej wymienionych podmiotów mediana czasu pobytu była najniższa i wyniosła 1 dzień. Jednodniową medianę stwierdzono również u trzech innych świadczeniodawców:

- Wielospecjalistycznym Szpitalu w Nowej Soli,
- American Heart Of Poland Spółce Akcyjnej,
- Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych w Poznaniu im. Prof. Ludwika Bierkowskiego.

Najdłuższe, powyżej lub blisko 10-dniowe okresy hospitalizacji wykazano u pięciu świadczeniodawców, w:

- Szpitalu Uniwersyteckim Nr 1 im. Dr. Antoniego Jurasza w Bydgoszczy – 11,94 dnia,
- Mazowieckim Szpitalu Specjalistycznym Im. dr Józefa Psarskiego w Ostrołęce – 10,86 dnia,
- Szpitalu Specjalistycznym w Pile im. Stanisława Staszica – 10,2 dnia,
- Szpitalu Wojewódzkim w Bielsku-Białej – 10,12 dnia,
- SPZOZ Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym Nr 4 w Bytomiu – 9,66 dnia.

We wszystkich tych szpitalach zaobserwowano również najdłuższe mediany okresu pobytu odpowiednio 9, 9, 8, 7, 7 dni.

Najwyższe obłożenie, powyżej 90 proc. łóżek zanotowano w pięciu podmiotach leczniczych:

- American Heart Of Poland Spółce Akcyjnej – 190 proc.,
- Szpitalu Uniwersyteckim Nr 1 im. Dr. Antoniego Jurasza w Bydgoszczy – 99 proc.,
- Międzyzleskim Szpitalu Specjalistycznym w Warszawie – 93 proc.,
- Wielospecjalistycznym Szpitalu w Nowej Soli – 92 proc.,
- Wojewódzkim Specjalistycznym Szpitalu im. M. Pirogowa w Łodzi – 91 proc.

Najniższe (do 10 proc.) obłożenie stwierdzono w sześciu podmiotach leczniczych:

- Visum Clinic Spółce z o.o. Niepublicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej – 0 proc.,
- Eskulap Bis S.C. Ewa Molska Stanisław Molski – 1 proc.,
- Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych w Szczecinie – 6 proc.,
- Śląskim Centrum Chorób Serca w Zabrzu – 9 proc.,
- Mazowieckim Szpitalu Wojewódzkim w Siedlcach Sp. z o.o. – 10 proc.,
- Medcover Opieka Szpitalna – 10 proc.

Najniższe wartości, poniżej 5 proc. ponownych hospitalizacji przed upływem 30 dni, wykazano jedynie u pięciu świadczeniodawców, z czego żadnych w Visum Clinic Spółce z o.o. Niepublicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej oraz Niepublicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej (Multi-Medica). W pozostałych: Niepublicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Szpital Jednodniowy (IBIS) – 1 proc., Centrum Medycznym ENEL-MED Spółka Akcyjna – 2 proc. i 108 Szpitalu Wojskowym z Przychodnią Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Elku – 5 proc.

Najwięcej, 25 proc. i więcej ponownych hospitalizacji przed upływem 30 dni stwierdzono w ośmiu podmiotach leczniczych, w:

- Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Kielcach – 30 proc.,
- Mazowieckim Szpitalu Wojewódzkim w Siedlcach Sp. z o.o. – 28 proc.,
- Medcover Opieka Szpitalna – 26 proc.,
- Szpitalu Św. Wincentego A. Paulo Sp. z o.o. – 25 proc.,
- Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Białej Podlaskiej – 25 proc.,
- Wojewódzkim Szpitalu im. Św. Ojca Pio w Przemyśle – 25 proc.,
- Krakowskim Szpitalu Specjalistycznym im. Jana Pawła II – 25 proc.,
- Centralnym Szpitalu Klinicznym MSW w Warszawie – 25 proc.

8.5. Wiek i płeć pacjentów hospitalizowanych w oddziałach chirurgii naczyniowej

Innym istotnym obszarem analiz była struktura wiekowa hospitalizowanych pacjentów w oddziałach chirurgii naczyniowej. W tabeli przedstawiono średni wiek hospitalizowanego pacjenta, a także udział procentowy pacjentów powyżej 65 i 80 roku życia. Oszacowano także procentowy udział hospitalizowanych kobiet.

Tabela 72. Charakterystyka pacjentów wg oddziałów (2014r.), wg płci i wieku

Numer szpitala	NAZWA SWIADCZENIODAWCY	Powiat	Proc. hospitalizowanych kobiet	Średni wiek pacjenta	Udział pacjentów 65+	Udział pacjentów 80+
1.1	4 WOJSKOWY SZPITAL KLINICZNY Z POLIKLINIKĄ SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ WE WROCŁAW	m. Wrocław	37,20%	65,25	55,40%	12,00%
1.2	WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY WE WROCŁAWIU	m. Wrocław	35,20%	67,13	60,50%	14,40%
1.3	UNIwersytecki Szpital Kliniczny im. Jana Mikulicza-Radeckiego we Wrocławiu	m. Wrocław	39,60%	66,01	56,00%	10,50%

Numer szpitala	NAZWA SWIADCZENIODAWCY	Powiat	Proc. hospitalizowanych kobiet	Średni wiek pacjenta	Udział pacjentów 65+	Udział pacjentów 80+
1.4	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ \MULTI-MEDICA\	m. Wrocław	88,20%	54,88	35,30%	0,00%
2.1	SZPITAL UNIWERSYTECKI NR 1 IM. DR. ANTONIEGO JURASZA W BYDGOSZCZY	m. Bydgoszcz	29,60%	68,12	60,20%	16,00%
2.2	REGIONALNY SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM. DR. WŁADYSŁAWA BIEGANSKIEGO W GRUDZIĄDZU	m. Grudziądz	25,00%	66,15	55,30%	11,10%
2.3	SPZOZ 10 WOJSKOWY SZPITAL KLINICZNY Z POLIKLINIKĄ	m. Bydgoszcz	27,60%	65,51	48,90%	14,90%
2.4	ESKULAP BIS S.C. EWA MOLSKA STANISŁAW MOLSKI	bydgoski	34,40%	67,79	59,00%	6,60%
3.1	SAMODZIELNY PUBLICZNY SZPITAL KLINICZNY NR 1 W LUBLINIE	m. Lublin	39,60%	63,73	49,30%	10,50%
3.2	SAMODZIELNY PUBLICZNY SZPITAL WOJEWÓDZKI IM. PAPIEZA JANA PAWŁA II W ZAMOSCIU	m. Zamość	31,60%	66,84	56,90%	13,70%
3.3	SAMODZIELNY PUBLICZNY SZPITAL KLINICZNY NR 4 W LUBLINIE	m. Lublin	36,80%	63,36	50,20%	11,90%
3.4	WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY	m. Lublin	38,50%	64,85	49,30%	14,60%
3.5	WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY W BIAŁEJ PODLASKIEJ	m. Biała Podlaska	56,60%	65,64	57,40%	17,20%
4.1	WIELOSPECJALISTYCZNY SZPITAL W NOWEJ SOLI	nowosolski	36,80%	62,54	45,60%	6,40%
4.2	SZPITAL WOJEWÓDZKI SPZOZ W ZIELONEJ GÓRZE	m. Zielona Góra	38,50%	66,83	55,10%	12,30%
5.1	WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM. M. KOPERNIKA W ŁODZI	m. Łódź	43,40%	60,46	42,80%	12,40%
5.2	WOJEWÓDZKI SPECJALISTYCZNY SZPITAL IM. M. PIROGOWA W ŁODZI	m. Łódź	45,20%	61,61	43,90%	11,80%
5.3	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MINISTERSTWA SPRAW WEWNĘTRZNYCH W ŁODZI	m. Łódź	38,70%	67,28	60,40%	16,10%
6.1	SZPITAL ZAKONU BONIFRATRÓW SW. JANA GRANDEGO W KRAKOWIE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ	m. Kraków	28,90%	68,87	64,40%	15,80%
6.2	AMERICAN HEART OF POLAND SPÓŁKA AKCYJNA	chrzanowski	32,50%	66,71	58,90%	8,60%
6.3	KRAKOWSKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM. JANA PAWŁA II	m. Kraków	32,60%	67,04	59,20%	10,90%
6.4	5 WOJSKOWY SZPITAL KLINICZNY Z POLIKLINIKĄ - SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W KRAKOWIE	m. Kraków	54,10%	57,55	35,10%	10,00%
7.1	SAMODZIELNY PUBLICZNY CENTRALNY SZPITAL KLINICZNY	m. st. Warszawa	35,70%	65,87	55,40%	13,90%
7.2	CENTRALNY SZPITAL KLINICZNY MSW W WARSZAWIE	m. st. Warszawa	41,00%	64,62	53,30%	16,70%
7.3	WOJSKOWY INSTYTUT MEDYCZNY	m. st. Warszawa	37,80%	63,51	49,30%	8,10%
7.4	INSTYTUT HEMATOLOGII I TRANSFUZJOLOGII	m. st. Warszawa	41,40%	62,80	45,90%	7,60%
7.5	MAZOWIECKI SZPITAL BRÓDNOWSKI W WARSZAWIE SP. Z O.O.	m. st. Warszawa	36,40%	68,01	62,10%	14,30%
7.6	MIEDZYLESKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY W WARSZAWIE	m. st. Warszawa	43,10%	66,56	59,30%	14,60%
7.7	RADOMSKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM. DR. TYTUSA CHAŁUBINSKIEGO	m. Radom	34,90%	66,79	54,20%	13,60%

Numer szpitala	NAZWA SWIADCZENIODAWCY	Powiat	Proc. hospitalizowanych kobiet	Średni wiek pacjenta	Udział pacjentów 65+	Udział pacjentów 80+
7.8	SZPITAL PRASKI P.W. PRZEMIENIENIA PANSKIEGO	m. st. Warszawa	43,40%	66,62	56,00%	15,30%
7.9	SZPITAL BIELANSKI IM.KS.JERZEGO POPIELUSZKI SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ	m. st. Warszawa	41,00%	68,30	64,90%	14,20%
7.10	SZPITAL WOLSKI IM. DR ANNY GOSTYNSKIEJ SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ	m. st. Warszawa	37,50%	66,73	59,30%	11,60%
7.11	CENTRUM KARDIOLOGII SP. Z O.O.	otwocki	33,40%	67,09	57,90%	8,40%
7.12	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ SZPITAL JEDNODNIOWY /IBIS/	m. st. Warszawa	68,70%	50,35	18,20%	0,70%
7.13	MAZOWIECKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM. DR JÓZEFA PSARSKIEGO W OSTROŁĘCE	m. Ostrołęka	26,30%	67,38	56,20%	14,60%
7.14	SZPITAL CZERNIAKOWSKI SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ	m. st. Warszawa	28,60%	68,22	56,80%	12,70%
7.15	MAZOWIECKI SZPITAL WOJEWÓDZKI W SIEDLCACH SP. Z O.O.	m. Siedlce	33,70%	69,89	73,00%	15,70%
7.16	MEDICOVER OPIEKA SZPITALNA	m. st. Warszawa	33,30%	69,41	71,20%	18,20%
7.17	CENTRUM MEDYCZNE ENEL-MED SPÓŁKA AKCYJNA	m. st. Warszawa	62,00%	44,32	12,00%	2,00%
8.1	AMERICAN HEART OF POLAND SPÓŁKA AKCYJNA	nyski	28,70%	68,17	63,80%	10,40%
9.1	POLSKO-AMERYKANSKIE KLINIKI SERCA V ODDZIAŁ KARDIOLOGII INWAZYJNEJ I ANGIOLOGII I- MIELEC	m. Rzeszów	30,50%	69,21	66,50%	17,20%
9.2	SZPITAL POWIATOWY IM. EDMUNDA BIERNACKIEGO W MIELCU	mielecki	33,40%	67,00	58,50%	13,70%
9.3	WOJEWÓDZKI SZPITAL IM. SW.OJCA PIO W PRZEMYŚLU	m. Przemyśl	40,50%	66,13	52,30%	16,00%
9.4	VISUM CLINIC SPÓŁKA Z O.O. NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ	m. Rzeszów	71,70%	49,59	13,10%	0,00%
10.1	UNIwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku	m. Białystok	31,50%	66,40	61,90%	14,20%
11.1	UNIwersyteckie Centrum Kliniczne	m. Gdańsk	31,20%	67,71	61,90%	13,90%
11.2	SWISSMED VASCULAR	m. Gdańsk	30,80%	68,97	62,90%	16,30%
11.3	WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM. JANUSZA KORCZAKA	m. Słupsk	33,80%	66,69	56,80%	12,40%
11.4	SZPITAL SW. WINCENTEGO A PAULO SP. Z O. O.	m. Gdynia	43,30%	69,76	72,40%	17,50%
12.1	SP SZPITAL KLINICZNY NR 7 ŚLĄSKIEGO UNIwersytetu Medycznego w Katowicach GÓRNOŚLĄSKIE CENTRUM MEDYCZNE IM. PROF. LESZKA GIECA	m. Katowice	34,40%	66,35	59,30%	9,20%
12.2	AMERICAN HEART OF POLAND SPÓŁKA AKCYJNA	cieszyński	34,70%	67,46	62,00%	10,10%
12.3	SZPITAL WOJEWÓDZKI W BIELSKU-BIAŁEJ	m. Bielsko-Biała	38,40%	62,13	47,60%	11,70%
12.4	SPZOZ WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY NR 4 W BYTOMIU	m. Bytom	30,20%	66,01	58,00%	11,40%
12.5	AMERICAN HEART OF POLAND SPÓŁKA AKCYJNA	m. Dąbrowa Górnicza	34,00%	66,82	56,70%	8,80%
12.6	WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY NR 5 IM. SW. BARBARY W SOSNOWCU	m. Sosnowiec	33,00%	65,16	54,40%	10,60%
12.7	SAMODZIELNY PUBLICZNY SZPITAL KLINICZNY IM. ANDRZEJA MIELECKIEGO ŚLĄSKIEGO UNIwersytetu Medycznego w Katowicach	m. Katowice	42,50%	62,26	42,50%	5,30%

Numer szpitala	NAZWA SWIADCZENIODAWCY	Powiat	Proc. hospitalizowanych kobiet	Średni wiek pacjenta	Udział pacjentów 65+	Udział pacjentów 80+
12.8	NZOZ EUROMEDIC KLINIKI SPECJALISTYCZNE SPÓŁKA AKCYJNA	m. Katowice	30,70%	66,07	55,00%	7,90%
12.9	ŚLĄSKIE CENTRUM CHOROŚ SERCA W ZABRZU	m. Zabrze	39,60%	64,76	60,40%	10,40%
12.10	TOMASZ LUDYGA	m. Katowice	22,20%	68,38	63,00%	7,40%
13.1	ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W KONSKICH	konecki	33,20%	64,75	51,10%	10,90%
13.2	AMERICAN HEART OF POLAND SPÓŁKA AKCYJNA	starachowicki	30,70%	68,46	65,50%	12,60%
13.3	WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOLONY W KIELCACH	m. Kielce	38,80%	64,28	50,00%	13,10%
14.1	WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY W OLSZTYNIE	m. Olsztyn	34,30%	67,24	54,10%	11,60%
14.2	108 SZPITAL WOJSKOWY Z PRZYCHODNIA SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W EŁKU	ełcki	32,20%	65,26	37,50%	7,90%
15.1	SZPITAL KLINICZNY PRZEMIENIENIA PANSKIEGO UNIwersYTETU MEDYCZNEGO IM. KAROLA MARCINKOWSKIEGO W POZNANIU	m. Poznań	37,50%	67,44	54,30%	12,90%
15.2	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MINISTERSTWA SPRAW WEWNĘTRZNYCH W POZNANIU IM PROF. LUDWIKA BIERKOWSKIEGO	m. Poznań	32,30%	63,97	52,80%	5,90%
15.3	SZPITAL SPECJALISTYCZNY W PILE IM. STANISŁAWA STASZICA	Piński	25,90%	65,35	49,40%	7,10%
16.1	SAMODZIELNY PUBLICZNY SZPITAL KLINICZNY NR 2 POMORSKIEGO UNIwersYTETU MEDYCZNEGO	m. Szczecin	34,60%	68,27	62,40%	15,00%
16.2	SZPITAL WOJEWÓDZKI IM. M. KOPERNIKA W KOSZALINIE	m. Koszalin	36,80%	66,29	53,90%	13,30%
16.3	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MINISTERSTWA SPRAW WEWNĘTRZNYCH W SZCZECINIE	m. Szczecin	33,90%	66,30	57,30%	8,90%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z map potrzeb zdrowotnych opracowanych przez Ministerstwa Zdrowia.

Najwyższą, blisko 70-letnią średnią wieku hospitalizowanych pacjentów odnotowano w pięciu szpitalach:

- Mazowieckim Szpitalu Wojewódzkim w Siedlcach Sp. z o.o. – 69,89 lat,
- Szpitalu Św. Wincentego A Paulo Sp. z o.o. – 69,76 lat,
- Medicover Opieka Szpitalna – 69,41 lat,
- Polsko-Amerykańskich Klinikach Serca V Oddziale Kardiologii Inwazyjnej i Angiologii - Mielec – 69,21 lat,
- Swissmed Vascular – 68,97 lat.

Również w tych szpitalach największy odsetek hospitalizowanych pacjentów stanowiły osoby powyżej 75 r.ż. (odpowiednio 73 proc., 72,4 proc., 71,2 proc., 66,5 proc. i 62,9 proc.) oraz powyżej 80 r.ż. stanowiący ponad 15 proc. hospitalizacji, w tym w:

- Medicover Opieka Szpitalna – 18,2 proc.,
- Szpitalu Św. Wincentego A Paulo Sp. z o.o. – 17,5 proc.,
- Polsko-Amerykańskich Klinikach Serca V Oddziale Kardiologii Inwazyjnej i Angiologii - Mielec – 17,2 proc.

Natomiast pacjentów poniżej średniej 60 r.ż. hospitalizowano w pięciu szpitalach:

- Centrum Medycznym ENEL-MED Spółka Akcyjna – 44,32 lat,
- Visum Clinic Spółka z o.o. Niepublicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej – 49,59 lat,
- Niepublicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Szpitalu Jednodniowym (IBIS) – 50,35 lat,
- Niepublicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej (MULTI-MEDICA) – 54,88 lat,
- 5 Wojskowym Szpitalu Klinicznym z Polikliniką - Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Krakowie – 57,55 lat.

Jedynie w sześciu szpitalach kobiety stanowiły powyżej 50 proc. leczonych pacjentów, w:

- Niepublicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej (MULTI-MEDICA) – 88,2 proc.,
- Visum Clinic Spółka z o.o. Niepublicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej – 71,7 proc.,
- Niepublicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Szpitalu Jednodniowym (IBIS) – 68,7 proc.,
- Centrum Medycznym ENEL-MED Spółka Akcyjna – 62 proc.,
- Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Białej Podlaskiej – 56,6 proc.

Najmniej kobiet hospitalizowano w:

- podmiocie leczniczym Tomasz Ludyga – 22,2 proc.,
- Regionalnym Szpitalu Specjalistycznym im. Dr Władysława Biegańskiego w Grudziądzu – 25 proc.,
- Szpitalu Specjalistycznym w Pile im. Stanisława Staszica – 25,9 proc.,
- Mazowieckim Szpitalu Specjalistycznym im. Dr Józefa Psarskiego w Ostrołęce – 26,3 proc.,
- SPZOZ 10 Wojskowym Szpitalu Klinicznym z Polikliniką – 27,6 proc.

8.6. Analiza leczonych pacjentów z uwzględnieniem miejsca zamieszkania (migracja)

Ważnym parametrem określającym dostępność geograficzną pacjentów do świadczeń z zakresu chirurgii naczyniowej jest zjawisko „migracji pacjentów”, czyli udzielanie świadczeń przez oddziały szpitalne pacjentom zamieszkałym poza powiatem czy województwem w którym znajduje się oddział chirurgii naczyniowej.

Tabela 73. Charakterystyka pacjentów wg oddziałów i miejsca zamieszkania (2014 r.)

Numer szpitala	NAZWA SWIADCZENIODAWCY	Powiat	Proc. pacjentów ze swojego powiatu	Proc. pacjentów ze swojego województwa, ale spoza swojego powiatu	Proc. pacjentów spoza województwa
1.1	4 WOJSKOWY SZPITAL KLINICZNY Z POLIKLINIKĄ SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ WE WROCŁAW	m. Wrocław	33,60%	58,20%	8,20%
1.2	WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY WE WROCŁAWIU	m. Wrocław	37,40%	54,30%	8,20%
1.3	UNIwersytecki Szpital Kliniczny im. Jana Mikulicza-Radeckiego we Wrocławiu	m. Wrocław	38,00%	47,60%	14,40%

Numer szpitala	NAZWA SWIADCZENIODAWCY	Powiat	Proc. pacjentów ze swojego powiatu	Proc. pacjentów ze swojego województwa, ale spoza swojego powiatu	Proc. pacjentów spoza województwa
1.4	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ \MULTI-MEDICA\	m. Wrocław	88,20%	11,80%	0,00%
2.1	SZPITAL UNIWERSYTECKI NR 1 IM. DR. ANTONIEGO JURASZA W BYDGOSZCZY	m. Bydgoszcz	39,50%	50,30%	10,20%
2.2	REGIONALNY SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM. DR. WŁADYSŁAWA BIEGANSKIEGO W GRUDZIADZU	m. Grudziądz	48,60%	40,50%	10,90%
2.3	SPZOZ 10 WOJSKOWY SZPITAL KLINICZNY Z POLIKLINIKĄ	m. Bydgoszcz	46,30%	41,80%	11,90%
2.4	ESKULAP BIS S.C. EWA MOLSKA STANISŁAW MOLSKI	bydgoski	27,90%	59,00%	13,10%
3.1	SAMODZIELNY PUBLICZNY SZPITAL KLINICZNY NR 1 W LUBLINIE	m. Lublin	31,40%	53,40%	15,30%
3.2	SAMODZIELNY PUBLICZNY SZPITAL WOJEWÓDZKI IM. PAPIEŻA JANA PAWŁA II W ZAMOŚCIU	m. Zamość	40,00%	53,70%	6,20%
3.3	SAMODZIELNY PUBLICZNY SZPITAL KLINICZNY NR 4 W LUBLINIE	m. Lublin	36,50%	49,10%	14,30%
3.4	WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY	m. Lublin	33,00%	63,90%	3,10%
3.5	WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY W BIAŁEJ PODLASKIEJ	m. Biała Podlaska	82,00%	14,80%	3,30%
4.1	WIELOSPECJALISTYCZNY SZPITAL W NOWEJ SOLI	nowosolski	28,60%	45,30%	26,10%
4.2	SZPITAL WOJEWÓDZKI SPZOZ W ZIELONEJ GÓRZE	m. Zielona Góra	48,10%	49,40%	2,60%
5.1	WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM. M. KOPERNIKA W ŁODZI	m. Łódź	61,60%	34,50%	3,90%
5.2	WOJEWÓDZKI SPECJALISTYCZNY SZPITAL IM. M. PIROGOWA W ŁODZI	m. Łódź	69,30%	27,70%	3,00%
5.3	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MINISTERSTWA SPRAW WEWNĘTRZNYCH W ŁODZI	m. Łódź	47,20%	49,20%	3,60%
6.1	SZPITAL ZAKONU BONIFRATRÓW SW.JANA GRANDEGO W KRAKOWIE SPÓŁKA Z OGRANICZONA ODPOWIEDZIALNOSCIA	m. Kraków	46,70%	47,50%	5,80%
6.2	AMERICAN HEART OF POLAND SPÓŁKA AKCYJNA	chrzanowski	22,40%	27,50%	50,10%
6.3	KRAKOWSKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM. JANA PAWŁA II	m. Kraków	37,90%	47,00%	15,10%
6.4	5 WOJSKOWY SZPITAL KLINICZNY Z POLIKLINIKĄ - SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W KRAKOWIE	m. Kraków	50,50%	46,20%	3,20%
7.1	SAMODZIELNY PUBLICZNY CENTRALNY SZPITAL KLINICZNY	m. st. Warszawa	39,30%	40,80%	19,90%
7.2	CENTRALNY SZPITAL KLINICZNY MSW W WARSZAWIE	m. st. Warszawa	57,90%	31,50%	10,60%
7.3	WOJSKOWY INSTYTUT MEDYCZNY	m. st. Warszawa	51,70%	38,60%	9,60%
7.4	INSTYTUT HEMATOLOGII I TRANSFUZJOLOGII	m. st. Warszawa	31,40%	56,30%	12,30%
7.5	MAZOWIECKI SZPITAL BRÓDNOWSKI W WARSZAWIE SP. Z O.O.	m. st. Warszawa	49,20%	45,10%	5,70%
7.6	MIEDZYLESKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY W WARSZAWIE	m. st. Warszawa	48,00%	48,00%	4,00%
7.7	RADOMSKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM.DR TYTUSA CHAŁUBINSKIEGO	m. Radom	68,80%	29,10%	2,20%
7.8	SZPITAL PRASKI P.W. PRZEMIENIENIA PANSKIEGO	m. st. Warszawa	46,70%	50,50%	2,80%

Numer szpitala	NAZWA SWIADCZENIODAWCY	Powiat	Proc. pacjentów ze swojego powiatu	Proc. pacjentów ze swojego województwa, ale spoza swojego powiatu	Proc. pacjentów spoza województwa
7.9	SZPITAL BIELANSKI IM.KS.JERZEGO POPIELUSZKI SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ	m. st. Warszawa	52,70%	43,90%	3,40%
7.10	SZPITAL WOLSKI IM. DR ANNY GOSTYNSKIEJ SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ	m. st. Warszawa	68,10%	23,60%	8,20%
7.11	CENTRUM KARDIOLOGII SP. Z O.O.	otwocki	5,50%	81,20%	13,20%
7.12	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ SZPITAL JEDNODNIOWY /IBIS/	m. st. Warszawa	64,00%	31,00%	5,10%
7.13	MAZOWIECKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM. DR JÓZEFA PSARSKIEGO W OSTROŁĘCE	m. Ostrołęka	41,30%	37,40%	21,40%
7.14	SZPITAL CZERNIAKOWSKI SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ	m. st. Warszawa	36,20%	59,20%	4,70%
7.15	MAZOWIECKI SZPITAL WOJEWÓDZKI W SIEDLCACH SP. Z O.O.	m. Siedlce	61,80%	27,00%	11,20%
7.16	MEDICOVER OPIEKA SZPITALNA	m. st. Warszawa	45,50%	40,90%	13,60%
7.17	CENTRUM MEDYCZNE ENEL-MED SPÓŁKA AKCYJNA	m. st. Warszawa	58,00%	34,00%	8,00%
8.1	AMERICAN HEART OF POLAND SPÓŁKA AKCYJNA	nyski	36,40%	59,30%	4,40%
9.1	POLSKO-AMERYKANSKIE KLINIKI SERCA V ODDZIAŁ KARDIOLOGII INWAZYJNEJ I ANGIOLOGI I- MIELEC	m. Rzeszów	31,40%	66,60%	2,00%
9.2	SZPITAL POWIATOWY IM. EDMUNDA BIERNACKIEGO W MIELCU	mielecki	48,50%	45,60%	5,80%
9.3	WOJEWÓDZKI SZPITAL IM. SW.OJCA PIO W PRZEMYSŁU	m. Przemyśl	62,90%	36,60%	0,50%
9.4	VISUM CLINIC SPÓŁKA Z O.O. NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ	m. Rzeszów	49,50%	48,50%	2,00%
10.1	UNIwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku	m. Białystok	49,20%	44,90%	5,90%
11.1	UNIwersyteckie Centrum Kliniczne	m. Gdańsk	35,20%	60,30%	4,50%
11.2	SWISSMED VASCULAR	m. Gdańsk	30,10%	63,10%	6,70%
11.3	WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM. JANUSZA KORCZAKA	m. Słupsk	59,20%	33,90%	6,90%
11.4	SZPITAL SW. WINCENTEGO A PAULO SP. Z O. O.	m. Gdynia	55,60%	36,60%	7,80%
12.1	SP SZPITAL KLINICZNY NR 7 ŚLĄSKIEGO UNIwersytetu Medycznego w Katowicach GÓRNOŚLĄSKIE CENTRUM MEDYCZNE IM. PROF. LESZKA GIECA	m. Katowice	26,30%	69,50%	4,30%
12.2	AMERICAN HEART OF POLAND SPÓŁKA AKCYJNA	cieszyński	31,70%	54,20%	14,10%
12.3	SZPITAL WOJEWÓDZKI W BIELSKU-BIAŁEJ	m. Bielsko-Biała	70,40%	23,50%	6,10%
12.4	SPZOZ WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY NR 4 W BYTOMIU	m. Bytom	20,60%	74,60%	4,80%
12.5	AMERICAN HEART OF POLAND SPÓŁKA AKCYJNA	m. Dąbrowa Górnicza	27,50%	70,10%	2,50%
12.6	WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY NR 5 IM. SW. BARBARY W SOSNOWCU	m. Sosnowiec	29,20%	67,20%	3,60%
12.7	SAMODZIELNY PUBLICZNY SZPITAL KLINICZNY IM. ANDRZEJA MIELECKIEGO ŚLĄSKIEGO UNIwersytetu Medycznego w Katowicach	m. Katowice	18,90%	75,20%	6,00%
12.8	NZOZ EUROMEDIC KLINIKI SPECJALISTYCZNE SPÓŁKA AKCYJNA	m. Katowice	21,80%	75,20%	3,00%
12.9	ŚLĄSKIE CENTRUM CHOROÓB SERCA W ZABRZU	m. Zabrze	41,70%	58,30%	0,00%

Numer szpitala	NAZWA SWIADCZENIODAWCY	Powiat	Proc. pacjentów ze swojego powiatu	Proc. pacjentów ze swojego województwa, ale spoza swojego powiatu	Proc. pacjentów spoza województwa
12.10	TOMASZ LUDYGA	m. Katowice	7,40%	92,60%	0,00%
13.1	ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W KONSKICH	konecki	17,00%	63,60%	19,40%
13.2	AMERICAN HEART OF POLAND SPÓŁKA AKCYJNA	starachowicki	21,10%	52,20%	26,70%
13.3	WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOLONY W KIELCACH	m. Kielce	49,60%	25,50%	24,90%
14.1	WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY W OLSZTYNIE	m. Olsztyn	38,90%	58,70%	2,40%
14.2	108 SZPITAL WOJSKOWY Z PRZYCHODNIA SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W EŁKU	ełcki	36,80%	38,20%	25,00%
15.1	SZPITAL KLINICZNY PRZEMIENIENIA PANSKIEGO UNIwersYTETU MEDYCZNEGO IM. KAROLA MARCINKOWSKIEGO W POZNANIU	m. Poznań	42,00%	52,30%	5,70%
15.2	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MINISTERSTWA SPRAW WEWNĘTRZNYCH W POZNANIU IM PROF. LUDWIKA BIERKOWSKIEGO	m. Poznań	40,30%	52,80%	6,90%
15.3	SZPITAL SPECJALISTYCZNY W PILE IM. STANISŁAWA STASZICA	pilski	54,10%	41,20%	4,70%
16.1	SAMODZIELNY PUBLICZNY SZPITAL KLINICZNY NR 2 POMORSKIEGO UNIwersYTETU MEDYCZNEGO	m. Szczecin	39,00%	53,50%	7,50%
16.2	SZPITAL WOJEWÓDZKI IM. M. KOPERNIKA W KOSZALINIE	m. Koszalin	61,20%	35,60%	3,20%
16.3	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MINISTERSTWA SPRAW WEWNĘTRZNYCH W SZCZECINIE	m. Szczecin	31,50%	53,20%	15,30%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z map potrzeb zdrowotnych opracowanych przez Ministerstwa Zdrowia.

Blisko 70 proc. lub powyżej leczonych pacjentów pochodzących z powiatu będącego miejscem ich zamieszkania wykazało sześciu świadczeniodawców.

- Najwięcej, powyżej 80 proc. takich pacjentów odnotowano w:
 - Niepublicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej (MULTI-MEDICA) – 88,2 proc.,
 - Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Białej Podlaskiej – 82 proc.
- Blisko 70 proc. w:
 - Szpitalu Wojewódzkim w Bielsku-Białej – 70,4 proc.,
 - Wojewódzkim Specjalistycznym Szpitalu im. M. Pirogowa w Łodzi – 69,3 proc.,
 - Radomskim Szpitalu Specjalistycznym im. Dr Tytusa Chałubińskiego – 68,8 proc.

W trzech szpitalach, w których hospitalizowano najwięcej pacjentów zamieszkujących dany powiat, zaobserwowano najmniejsze liczby pacjentów pochodzących z całego województwa, w którym zlokalizowany jest dany szpital, i odpowiednie odsetki wynosiły 11,8 proc., 14,8 proc. oraz 23,5 proc.

Najmniej pacjentów pochodzących z powiatu będącego ich miejscem zamieszkania odnotowano w:

- Centrum Kardiologii Sp. z o.o. – 5,5 proc.,
- podmiocie leczniczym Tomasz Ludyga – 7,4 proc.,
- Zespole Opieki Zdrowotnej w Końskich – 17 proc.,
- Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinikcznym im. Andrzeja Mieleckiego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach – 18,9 proc.,
- SPZOZ Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym Nr 4 w Bytomiu – 20,6 proc.

W trzech podmiotach leczniczych tj. podmiocie leczniczym Tomasz Ludyga, Centrum Kardiologii Sp. z o.o. w Otwocku oraz Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym im. Andrzeja Mieleckiego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach odnotowano najwyższe, ponad 75 proc. odsetki chorych pochodzących z danego województwa, odpowiednio – 92,6 proc., 81,2 proc. oraz 75,2 proc.

Najwięcej pacjentów pochodzących z innych województw, co najmniej 25 proc. wszystkich leczonych, odnotowano w:

- American Heart Of Poland Spółka Akcyjna Powiat Chrzanowski – 50,1 proc.,
- American Heart Of Poland Spółka Akcyjna – Powiat Starachowicki – 26,7 proc.,
- Wielospecjalistycznym Szpitalu w Nowej Soli – 26,1 proc.,
- 108 Szpitalu Wojskowym z Przychodnią Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Ełku – 25 proc.,
- Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Kielcach – 24,9 proc.

Najmniej pacjentów pochodzących z innych województw, do 2 proc., odnotowano w sześciu podmiotach leczniczych, z czego w trzech nie było w ogóle takich pacjentów - podmiot leczniczy Tomasz Ludyga, Śląskie Centrum Chorób Serca w Zabrzu, Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej (MULTI-MEDICA) a w pozostałych tj. w Wojewódzkim Szpitalu im. Św. Ojca Pio w Przemyślu – 0,5 proc., oraz po 2 proc. w Polsko-Amerykańskich Klinikach Serca V Oddziale Kardiologii Inwazyjnej i Angiologii - Mielec. oraz w Visum Clinic Spółka z o.o. Niepublicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej.

8.7. Prognoza liczby łóżek w oddziałach chirurgii naczyniowej

Ministerstwo Zdrowia na podstawie danych dotyczących świadczeń sprawozdanych do Narodowego Funduszu Zdrowia w 2014 r., danych dotyczących liczby łóżek w danej komórce podmiotu leczniczego z Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą oraz danych dotyczącej struktury demograficznej Polski (obecnej i prognozowanej) z Głównego Urzędu Statystycznego dokonało prognozy zapotrzebowania w zakresie bazy łóżkowej, w tym łóżek w oddziałach chirurgii naczyniowej w Polsce na lata 2018-2029. Prognozę przeprowadzono w trzech scenariuszach: demograficznym (bazowym), optymalizującym czas hospitalizacji (wariant 1), optymalizującym strukturę udzielanych świadczeń (wariant 2).

Na podstawie danych dotyczących świadczeń sprawozdanych do Narodowego Funduszu Zdrowia oraz danych demograficznych opracowano współczynnik korzystania ze świadczeń szpitalnych w podziale na typ analizowanego oddziału, płeć, grupę wiekową oraz charakter hospitalizacji. Jest on zdefiniowany jako iloraz liczby hospitalizacji danego typu na danym oddziale realizowanych pacjentom w danej podgrupie determinowanej przez płeć i grupę wiekową oraz populacji w tak zdefiniowanej podgrupie. Następnie w każdej ze zdefiniowanych podgrup obliczono, na podstawie danych obserwowanych w 2014 r., średni czas trwania hospitalizacji (ALOS).

Wykorzystując obliczone wskaźniki oraz korzystając z prognozy demograficznej GUS na lata 2016, 2018, 2024 i 2029 dokonano prognozy liczby hospitalizacji na wskazane lata. Otrzymana wartość zawiera korektę o liczbę hospitalizacji potrzebną do przyjęcia pacjentów znajdujących się na liście oczekujących na udzielenie świadczenia, którym w danym roku świadczenie nie zostałoby udzielone. Wartość tę uzyskano w oparciu o informację na temat stanu kolejki oczekujących do poszczególnych oddziałów oraz model Kaplana-Meiera stworzony na bazie informacji o pacjentach przyjętych na dany typ oddziału w latach 2013-2014. Ponieważ

model jest modelem rocznym, w analizach pominięto rozkład przyjęć na oddziały w ciągu roku. Przyjmując założenia dotyczące docelowych obłożeń obliczono prognozowane zapotrzebowanie na łóżka na oddziale danego typu. Uwzględniając dane o aktualnej bazie łóżkowej oraz przyszłym zapotrzebowaniu na świadczenia, można wnioskować o zmianie wielkości bazy łóżkowej poszczególnych typów oddziałów.

Powyżej opisany scenariusz jest scenariuszem bazowym. W niniejszym opracowaniu rozważono również scenariusze alternatywne. W pierwszym z nich (wariant 1) w przypadku oddziałów, dla których mediana czasu hospitalizacji jest większa niż mediana czasu trwania hospitalizacji dla całej Polski w danej podgrupie pacjentów i świadczeń, liczba osobodni jest funkcją średniego ogólnopolskiego czasu trwania hospitalizacji, a nie średniego czasu trwania charakterystycznego dla świadczeniodawcy. Scenariusz ten interpretować można w kategorii pewnej racjonalizacji czasu trwania hospitalizacji.

Drugi z alternatywnych scenariuszy (wariant 2) dotyczy oddziałów o profilu zabiegowym, w tym chirurgii naczyniowej. Weryfikowane jest zapotrzebowanie na łóżka, gdyby na oddziałach o profilu zabiegowym zredukowano udział zabiegów małych i diagnostycznych, a operatywa przyjęłaby ustalony poziom. Zapotrzebowanie na zabiegi małe i diagnostyczne odzwierciedlono w tym przypadku przez wzrost zapotrzebowania na świadczenia na oddziałach jednego dnia.

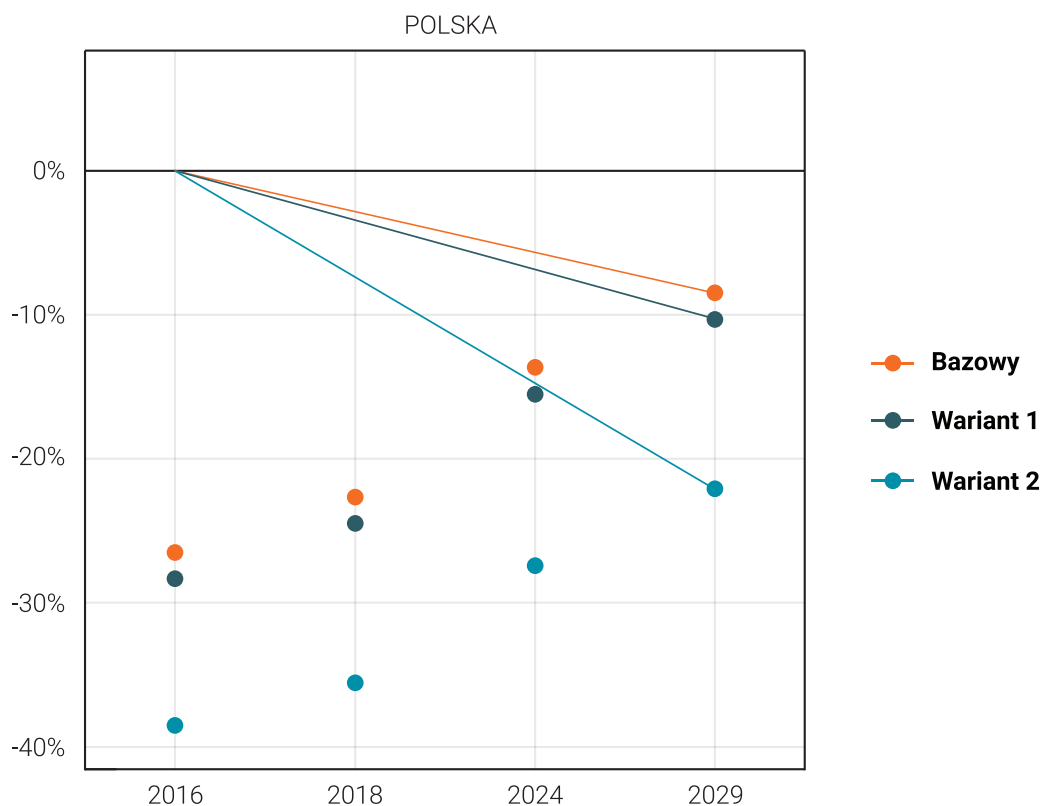
Dla oddziałów chirurgii naczyniowej przedstawiono wykres obrazujący tempo zmian bazy łóżkowej w okresie od 2016 r. do 2029 r., zmianę liczby łóżek na 100 tys. mieszkańców w tym samym okresie, prognozowaną liczbę łóżek w latach 2018 i 2029.

W scenariuszu bazowym w Polsce średnia zmiana liczby łóżek będzie się wahać między 26.51 proc. w 2016 r. a 8.38 proc. w 2029 r. Na podstawie tego scenariusza liczba łóżek powinna spadać o 0.67 proc. rocznie, co przekłada się na 10.1 łóżka rocznie.

W scenariuszu zakładającym skrócenie średniego czasu pobytu (wariant 1) liczba łóżek powinna spadać o 1.96 proc. rocznie, co przekłada się na 27.3 łóżka rocznie.

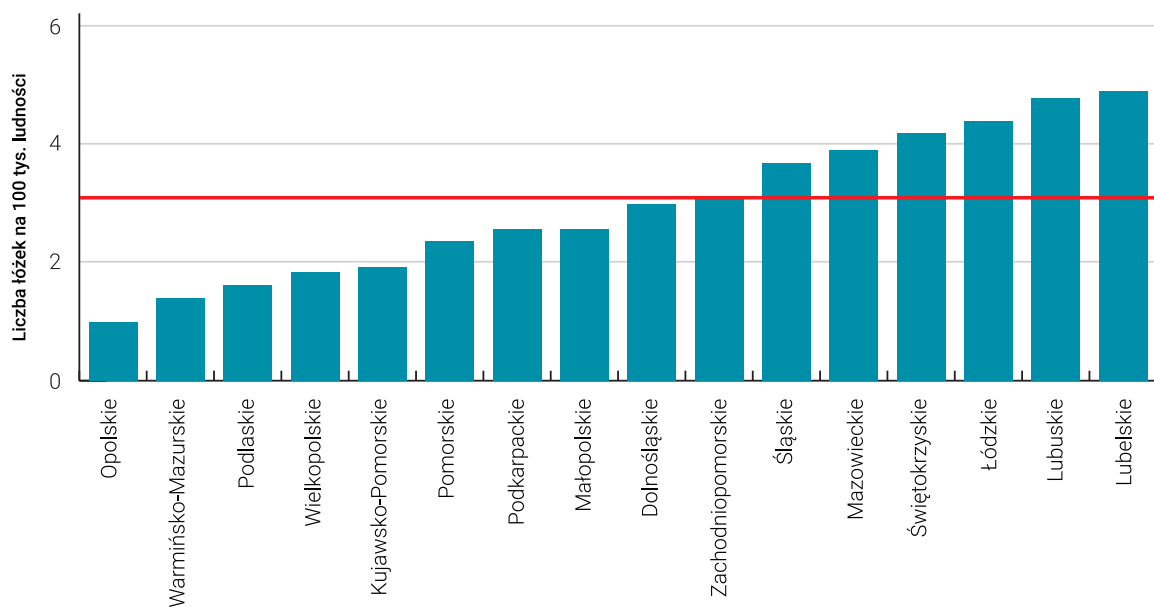
W scenariuszu opierającym się na redukcji udziału zabiegów małych i diagnostycznych oraz zwiększeniem operatywy (wariant 2) względna różnica pomiędzy prognozowaną liczbą potrzebnych łóżek, średnia zmiana liczby łóżek będzie się wahać między 28.11 proc. w 2016 r. a 10.33 proc. w 2029 r. Na podstawie tego scenariusza można stwierdzić, że liczba łóżek powinna spadać o 0.84 proc. rocznie, co przekłada się na 12.4 łóżka rocznie.

Wykres 26. Względna zmiana w zapotrzebowaniu na łóżka w stosunku do stanu początkowego (2014 r.) - Polska - analiza scenariuszowa



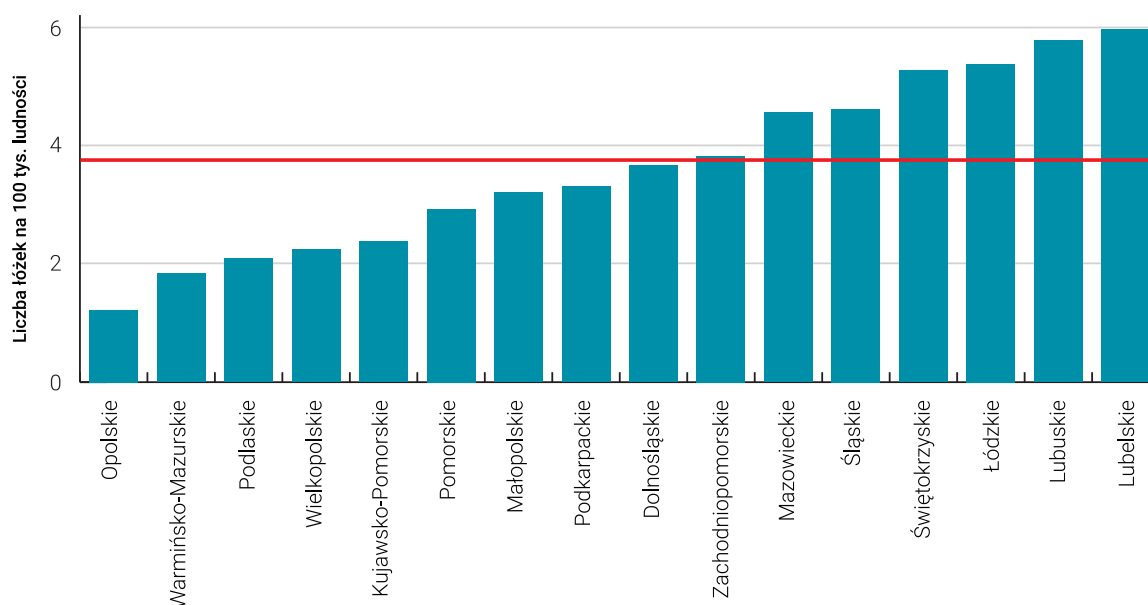
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z map potrzeb zdrowotnych opracowanych przez Ministerstwa Zdrowia.

Wykres 27. Łóżka na 100 tys. ludności (2018 r.)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z map potrzeb zdrowotnych opracowanych przez Ministerstwo Zdrowia.

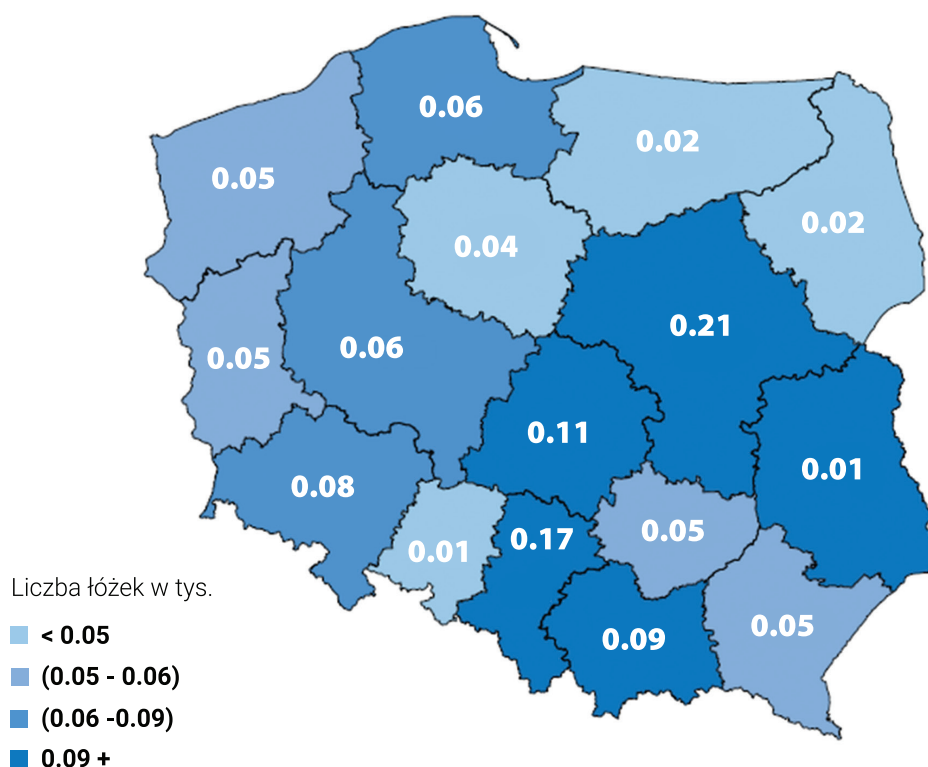
Wykres 28. Łóżka na 100 tys. ludności (2029 r.)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z map potrzeb zdrowotnych opracowanych przez Ministerstwo Zdrowia.

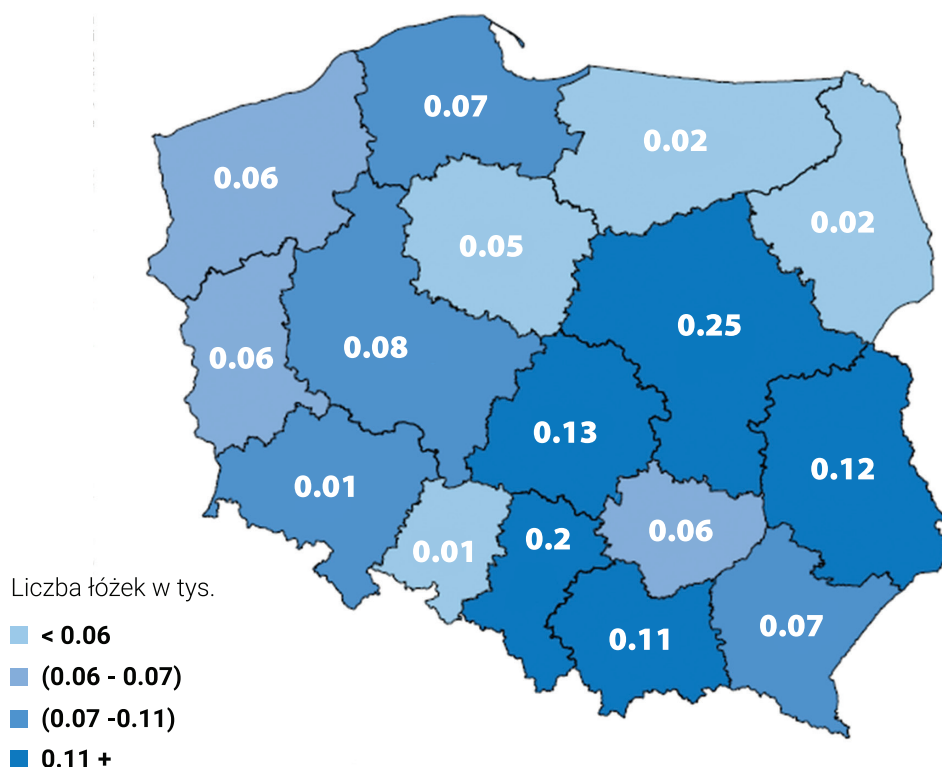
W 2018 r. zgodnie z wariantem 2 zapotrzebowanie na łóżka na 100 tys. ludności będzie wynosić będzie w Polsce 3.05. Do 2029 r. sytuacja ulegnie zmianie: zapotrzebowanie na łóżka w Polsce wzrośnie do 3.75 (23 proc.).

Rysunek 1. Prognozowana liczba łóżek w Polsce w tys. w 2018 r. (Wariant 2)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z dokumentu „Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie leczenia szpitalnego dla województwa dolnośląskiego”.

Rysunek 2. Prognozowana liczba łóżek w Polsce w tys. w 2029 r. (Wariant 2)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z map potrzeb zdrowotnych opracowanych przez Ministerstwo Zdrowia.

Prognozowana liczba łóżek w 2018 r. w Polsce na oddziale chirurgii naczyniowej wyniesie 1.17, tys. Prognoza dla 2029 r. wykazała 1.4 tys. łóżek w kraju.

8.8 Podsumowanie w mapie ogólnopolskiej

Ministerstwo Zdrowia w Mapie Potrzeb Zdrowotnych dla Polski przedstawiło dla chirurgii naczyniowej poniższe podsumowanie.

W Polsce świadczenia do NFZ sprawozdawało 70 oddziałów chirurgii naczyniowej, z czego ponad 1/3 w 2 województwach (17 w województwie mazowieckim, 10 w śląskim). Równocześnie należy podkreślić, że zakres chirurgii naczyniowej był również sprawozdawany w ramach oddziałów chirurgii ogólnej oraz angiologii.

Analiza funkcjonowania oddziałów wykazała, że należy zastanowić się nad zasadnością istnienia obecnej ich liczby. W 9 oddziałach sprawozdano mniej niż 60 zabiegów kompleksowych rocznie.

9. WYBRANE JEDNOSTKI CHOROBOWE UKŁADU KRAŻENIA JAKO PRZYCZYNA NIEZDOLNOŚCI DO PRACY

Zakład Ubezpieczeń Społecznych prowadzi badania statystyczne z zakresu przyczyn niezdolności do pracy, zarówno czasowej, jak też długotrwałej. Nasze zasoby informacyjne umożliwiają analizowanie przyczyn chorobowych z dokładnością do jednostki chorobowej z kodem trzy-znakowym) zdefiniowanej zgodnie z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych rewizja Dziesiąta (ICD-10).

Zwracamy uwagę, że dane statystyczne, którymi dysponuje Zakład Ubezpieczeń Społecznych dotyczą przypadków osób ubezpieczonych (m.in. prowadzących pozarolniczą działalność gospodarczą, w tym także populacji emerytów pozostających w zatrudnieniu), które wystąpiły o określone świadczenia z tytułu niezdolności do pracy w związku z określonymi schorzeniami. Nie obejmują świadczeń rolników indywidualnych i członków ich rodzin, a także świadczeń tzw. służb mundurowych.

Analizowane jednostki chorobowe układu krążenia należą do dwóch podgrup: chorób naczyń mózgowych oraz chorób tętnic, tętniczek i naczyń włosowatych. Są zazwyczaj konsekwencją nadciśnienia tętniczego, miażdżycy, stanów zapalnych tętnic, zakrzepów i zatorów.

W przypadku osób ubezpieczonych w ZUS odnotowano w *Rejestrze zaświadczeń lekarskich KSI ZUS* w 2014 r. 16 965,7 tys. zaświadczeń lekarskich o czasowej niezdolności do pracy. Łączna liczba dni absencji chorobowej wyniosła 212 616,7 tys. Choroby układu krążenia (I00-I99) spowodowały 12 352,0 tys. dni absencji chorobowej, w tym 8 235,5 tys. dni u mężczyzn. Spośród analizowanych chorób :

- niedrożność i zwężenie tętnic przedmózgowych niepowodujące zawału mózgu (I65) była powodem 35,4 tys. dni absencji chorobowej,
- tętniaki i tętniaki rozwarstwiający tętnicy głównej (I71) spowodowały 84,0 tys. dni absencji chorobowej,
- inne choroby naczyń obwodowych (I73) były przyczyną 37,9 tys. dni absencji chorobowej,
- zator i zakrzep tętniczy (I74) był przyczyną 24,3 tys. dni absencji chorobowej.

Łącznie z tytułu wymienionych wyżej chorób wystawiono 9,3 tys. zaświadczeń lekarskich na 181,6 tys. dni czasowej niezdolności do pracy.

W całej analizowanej grupie chorób absencja chorobowa mężczyzn stanowiła 74,6%. Najwięcej, bo 88% w przypadku tętniaków I71.

Tabela 74. Absencja chorobowa z tytułu choroby własnej osób ubezpieczonych w ZUS w 2014 r.

Wyszczególnienie	Liczba dni absencji chorobowej w tys.			Liczba zaświadczeń lekarskich w tys.			Przeciętna długość zaświadczenia lekarskiego w dniach		
	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety
OGÓŁEM (A00-Z99)	212 616,7	91 786,5	120 738,4	16 965,7	7 810,9	9 147,0	12,53	11,75	13,20
w tym:									
Choroby układu krążenia (I00-I99)	12 352,0	8 235,5	4 112,0	881,3	555,1	325,9	14,02	14,84	12,62
w tym:									
Niedrożność i zwężenie tętnic przedmózgowych nie powodujące zawału mózgu (I65)	35,4	22,3	13,0	1,9	1,1	0,7	18,85	19,59	17,73

Wyszczególnienie	Liczba dni absencji chorobowej w tys.			Liczba zaświadczeń lekarskich w tys.			Przeciętna długość zaświadczenia lekarskiego w dniach		
	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety
Tętniak i tętniak rozwarstwiający tętnicy głównej (I71)	84,0	73,9	10,0	3,5	3,1	0,4	23,90	23,79	24,69
Inne choroby naczyń obwodowych (I73)	37,9	22,3	15,6	2,7	1,5	1,2	13,81	14,31	13,17
Zator i zakrzep tętniczy (I74)	24,3	17	7,3	1,1	0,8	0,3	21,4	21,75	20,64

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych ZUS.

Analizując powyższe dane widzimy, że przeciętna długość zaświadczenia lekarskiego wydanego w związku z omawianymi chorobami układu krążenia jest znacznie wyższa niż absencji ogółem. Przy czym najwyższą odnotowano w przypadku absencji spowodowanej tętniakami i tętniakami rozwarstwiającymi tętnicy głównej (I71), tj. 23,90 dnia przy przeciętnej dla ogółu chorób układu krążenia wynoszącej 14,02 dnia.

W 2014 r. przeciętna skumulowana (suma dni absencji w roku dla danej osoby) wyniosła ogółem 37,04 dnia, a liczba osób, którym wystawiono choć jedno zaświadczenie lekarskie to 5 737,8 tys.

Tabela 75. Liczba osób ubezpieczonych w ZUS, którym wystawiono zaświadczenie lekarskie z tytułu choroby własnej

Wyszczególnienie	Liczba osób w tys.			Przeciętna długość absencji chorobowej w roku w dniach		
	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety
OGÓŁEM (A00-Z99)	5 737,8	2 727,8	3 005,0	37,04	33,63	40,18
w tym:						
Choroby układu krążenia (I00-I99)	413,9	238,3	175,4	29,85	34,56	23,45
w tym:						
Niedrożność i zwężenie tętnic przedmózgowych nie powodujące zawału mózgu (I65)	1,0	0,7	0,3	33,9	33,71	34,28
Tętniak i tętniak rozwarstwiający tętnicy głównej (I71)	1,4	1,2	0,2	60,66	61,56	55,08
Inne choroby naczyń obwodowych (I73)	1,5	0,8	0,7	25,15	28,74	21,35
Zator i zakrzep tętniczy (I74)	0,6	0,4	0,2	41,91	42,31	41,05

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych ZUS.

Liczba ubezpieczonych, którym w 2014 r. wystawiono choć jedno zaświadczenie z tytułu chorób układu krążenia wyniosła 413,9 tys., zaś liczba ubezpieczonych, którym wystawiono choć jedno zaświadczenie z tytułu chorób I65, I71, I73 i I74 wyniosła 4,5 tys. Przeciętna długość absencji chorobowej skumulowanej wyniosła w 2014 r. 37,04 dnia dla ogółu chorób. Dla grupy chorób układu krążenia przeciętna ta wyniosła w 2014 r. 29,85 dnia. W przypadku tętniaków I71 było to aż 60,66 dnia, a w przypadku zatorów i zakrzepów tętniczych I74 – 41,91 dnia. Krótsza od przeciętnej, dla chorób ogółem i dla chorób z grupy układu krążenia, była skumulowana absencja w przypadku choroby I73 – 25,15 dnia.

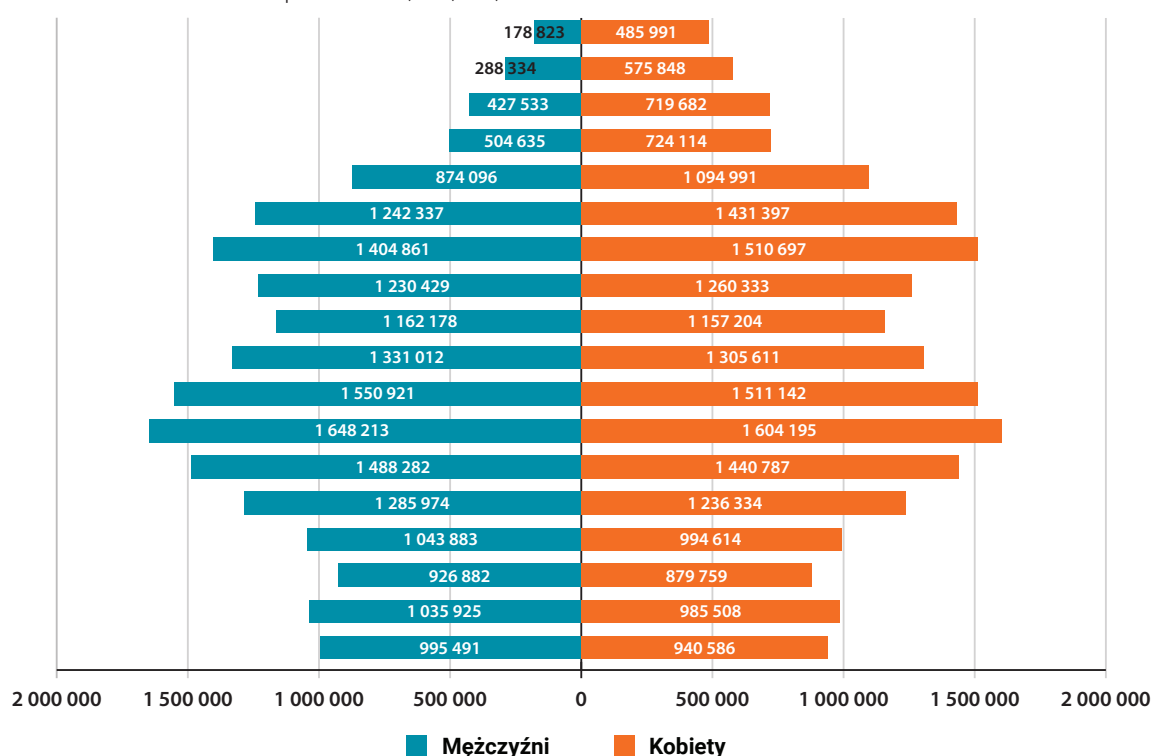
Tabela 76. Struktura osób ubezpieczonych w ZUS wg wieku, którym w 2014 r. wydano przynajmniej jedno zaświadczenie lekarskie z tytułu niezdolności do pracy spowodowanej chorobami I65, I71, I73, I74

Wiek ubezpieczonych	I65			I71			I73			I74		
	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety
OGÓŁEM	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
19 lat i mniej	0,1	0,1	-	0,1	0,2	-	0,9	0,6	1,1	0,2	0,2	-
20 - 29	2,0	1,0	3,6	2,3	2,2	2,7	10,0	7,0	13,0	2,9	3,0	2,7
30 - 39	6,3	4,3	9,6	7,3	6,4	13,4	18,0	13,6	22,7	10,7	8,9	14,8
40 - 49	10,5	6,7	17,2	12,5	11,4	20,3	21,3	17,0	26,0	21,6	17,5	30,8
50 - 59	45,4	40,4	54,2	37,7	36,1	47,6	34,3	37,5	31,0	39,0	38,9	39,6
60 - 64	25,3	32,4	13,0	27,9	30,7	9,6	12,9	19,9	5,4	19,7	24,1	9,9
65 i więcej	10,4	15,0	2,3	12,2	13,0	6,4	2,6	4,3	0,8	5,9	7,4	2,2

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych ZUS.

Analizowane jednostki chorobowe powodowały absencję chorobową głównie u osób między 40 a 64 rokiem życia – w zależności od jednostki chorobowej od 68,5 proc. do 81,2 proc. osób. W tym dominowały osoby mające od 50 do 59 lat. W przypadku I65 i I71 również wysoki odsetek stanowili ubezpieczeni w wieku 60-64 lata (odpowiednio 25,3 proc. i 27,9 proc.). Natomiast w przypadku I73 i I74 ponad 21 proc. stanowili chorzy w wieku 40-49 lat. W strukturze wiekowej wg płci zauważamy dominację kobiet w wieku 50-59 lat – dla I65 – 54,2 proc. populacji kobiet, I71 – 47,6 proc., dla I74 – 39,6 proc.. Jedynie dla I73 w tej grupie wiekowej większy jest odsetek mężczyzn, którzy stanowili 37,5 proc. chorych. Stosunkowo wysoki procent dotyczył osób w wieku 30-39 lat w przypadku absencji chorobowej spowodowanej I73 – 18 proc. i I74 – 10,7 proc.

Wykres 29. Struktura liczby ubezpieczonych wg wieku, którym w ciągu 2014 r. wystawiono choć jedno zaświadczenie lekarskie z powodu I65, I71, I73, I74



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych ZUS.

Rozkład absencji chorobowej według województw obrazują dane zawarte w poniższych dwóch tabelach i rysunku.

Tabela 77. Liczba dni absencji chorobowej w 2014 r. wg wskazanych jednostek chorobowych w poszczególnych województwach

Wyszczególnienie	OGÓŁEM I65, I71, I73, I74			W podziale na jednostki chorobowe:			
	Razem	Mężczyźni	Kobiety	I65	I71	I73	I74
	Liczba dni absencji w dniach						
OGÓŁEM	181 528	135 496	45 926	35 388	83 958	37 877	24 305
Dolnośląskie	15 632	12 232	3 400	3 570	6 602	2 941	2 519
Kujawsko-pomorskie	9 232	7 519	1 713	1 477	5 250	1 285	1 220
Lubelskie	6 813	5 325	1 488	1 272	2 670	1 978	893
Lubuskie	3 558	2 381	1 177	398	1 980	753	427
Łódzkie	13 673	9 942	3 731	3 284	4 967	3 037	2 385
Małopolskie	12 209	9 607	2 602	2 341	5 461	2 361	2 046
Mazowieckie	27 091	19 510	7 581	4 540	13 879	5 275	3 397
Opolskie	4 277	3 371	906	900	2 362	700	315
Podkarpackie	8 095	6 409	1 686	1 813	3 684	1 055	1 543
Podlaskie	3 380	2 056	1 324	755	1 609	602	414
Pomorskie	10 002	7 999	2 003	1 743	5 250	1 918	1 091
Śląskie	27 937	18 958	8 979	6 492	12 509	6 205	2 731
Świętokrzyskie	4 317	3 125	1 192	482	1 799	1 100	936
Warmińsko-mazurskie	5 533	4 696	837	729	3 346	833	625
Wielkopolskie	17 825	12 748	5 077	3 760	7 266	4 512	2 287
Zachodniopomorskie	6 266	5 104	1 162	776	2 547	2 127	816
Nieustalone województwo	5 688	4 514	1 068	1 056	2 777	1 195	660

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych ZUS.

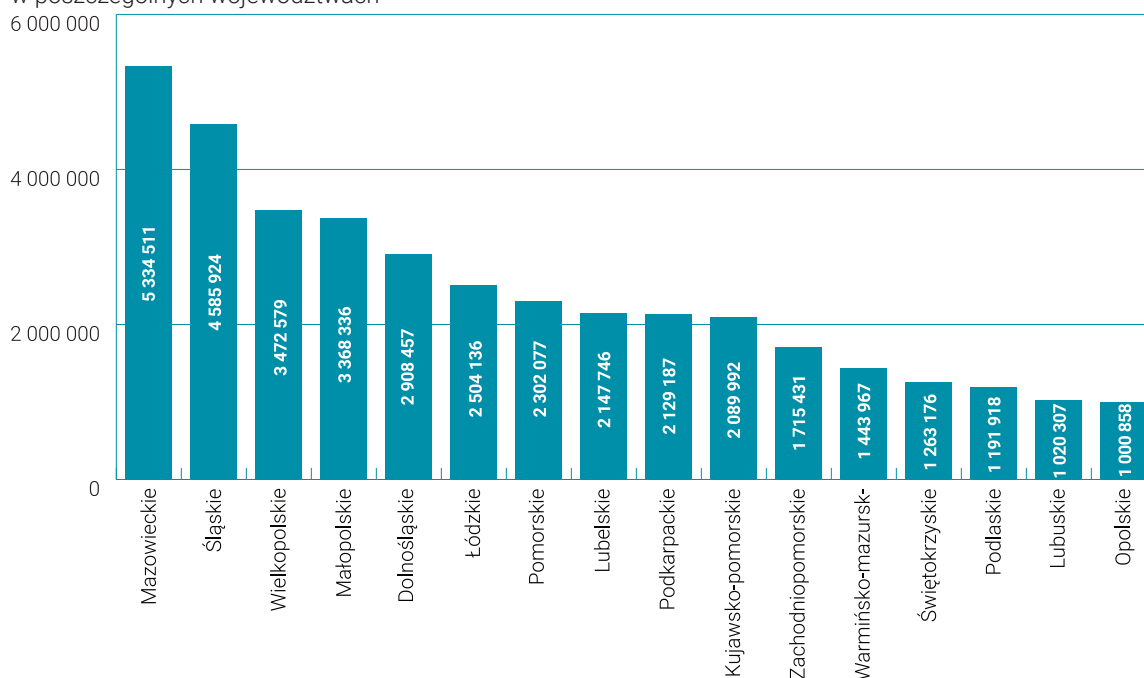
Tabela 78. Struktura liczby dni absencji chorobowej w 2014 r. wg województw i wskazanych jednostek chorobowych

Wyszczególnienie	OGÓŁEM I65, I71, I73, I74			W podziale na jednostki chorobowe:			
	Razem	Mężczyźni	Kobiety	I65	I71	I73	I74
	Liczba dni absencji chorobowej w odsetkach						
OGÓŁEM	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Dolnośląskie	8,6	9,0	7,4	10,1	7,9	7,8	10,4
Kujawsko-pomorskie	5,1	5,6	3,7	4,2	6,2	3,4	5,0
Lubelskie	3,7	3,9	3,2	3,6	3,2	5,2	3,7
Lubuskie	2,0	1,8	2,6	1,1	2,4	2,0	1,8
Łódzkie	7,5	7,3	8,1	9,3	5,9	8,0	9,8

Wyszczególnienie	OGÓŁEM I65, I71, I73, I74			W podziale na jednostki chorobowe:			
	Razem	Mężczyźni	Kobiety	I65	I71	I73	I74
	Liczba dni absencji chorobowej w odsetkach						
Małopolskie	6,7	7,1	5,7	6,6	6,5	6,2	8,4
Mazowieckie	14,9	14,4	16,5	12,8	16,5	13,9	14,0
Opolskie	2,4	2,5	2,0	2,5	2,8	1,8	1,3
Podkarpackie	4,5	4,7	3,7	5,1	4,4	2,8	6,3
Podlaskie	1,9	1,5	2,9	2,1	1,9	1,6	1,7
Pomorskie	5,5	5,9	4,4	4,9	6,3	5,1	4,5
Śląskie	15,4	14,0	19,6	18,4	14,9	16,4	11,2
Świętokrzyskie	2,4	2,3	2,6	1,4	2,1	2,9	3,8
Warmińsko-mazurskie	3,0	3,5	1,8	2,1	4,0	2,2	2,6
Wielkopolskie	9,8	9,4	11,0	10,6	8,7	11,9	9,4
Zachodniopomorskie	3,5	3,8	2,5	2,2	3,0	5,6	3,4
Nieustalone województwo	3,1	3,3	2,3	3,0	3,3	3,2	2,7

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych ZUS.

Wykres 30. Struktura liczby dni absencji chorobowej w 2014 r. wg wskazanych jednostek chorobowych w poszczególnych województwach



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych ZUS.

W ocenie poziomu absencji chorobowej istotny jest wskaźnik liczby dni absencji chorobowej na 1 tys. osób objętych obowiązkowym ubezpieczeniem zdrowotnym. Wskaźnik ogółem dla sumy dni absencji z tytułu analizowanych jednostek wyniósł 11,49, natomiast dla poszczególnych jednostek chorobowych kształtował się odmiennie i tak, dla I65 wyniósł 2,24, dla I71 – 5,31, dla I73 – 2,40, a dla I74 – 1,54.

Tabela 79. Wskaźnik liczby dni absencji chorobowej z tytułu I65, I71, I73, I74 osób ubezpieczonych w ZUS w przeliczeniu na 1 tys. osób objętych ubezpieczeniem zdrowotnym w poszczególnych województwach

Wyszczególnienie	RAZEM	W podziale na jednostki chorobowe:			
		I65	I71	I73	I74
	Wskaźnik liczby dni absencji chorobowej na 1 tys. osób objętych obowiązkowym ubezpieczeniem zdrowotnym				
OGÓŁEM	11,49	2,24	5,31	2,40	1,54
Dolnośląskie	13,01	2,97	5,49	2,45	2,10
Kujawsko-pomorskie	10,88	1,74	6,19	1,51	1,44
Lubelskie	8,62	1,61	3,38	2,50	1,13
Lubuskie	8,82	0,99	4,91	1,87	1,06
Łódzkie	13,08	3,14	4,75	2,90	2,28
Małopolskie	93,92	18,01	42,01	18,16	15,74
Mazowieckie	11,79	1,98	6,04	2,30	1,48
Opolskie	11,58	2,44	6,40	1,90	0,85
Podkarpackie	10,23	2,29	4,65	1,33	1,95
Podlaskie	7,83	1,75	3,73	1,39	0,96
Pomorskie	10,81	1,88	5,67	2,07	1,18
Śląskie	14,58	3,39	6,53	3,24	1,43
Świętokrzyskie	9,19	1,03	3,83	2,34	1,99
Warmińsko-mazurskie	9,42	1,24	5,70	1,42	1,06
Wielkopolskie	12,47	2,63	5,08	3,16	1,60
Zachodniopomorskie	8,97	1,11	3,65	3,05	1,17

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych ZUS.

Po wyczerpaniu zasiłku chorobowego ubezpieczonemu, który nadal jest niezdolny do pracy, a dalsze leczenie lub rehabilitacja lecznicza rokuje odzyskanie zdolności do pracy, przysługuje świadczenie rehabilitacyjne.

Świadczenie rehabilitacyjne przysługuje przez okres niezbędny do przywrócenia zdolności do pracy, nie dłużej jednak niż 12 miesięcy. Orzeczenie przyznające to świadczenie może być wydane w wyniku badań w sprawie ustalenia uprawnień do świadczenia rehabilitacyjnego, badań dla celów rentowych lub w związku z kontrolą prawidłowości orzekania o czasowej niezdolności do pracy z powodu choroby.

W 2014 r. orzeczenia pierwszorazowe i ponowne lekarzy orzeczników, w których ustalone zostało uprawnienie do świadczenia rehabilitacyjnego otrzymało łącznie 158 295 osób. Z powodu chorób układu krążenia ogółem wydano łącznie tych orzeczeń 16 675, w tym z powodu:

- niedrożności i zwężenia tętnic przedmózgowych niepowodujących zawału mózgu (I65) – 34 orzeczenia,
- tętniaków i tętniaków rozwarstwiających tętnicy głównej (I71) - 184 orzeczenia,
- innych chorób naczyń obwodowych (I73) - 55 orzeczeń,
- zatoru i zakrzepu tętniczego (I74) - 58 orzeczeń.

Tabela 80. Orzeczenia pierwszorazowe i ponowne ustalające uprawnienia do świadczenia rehabilitacyjnego wydane w 2014 r.

Wyszczególnienie	Orzeczenia pierwszorazowe				Orzeczenia ponowne			
	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety	Nieustalona płeć	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety	Nieustalona płeć
OGÓŁEM (A00-Z99)	91 572	49 123	42 414	35	66 723	35 488	31 223	12
w tym:								
Choroby układu krążenia (I00-I99)	9 843	7 284	2 557	2	6 832	4 940	1 891	1
w tym:								
Niedrożność i zwężenie tętnic przedmózgowych nie powodujące zawału mózgu (I65)	22	17	5	-	12	10	2	-
Tętniak i tętniak rozwarstwiający tętnicy głównej (I71)	121	104	17	-	63	58	5	-
Inne choroby naczyń obwodowych (I73)	29	10	19	-	26	12	14	-
Zator i zakrzep tętniczy (I74)	36	21	15	-	22	9	13	-

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych ZUS.

Na 208 orzeczeń pierwszorazowych ustalających uprawnienia do świadczenia rehabilitacyjnego z powodu analizowanych jednostek chorobowych – 152 orzeczenia, tj. ponad 73 proc. wydano mężczyznom. Liczba orzeczeń ponownych w 2014 r. wydanych z powodu czterech analizowanych chorób wyniosła 123, tj. około 2 proc. ogółu orzeczeń wydanych w związku z chorobami układu krążenia. Jak już wcześniej wspomniano, orzeczenia ustalające uprawnienia do świadczenia rehabilitacyjnego wydaje się maksymalnie na 12 miesięcy.

Tabela 81. Okres ważności orzeczeń pierwszorazowych ustalających uprawnienia do świadczenia rehabilitacyjnego z tytułu I65, I71, I73, I74 w 2014 r.

Wyszczególnienie	Ogółem liczba orzeczeń	Orzeczenia wydane na okres:			
		do 3 miesięcy	4-6 miesięcy	7-9 miesięcy	10-12 miesięcy
RAZEM I65, I71, I73, I74	208	39	138	15	16
Niedrożność i zwężenie tętnic przedmózgowych nie powodujące zawału mózgu (I65)	22	5	13	3	1
Tętniak i tętniak rozwarstwiający tętnicy głównej (I71)	121	14	84	9	14
Inne choroby naczyń obwodowych (I73)	29	9	20	-	-
Zator i zakrzep tętniczy (I74)	36	11	21	3	1

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych ZUS.

W przypadku analizowanych chorób układu krążenia najwięcej orzeczeń pierwszorazowych wydano na okres od 4 do 6 miesięcy (138 orzeczeń) i na okres do 3 miesięcy (39 orzeczeń).

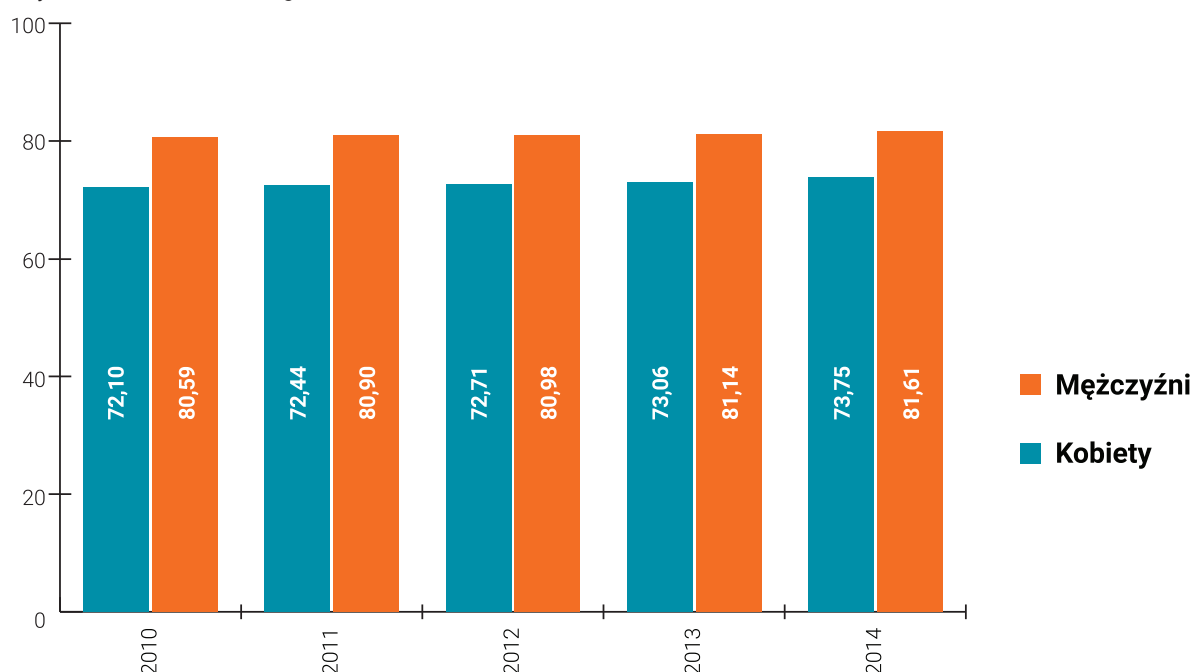
Tabela 82. Orzeczenia pierwszorazowe wydane w 2014 r. ustalające uprawnienia do świadczenia rehabilitacyjnego z tytułu I65, I71, I73, I74 wg wieku osób badanych

Wiek ubezpieczonych	I65			I71			I73			I74		
	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety
OGÓŁEM	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
20 - 29	-	-	-	0,8	1,0	-	3,4	-	5,3	2,8	4,8	-
30 - 39	-	-	-	7,4	7,7	5,9	37,9	50,0	31,6	13,9	9,5	20,0
40 - 49	13,6	5,9	40,0	22,3	22,1	23,5	10,3	10,0	10,5	36,1	19,0	60,0
50 - 59	59,1	58,8	60,0	52,1	50,0	64,7	44,8	30,0	52,6	44,4	61,9	20,0
60 - 64	27,3	35,3	-	14,9	16,3	5,9	3,4	10,0	-	2,8	4,8	-
65 i więcej	-	-	-	2,5	2,9	-	-	-	-	-	-	-

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych ZUS.

W przypadku analizowanych jednostek chorobowych najczęściej orzeczeń pierwszorazowych wydano osobom w wieku 50-59 lat, w zależności od jednostki chorobowej było to od 44,4 proc. do 59,1 proc. W przypadku jednostki I73 również najliczniej reprezentowaną grupą byli ubezpieczeni w wieku od 30 do 39 lat (37,9 proc.), natomiast dla I74 od 40 do 49 lat (36,1 proc.). Niedrożność i zwężenie tętnic przedmózgowych (I65) to choroba, z powodu której ponad 27 proc. orzeczeń pierwszorazowych wydano osobom w wieku od 60 do 64 lat.

Wykres 31. Struktura orzeczeń pierwszorazowych ustalających uprawnienia do świadczenia rehabilitacyjnego z tytułu I65, I71, I73, I74 wg wieku



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych ZUS.

Tabela 83. Rozkład terytorialny orzeczeń pierwszorazowych ustalających uprawnienia do świadczenia rehabilitacyjnego w 2014 r. w związku z I65, I71, I73, I74

Wyszczególnienie	OGÓŁEM I65, I71, I73, I74			W podziale na jednostki chorobowe:			
	Razem	Mężczyźni	Kobiety	I65	I71	I73	I74
	Liczba orzeczeń pierwszorazowych						
OGÓŁEM	208	152	56	22	121	29	36
Dolnośląskie	18	14	4	2	10	2	4
Kujawsko-pomorskie	10	5	5	1	6	-	3
Lubelskie	9	7	2	-	9	-	-
Lubuskie	6	4	2	-	4	1	1
Łódzkie	26	19	7	3	11	3	9
Małopolskie	9	7	2	2	5	2	-
Mazowieckie	24	21	3	1	15	2	6
Opolskie	4	3	1	-	3	1	-
Podkarpackie	9	8	1	2	3	1	3
Podlaskie	6	6	-	-	6	-	-
Pomorskie	15	11	4	4	8	1	2
Śląskie	32	19	13	4	19	8	1
Świętokrzyskie	3	2	1	-	2	-	1
Warmińsko-mazurskie	8	7	1	1	5	-	2
Wielkopolskie	19	13	6	2	10	4	3
Zachodniopomorskie	10	6	4	-	5	4	1

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych ZUS.

Z uwagi na niewielką ilość wydanych orzeczeń niecelowe jest przeliczenie na liczbę ubezpieczonych. W liczbach bezwzględnych najwięcej orzeczeń wydano w województwie śląskim, łódzkim i mazowieckim.

Zgodnie z obowiązującymi przepisami, orzeczenia o niezdolności do pracy wydane przez lekarzy orzeczników ZUS stanowią podstawę do przyznania renty z tytułu niezdolności do pracy. W 2014 r. lekarze orzecznicy wydali ogółem 44 809 orzeczeń pierwszorazowych ustalając niezdolność do pracy dla celów rentowych. Z tytułu analizowanych jednostek chorobowych wydano 216 orzeczeń pierwszorazowych dla celów rentowych, tj. 2,4 proc. orzeczeń wydanych w związku z chorobami układu krążenia.

Tabela 84. Orzeczenia pierwszorazowe i ponowne wydane dla celów rentowych w 2014 r. w związku z I65, I71, I73, I74

Wyszczególnienie	Orzeczenia pierwszorazowe				Orzeczenia ponowne			
	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety	Nieustalona płeć	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety	Nieustalona płeć
OGÓŁEM (A00-Z99)	44 809	28 618	15 578	613	229 776	152 720	76 448	608
w tym:								
Choroby układu krążenia (I00-I99)	9 141	7 518	1 559	64	48 550	40 648	7 827	75

Wyszczególnienie	Orzeczenia pierwszorazowe				Orzeczenia ponowne			
	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety	Nieustalona płeć	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety	Nieustalona płeć
w tym:								
Niedrożność i zwężenie tętnic przedmózgowych nie powodujące zawału mózgu (I65)	17	10	7	-	65	49	16	-
Tętniak i tętniak rozwarstwiający tętnicy głównej (I71)	169	153	16	-	612	536	75	1
Inne choroby naczyń obwodowych (I73)	11	4	7	-	151	105	46	-
Zator i zakrzep tętniczy (I74)	19	9	10	-	62	39	22	1

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych ZUS.

Z powyższych danych wynika, że najwięcej orzeczeń wydano z powodu jednostki I71, tj. tętniaków - 169 orzeczeń. Na 216 wydanych orzeczeń pierwszorazowych - 176, tj. ponad 81,0% wydano mężczyznom. W przypadku tętniaków (I71) odsetek mężczyzn wynosił ponad 90,0%.

Orzeczeń ponownych z tytułu analizowanych jednostek wydano 890. Najwięcej z powodu tętniaków (I71) - 612 i innych chorób naczyń obwodowych (I73) - 151 orzeczeń. Także w przypadku orzeczeń ponownych dominowali mężczyźni, którym wydano ponad 81,0% orzeczeń.

Lekarze orzecznicy wydając orzeczenie ustalają także stopień niezdolności do pracy.

Tabela 85. Orzeczenia wydane dla celów rentowych w 2014 r. w związku z I65, I71, I73, I74 wg stopnia niezdolności do pracy

Wyszczególnienie	orzeczenia pierwszorazowe				orzeczenia ponowne			
	Ogółem	niezdolność do samodzielnej egzystencji	całkowita niezdolność do pracy	częściowa niezdolność do pracy	Ogółem	niezdolność do samodzielnej egzystencji	całkowita niezdolność do pracy	częściowa niezdolność do pracy
RAZEM I65, I71, I73, I74	216	5	102	109	890	51	346	493
Niedrożność i zwężenie tętnic przedmózgowych nie powodujące zawału mózgu (I65)	17	1	3	13	65	1	7	57
Tętniak i tętniak rozwarstwiający tętnicy głównej (I71)	169	2	88	79	612	24	291	297
Inne choroby naczyń obwodowych (I73)	11	-	2	9	151	14	33	104
Zator i zakrzep tętniczy (I74)	19	2	9	8	62	12	15	35

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych ZUS.

W przypadku analizowanych jednostek chorobowych przeważnie orzekano częściową niezdolność do pracy. Na 216 orzeczeń pierwszorazowych 102 orzeczenia, tj. 47,2 proc. stwierdzało całkowitą niezdolność do pracy. W przypadku tętniaków (I71) odsetek orzeczeń stwierdzających całkowitą niezdolność do pracy wyniósł 52 proc. Również w przypadku orzeczeń ponownych odsetek orzeczeń stwierdzających całkowitą niezdolność do pracy był wysoki – 47,5 proc.

Orzeczenia pierwszorazowe wydane w wyniku analizowanych jednostek chorobowych orzekano głównie na okres od 13 do 24 miesięcy. Łączna liczba orzeczeń pierwszorazowych wydanych na ten okres wyniosła 104, tj. ponad 48 proc. Dla poszczególnych jednostek chorobowych, o przewidywanym okresie niezdolności mieszczącym się w tym przedziale, udział wydanych orzeczeń wyniósł:

- dla I65 – 47,0%,
- dla I71 – 48,5%,
- dla I73 – 63,6%,
- dla I74 – 36,8%.

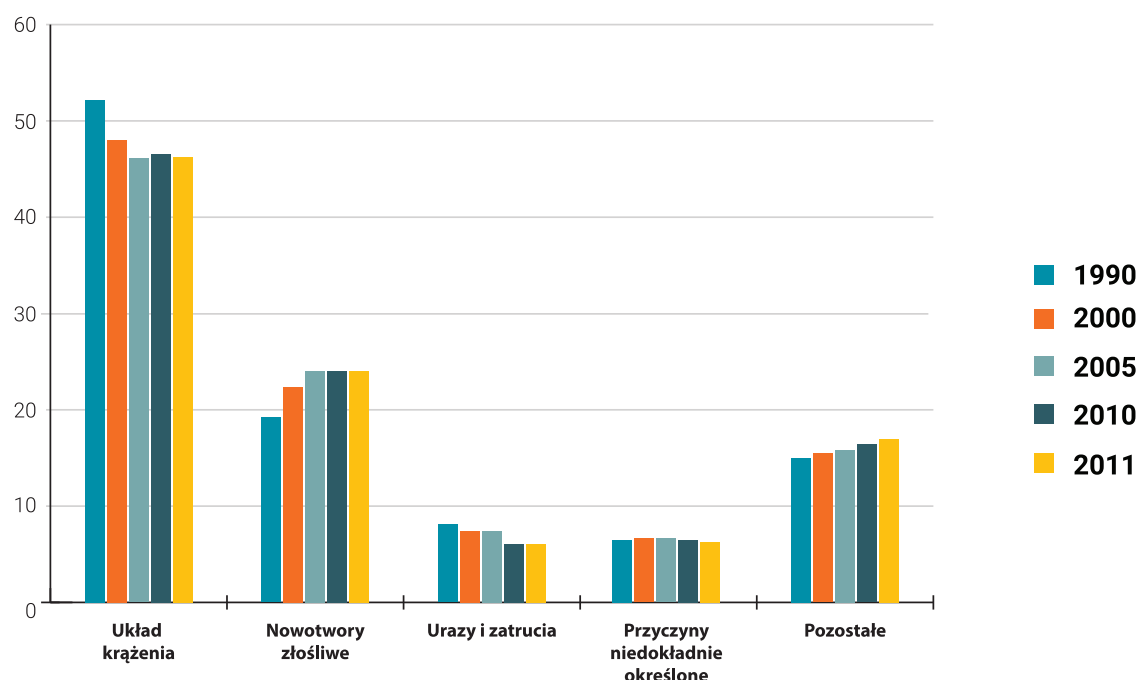
Tabela 86. Struktura orzeczeń pierwszorazowych wydanych w 2014 r. dla celów rentowych w związku z I65, I71, I73, I74 wg przewidywanego okresu ważności orzeczenia

Wyszczególnienie	Ogółem liczba orzeczeń	Orzeczenia wydane na okres:					
		do 6 miesięcy	7-9 miesięcy	10-12 miesięcy	13-24 miesięcy	25 i więcej	bezterminowe
RAZEM I65, I71, I73, I74	100,0	1,4	2,8	18,1	48,1	25,9	3,7
Niedrożność i zwężenie tętnic przedmózgowych niepowodujące zawału mózgu (I65)	100,0	5,9	-	11,8	47,0	23,5	11,8
Tętniak i tętniak rozwarstwiający tętnicy głównej (I71)	100,0	1,2	3,0	17,8	48,5	26,0	3,5
Inne choroby naczyń obwodowych (I73)	100,0	-	-	-	63,6	36,4	-
Zator i zakrzep tętniczy (I74)	100,0	-	5,3	36,8	36,8	21,1	-

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych ZUS.

W przypadku analizowanych jednostek chorobowych największy odsetek osób, którym wydano orzeczenie pierwszorazowe dla celów rentowych to osoby w wieku 50-59 lat, które stanowiły 51,4 proc. badanych. Również w przedziale wiekowym 60-64 lata odsetek był wysoki i wyniósł 26,4 proc., zaś w przedziale 40-49 lat było to 14,8 proc. badanych.

Wykres 32. Struktura orzeczeń pierwszorazowych wydanych w 2014 r. dla celów rentowych z tytułu I65, I71, I73, I74 łącznie wg wieku i płci osób badanych



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych ZUS.

Rozkład terytorialny orzeczeń pierwszorazowych wydanych dla celów rentowych przedstawiono w poniższej tabeli. W liczbach bezwzględnych najwięcej orzeczeń wydano w województwach mazowieckim, wielkopolskim i śląskim.

Tabela 87. Liczba orzeczeń pierwszorazowych wydanych w 2014 r. dla celów rentowych w związku ze wskazanymi jednostkami chorobowymi wg województw

Wyszczególnienie	OGÓŁEM I65, I71, I73, I74			W podziale na jednostki chorobowe:			
	Razem	Mężczyźni	Kobiety	I65	I71	I73	I74
	Liczba orzeczeń pierwszorazowych						
OGÓŁEM	216	176	40	17	169	11	19
Dolnośląskie	14	13	1	2	8	1	3
Kujawsko-pomorskie	15	13	2	3	11	-	1
Lubelskie	11	9	2	-	10	-	1
Lubuskie	5	5	-	-	5	-	-
Łódzkie	15	10	5	1	11	1	2
Małopolskie	18	15	3	2	14	1	1
Mazowieckie	40	29	11	4	30	2	4
Opolskie	3	3	-	-	3	-	-
Podkarpackie	9	8	1	-	9	-	-
Podlaskie	1	1	-	-	1	-	-
Pomorskie	11	7	4	1	8	1	1

Wyszczególnienie	OGÓŁEM I65, I71, I73, I74			W podziale na jednostki chorobowe:			
	Razem	Mężczyźni	Kobiety	I65	I71	I73	I74
	Liczba orzeczeń pierwszorazowych						
Śląskie	26	22	4	1	21	1	3
Świętokrzyskie	5	4	1	-	4	-	1
Warmińsko-mazurskie	7	6	1	-	6	1	-
Wielkopolskie	27	25	2	1	22	2	2
Zachodniopomorskie	9	6	3	2	6	1	-

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych ZUS

W 2013 r. wydatki ponoszone ze środków FUS, budżetu państwa oraz ze środków własnych pracodawców na świadczenia związane z niezdolnością do pracy w obszarze realizowanym przez ZUS wyniosły łącznie 32 276,1 mln zł. W strukturze wydatków ogółem na świadczenia z tytułu niezdolności do pracy wydatki związane z analizowanymi jednostkami chorobowymi łącznie wygenerowały 76 268,3 tys. zł, tj. 0,2 proc. ogółu wydatków związanych z niezdolnością do pracy i 1,6 proc. wydatków na świadczenia z ubezpieczenia społecznego ponoszone w związku z chorobami układu krążenia.

Tabela 88. Wydatki ogółem na świadczenia związane z niezdolnością do pracy poniesione w 2013 r.

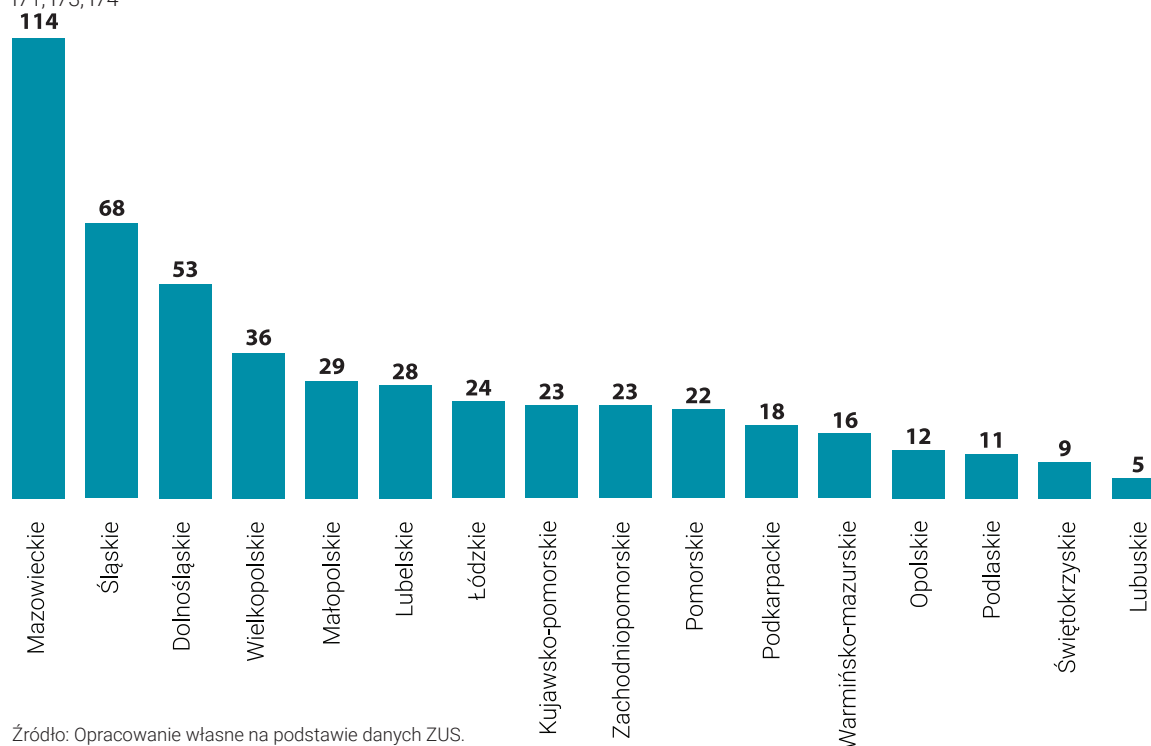
Wyszczególnienie	Razem	Mężczyźni	Kobiety
	Kwota wypłat w tys. zł		
OGÓŁEM (A00-Z99)	32 276 115,7	18 026 289,1	14 249 826,6
w tym:			
Choroby układu krążenia (I00-I99)	4 665 945,8	3 699 989,1	965 956,7
w tym:			
RAZEM I65, I71, I73, I74	76 268,3	61 630,8	14 637,5
Niedrożność i zwężenie tętnic przedmózgowych nie powodujące zawału mózgu (I65)	10 140,3	7 028,6	3 111,7
Tętniak i tętniak rozwarstwiający tętnicy głównej (I71)	42 795,8	37 751,9	5 043,9
Inne choroby naczyń obwodowych (I73)	18 176,4	13 105,3	5 071,1
Zator i zakrzep tętniczy (I74)	5 155,8	3 745,0	1 410,8

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych ZUS.

Z grupy analizowanych jednostek chorobowych największe wydatki spowodowały tętniak i tętniak rozwarstwiający tętnicy głównej (I71), tj. ponad 42 mln zł i inne choroby naczyń obwodowych (I73) – 18,2 mln zł. Należy podkreślić, że ponad 80 proc. wydatków na świadczenia generowane przez badane choroby wydano dla mężczyzn.

Wykres 33. Struktura wydatków ogółem na świadczenia związane z niezdolnością do pracy poniesione w 2013 r. z tytułu I65,

I71, I73, I74



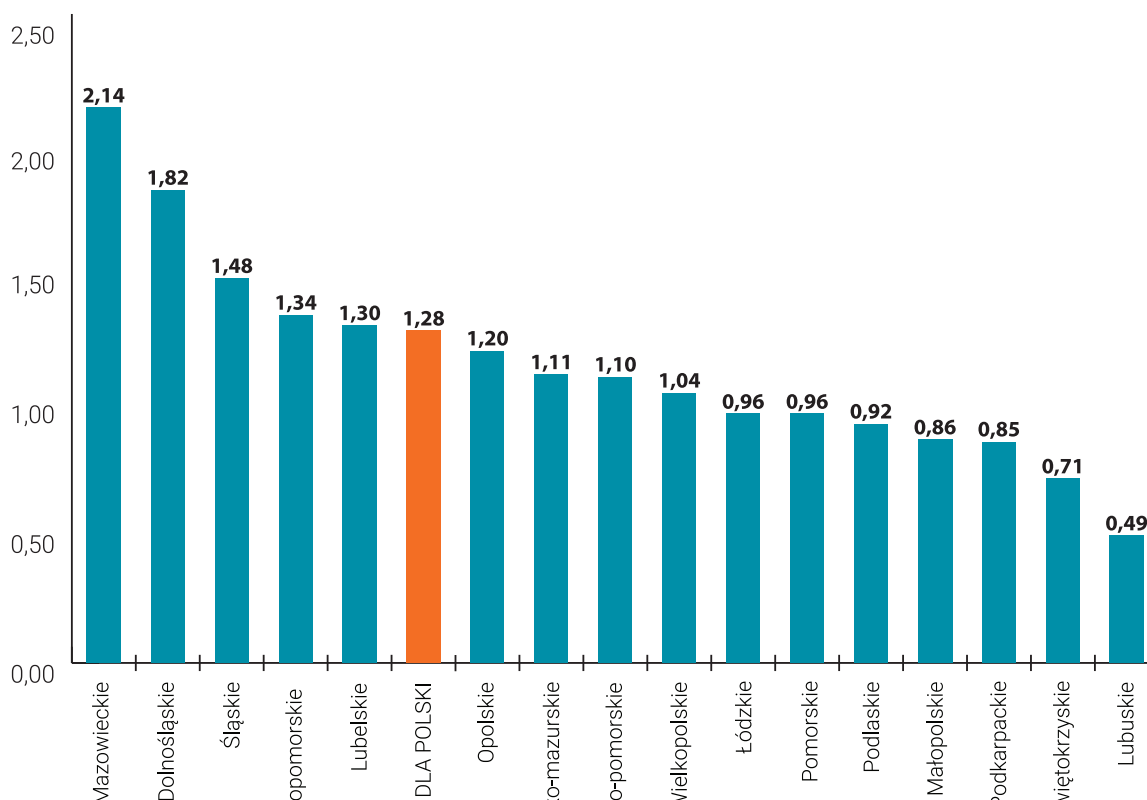
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych ZUS.

Tabela 89. Wydatki ogółem na świadczenia związane z niezdolnością do pracy poniesione w 2013 r. z tytułu I65, I71, I73, I74 wg rodzajów świadczeń i płci świadczeniobiorców

Wyszczególnienie	OGÓŁEM I65, I71, I73, I74			W podziale na jednostki chorobowe:			
	Razem	Mężczyźni	Kobiety	I65	I71	I73	I74
	Kwota wypłat w tys. zł						
OGÓŁEM	76 268,3	61 630,8	14 637,5	10 140,3	42 795,8	18 176,4	5 155,8
renty z tytułu niezdolności do pracy	60 172,2	49 465,1	10 707,1	7 750,5	34 066,7	15 272,6	3 082,4
renty socjalne	2 146,0	1 090,7	1 055,3	5,7	1 899,9	229,1	11,3
świadczenie rehabilitacyjne	3 059,7	2 405,1	654,6	314,4	2 024,5	235,4	485,4
absencja chorobowa	10 803,2	8 596,4	2 206,8	2 061,1	4 738,1	2 431,6	1 572,4
rehabilitacja lecznicza	87,2	73,5	13,7	8,6	66,6	7,7	4,3

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych ZUS.

Największy udział w wydatkach stanowią wydatki na renty z tytułu niezdolności do pracy. Stanowiły one 78,9 proc. wydatków ogółem poniesionych w 2013 r. na analizowane choroby. Tak znaczący udział wydatków na renty dotyczy zarówno mężczyzn (80,3 proc.) jak i kobiet (73,1 proc.).

Wykres 34. Struktura wydatków z tytułu I65, I71, I73, I74 wg rodzajów świadczeń


Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych ZUS.

Drugą po rentach pozycję w wydatkach zajmuje absencja chorobowa stanowiąc 14,2 proc. Największy udział w wydatkach na analizowane jednostki chorobowe stanowiła absencja chorobowa w przypadku jednostki chorobowej I71 – aż 43,9 proc.

Wydatki na rehabilitację leczniczą to 87,2 tys. zł na analizowane choroby.

Tabela 90. Kwota wypłat na renty z tytułu niezdolności do pracy w 2013 r. w związku z I65, I71, I73, I74 wg województw

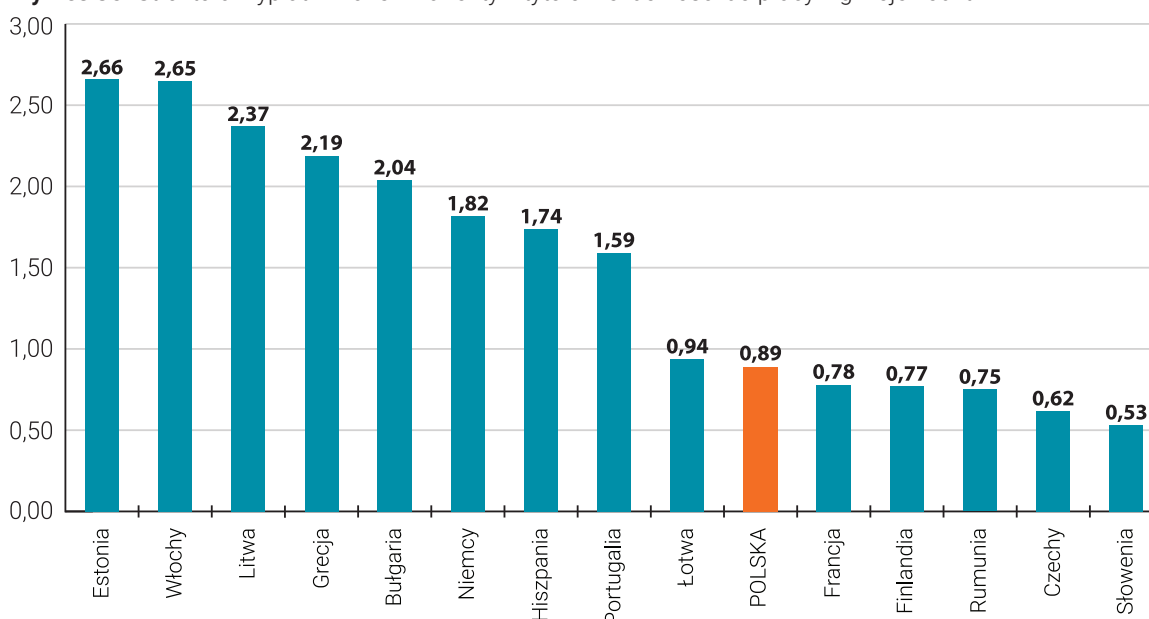
Wyszczególnienie	OGÓŁEM I65, I71, I73, I74			W podziale na jednostki chorobowe:			
	Razem	Mężczyźni	Kobiety	I65	I71	I73	I74
	Kwota wypłat w tys. zł						
OGÓŁEM	60 172,2	49 465,1	10 707,1	7 750,5	34 066,7	15 272,6	3 082,4
Dolnośląskie	4 225,6	3 406,5	819,1	265,6	2 644,5	965,8	349,7
Kujawsko-pomorskie	4 104,2	3 311,8	792,4	1 191,4	2 158,9	545,7	208,2
Lubelskie	2 926,0	2 279,4	646,6	101,0	1 588,4	1 117,4	119,2
Lubuskie	1 747,2	1 521,7	225,5	166,6	1 005,8	427,3	147,5
Łódzkie	4 698,7	3 950,7	748,0	619,7	2 283,2	1 509,7	286,1
Małopolskie	5 167,9	4 443,9	724,0	655,8	3 116,7	1 133,6	261,8
Mazowieckie	7 760,9	6 552,4	1 208,5	595,6	5 272,1	1 419,8	473,4
Opolskie	1 023,8	892,8	131,0	0,0	865,9	157,9	0,0
Podkarpackie	2 212,6	1 808,1	404,5	228,2	1 392,6	531,0	60,8
Podlaskie	1 510,8	1 266,6	244,2	121,1	1 061,3	287,6	40,8
Pomorskie	2 726,6	2 306,7	419,9	204,6	1 948,4	403,8	169,8

Śląskie	10 168,3	8 010,0	2 158,3	1 855,4	4 518,2	3 325,1	469,6
Świętokrzyskie	1 765,1	1 584,2	180,9	280,7	1 120,5	292,1	71,8
Warmińsko-mazurskie	1 497,3	1 309,7	187,6	178,5	903,5	355,2	60,1
Wielkopolskie	6 625,6	5 193,5	1 432,1	1 172,2	3 093,7	2 088,7	271,0
Zachodniopomorskie	2 011,6	1 627,1	384,5	114,1	1 093,0	711,9	92,6

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych ZUS.

Największe wydatki na renty z tytułu niezdolności do pracy w grupie analizowanych jednostek chorobowych odnotowano w województwie śląskim (kwota 10,2 mln zł). Najniższe poniesiono w województwie warmińsko-mazurskim (kwota 1,5 mln zł).

Wykres 35. Struktura wypłat w 2013 r. na renty z tytułu niezdolności do pracy wg województw



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych ZUS.

Przeciętna kwota wypłaty na renty z tytułu niezdolności do pracy w przeliczeniu na jednego rencistę w skali roku była w poszczególnych województwach zróżnicowana. Najwyższa średnia odnotowana została w województwie opolskim – 16,0 tys. zł, najniższa w województwie zachodniopomorskim – 12,0 tys. zł.

Tabela 91. Przeciętna kwota wypłaty na renty z tytułu niezdolności do pracy w przeliczeniu na jednego świadczeniobiorcę w skali roku

Wyszczególnienie	OGÓŁEM I65, I71, I73, I74			W podziale na jednostki chorobowe:			
	Razem	Mężczyźni	Kobiety	I65	I71	I73	I74
	Przeciętna kwota wypłaty na jednego świadczeniobiorcę w skali roku w zł						
OGÓŁEM	13 488,50	14 020,72	11 475,99	12 460,61	14 471,84	12 346,48	12 429,03
Dolnośląskie	13 854,43	14 940,79	10 637,66	11 066,67	15 375,00	11 636,14	13 450,00
Kujawsko-pomorskie	13 029,21	13 354,03	11 826,87	11 796,04	14 392,67	11 136,73	13 880,00
Lubelskie	12 777,29	12 951,14	12 200,00	8 416,67	14 182,14	11 286,87	19 866,67
Lubuskie	12 304,23	12 787,39	9 804,35	9 255,56	13 591,89	11 548,65	11 346,15

Wyszczególnienie	OGÓŁEM I65, I71, I73, I74			W podziale na jednostki chorobowe:			
	Razem	Mężczyźni	Kobiety	I65	I71	I73	I74
	Przeciętna kwota wypłaty na jednego świadczeniobiorcę w skali roku w zł						
Łódzkie	12 463,40	13 038,61	10 108,11	15 889,74	13 274,42	10 631,69	11 920,83
Małopolskie	12 952,13	13 225,89	11 492,06	12 373,58	13 150,63	12 737,08	13 090,00
Mazowieckie	13 933,39	14 528,60	11 400,94	12 408,33	14 644,72	12 676,79	12 794,59
Opolskie	15 996,88	15 942,86	16 375,00	-	16 651,92	13 158,33	-
Podkarpackie	12 716,09	13 594,74	9 865,85	12 010,53	13 926,00	10 620,00	12 160,00
Podlaskie	14 388,57	14 727,91	12 852,63	17 300,00	14 538,36	12 504,35	20 400,00
Pomorskie	15 404,52	16 244,37	11 997,14	12 787,50	17 091,23	10 913,51	16 980,00
Śląskie	14 484,76	15 493,23	11 666,49	12 126,80	15 526,46	15 465,58	10 920,93
Świętokrzyskie	12 883,94	13 092,56	11 306,25	14 035,00	13 833,33	11 234,62	7 180,00
Warmińsko-mazurskie	12 688,98	12 967,33	11 035,29	12 750,00	13 900,00	11 100,00	8 585,71
Wielkopolskie	13 466,67	13 775,86	12 453,04	13 024,44	14 191,28	12 973,29	11 782,61
Zachodniopomorskie	11 973,81	12 142,54	11 308,82	14 262,50	13 168,67	10 170,00	13 228,57

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych ZUS.

10. REKOMENDACJE

W celu poprawy dostępności pacjentów do świadczeń z zakresu chirurgii naczyniowej oraz poprawy jakości udzielanych świadczeń należy poprzez rozwiązania systemowe zapewnić strategiczny i długofalowy rozwój chirurgii naczyniowej w Polsce.

Głównym problemem chirurgii naczyniowej są ograniczone środki finansowe przeznaczone na realizację świadczeń leczenia zabiegowego chorób naczyń, co powoduje wydłużenie okresu oczekiwania chorych na specjalistyczne leczenie, niewykorzystanie zasobów istniejących ośrodków chirurgii naczyniowej wraz z potencjałem wysokokwalifikowanej kadry medycznej oraz nowoczesnej aparatury medycznej będącej na wyposażeniu większości oddziałów chirurgii naczyniowej.

Brak odpowiedniego poziomu finansowania oddziałów chirurgii naczyniowej w ramach zawartych umów z NFZ związane jest zarówno z niską wartością umów, jak i niedoszacowaniem wartości wielu procedur medycznych, co często powoduje problemy finansowe szpitali mających w swojej strukturze chirurgię naczyniową.

Drugim kluczowym problemem ograniczającym rozwój tej dziedziny medycyny jest niedobór specjalistów z dziedziny chirurgii naczyniowej, który często spowodowany był ograniczeniem dostępności do szkolenia specjalizacyjnego w ramach etatów rezydenckich.

Rozwiązania systemowe powinny w szczególności uwzględniać :

- Poprawę organizacji systemu opieki nad pacjentami z chorobami naczyniowymi o charakterze ogólnopolskim, opartego na sieci poradni specjalistycznych chirurgii naczyniowej i oddziałów referencyjnych chirurgii naczyniowej;
- Zmniejszenie różnic regionalnych w dostępie pacjentów do specjalistycznego leczenia w zakresie chirurgii naczyniowej;
- Wdrożenie nowoczesnych schematów leczenia i rehabilitacji chorych na choroby naczyniowe, opartych na metodach, których skuteczność została udowodniona naukowo oraz na wzorcach zgodnych ze standardami i rekomendacjami światowymi;
- Wprowadzenie stałego monitoringu oceny jakości udzielanych świadczeń i skuteczności stosowanych procedur zabiegowych, a także leczenia farmakologicznego;
- Podniesienie poziomu wiedzy i umiejętności praktycznych związanych z prawidłowym kwalifikowaniem do leczenia oraz samym postępowaniem w leczeniu chorób naczyniowych wśród lekarzy, w szczególności lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, kardiologów, diabetologów, neurologów, angiologów, geriatrów oraz pozostałego personelu medycznego zajmującego się prewencją, leczeniem i rehabilitacją pacjentów z chorobami naczyniowymi;
- Poprawę funkcjonowania społecznego, zawodowego i rodzinnego chorujących na choroby naczyniowe.

Instytut Zarządzania w Ochronie Zdrowia Uczelni Łązarskiego na podstawie analiz statystycznych zaprezentowanych w niniejszym raporcie przedstawia rekomendacje rozwiązań systemowych, dotyczących optymalnego modelu organizacji i efektywnego finansowania chirurgii naczyniowej w Polsce.

1. Utworzeniu Centralnego Rejestru Operacji Naczyniowych w Polsce

W celu prowadzenia stałej oceny realizacji i jakości wykonywanych wybranych procedur zabiegowych z zakresu chirurgii naczyniowej, należy utworzyć Centralny Rejestr Operacji Naczyniowych wzorem innych rejestrów medycznych finansowanych ze środków publicznych (Ogólnopolskiego Rejestru Ostrego Zespołu Wieńcowych, Krajowego Rejestru Operacji Kardiochirurgicznych, Krajowego Rejestru Zabiegów Endoprotezoplastyki).

Rejestr opracowany przez środowisko chirurgów naczyniowych powinien uwzględniać między innymi dane sprawozdawcze pozyskane z Narodowego Funduszu Zdrowia. Celem rejestru byłoby bieżące monitorowanie liczby wykonywanych przez poszczególnych lekarzy procedur specjalistycznych we wszystkich ośrodkach chirurgii naczyniowej.

Rejestr mógłby zawierać także inne parametry związane z jakością sprawozdawanych procedur, szczególnie

dotyczące występowania powikłań np. śmiertelności okołoperacyjnej, powikłań krwotocznych, reoperacji, zakażeń wewnątrzszpitalnych oraz readmisji. Ponadto mogłyby być odnotowane wybrane wyroby medyczne używane podczas zabiegów.

Dane z rejestru mogłyby służyć monitorowaniu zmian w sposobie leczenia na przestrzeni lat oraz ich skutków, wraz z określeniem roli różnych czynników mających potencjalny wpływ na rokowanie chorych, takich jak wiek lub choroby współistniejące (niedokrwistość, cukrzyca, niewydolność nerek, zaburzenia neurologiczne, niewydolność krążenia).

Ośrodki, w których wyniki leczenia są najlepsze powinny być premiowane np. zwiększeniem wartości umów z płatnikiem publicznym.

2. Uwzględnienie chirurgii naczyniowej wśród Priorytetów Regionalnej Polityki Zdrowotnej

W związku z zapisami art. 95 c ustawy z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw, wojewoda w porozumieniu z Wojewódzką Radą ds. Potrzeb Zdrowotnych ustala priorytety dla regionalnej polityki zdrowotnej, mając na uwadze stan zdrowia obywateli oraz uzyskanie efektów zdrowotnych o najwyższej wartości.

Obowiązkiem dla dyrektora oddziału wojewódzkiego NFZ będzie uwzględnianie w zakresie finansowania świadczeń opieki zdrowotnej priorytetów dla regionalnej polityki zdrowotnej.

W celu zapewnienia zwiększenia poziomu finansowania świadczeń z zakresu chirurgii naczyniowej należy we współpracy z konsultantami wojewódzkimi w dziedzinie chirurgii naczyniowej podjąć działania w zakresie uwzględnienia chirurgii naczyniowej wśród Priorytetów Regionalnej Polityki Zdrowotnej dla każdego województwa.

3. Zapewnienie optymalnej liczby ośrodków chirurgii naczyniowej w poszczególnych województwach

W związku z zapisami z ustawy z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw Dyrektor oddziału wojewódzkiego NFZ będzie zobowiązany przygotować plan zakupu świadczeń opieki zdrowotnej w postępowaniu konkursowym w 2017 r., uwzględniając Mapę Regionalną oraz stan dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej na obszarze województwa.

W planie zakupu świadczeń określone będą także obszary terytorialne, dla których przeprowadza się postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, oraz maksymalna liczba umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, które zostaną zawarte na danym obszarze.

W związku z powyższym środowisko chirurgów naczyniowych powinno podjąć prace, które pozwolą wypracować stanowisko w sprawie określenia maksymalnej liczby umów w zakresie chirurgii naczyniowej w danym województwie, stanowiące opinię dla Dyrektora Oddziału Wojewódzkiego NFZ.

4. Zmiana warunków szczegółowych dotyczących oddziałów chirurgii naczyniowej udzielających świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (referencyjność)

W celu zapewnienia odpowiedniej jakości udzielanych świadczeń oraz jednocześnie zwiększenia ich dostępności, na podstawie szczegółowych danych z realizacji świadczeń przez oddziały chirurgii naczyniowej opublikowanych w niniejszym raporcie, w szczególności części dotyczącej map potrzeb zdrowotnych, należy rozważyć wprowadzenie zmian w warunkach szczegółowych, jakie powinni spełnić świadczeniodawcy przy udzielaniu świadczeń gwarantowanych w trybie hospitalizacji i hospitalizacji planowej w zakresie chirurgii naczyniowej (Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2014 r.).

W szczególności nowe warunki powinny dotyczyć liczby i kwalifikacji oraz doświadczenia lekarzy pracujących w oddziałach chirurgii naczyniowej, organizacji udzielania świadczeń, wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną oraz zapewnienia realizacji badań diagnostycznych.

Należy rozważyć wprowadzenie, wzorem innych dziedzin medycyny, dla ośrodków referencyjnych wyższej

jednostkowej wyceny świadczeń uzyskanej poprzez zastosowanie tak zwanego współczynnika korygującego.

5. Zmiana wyceny procedur zabiegowych realizowanych w oddziałach chirurgii naczyniowej

W związku z planami Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji na 2016 r. dotyczącymi opracowania projektów nowych kompleksowych świadczeń w dziedzinach zabiegowych należy przygotować kompleksowe świadczenie o nazwie „Opieka kompleksowa nad pacjentem z chorobami naczyń wymagającymi leczenia zabiegowego”.

Projekt tego świadczenia wzorem przedstawianych przez AOTMiT 29 kwietnia 2016 r. projektów świadczeń „Endoprotezoplastyka stawu biodrowego – opieka kompleksowa” oraz „Opieka kompleksowa nad pacjentem po zawale serca” powinien zawierać: procedury związane z opieką przedoperacyjną w szczególności dotyczącą procedur związanych z kwalifikacją pacjenta do zabiegu i wdrożeniem procedur mających na celu zmniejszenie ryzyka operacyjnego, procedury związane z hospitalizacją oraz zabiegiem pooperacyjnym, opiekę specjalistyczną związaną z monitorowaniem efektów leczenia i rehabilitacją.

Należy także dokonać oceny metodologii i projektu nowych wycen procedur zabiegowych przedstawionych przez AOTMiT z zakresu chirurgii naczyniowej uwzględniając rzetelną wycenę świadczeń w oparciu o kryteria jakości i standardu udzielanych świadczeń.

Wszystkie planowane przez AOTMiT zmiany dotyczące zarówno nowych świadczeń jak i obecnych taryf powinny być wypracowane wspólnie ze środowiskiem chirurgów naczyniowych, w szczególności z Krajowym Konsultantem w dziedzinie chirurgii naczyniowej oraz z Polskim Towarzystwem Chirurgii Naczyniowej.

6. Utworzenie katalogu świadczeń nielimitowanych z zakresu chirurgii naczyniowej

Wzorem innych specjalności medycznych należy utworzyć katalog świadczeń w oparciu o kryteria medyczne (tryb udzielania świadczeń, wpływ na bezpośrednie zagrożenia życia pacjenta), których realizacja nie byłaby objęta limitami obowiązującymi w ramach umów z NFZ.

Konsultanci wojewódzcy z dziedziny chirurgii naczyniowej corocznie dokonywaliby weryfikacji tych świadczeń pod względem merytorycznym.

7. Bezpieczeństwo i poprawa jakości udzielanych świadczeń dotyczących procedur z zakresu chirurgii naczyniowej

W związku z realizacją procedur zabiegowych z zakresu chirurgii naczyniowej przez specjalistów z innych dziedzin medycyny (chirurgia ogólna, chirurgia dziecięca, kardiochirurgia, kardiologia, angiologia, neurologia, urologia, onkologia kliniczna) należy, na podstawie danych statystycznych NFZ oraz danych zawartych w mapach potrzeb zdrowotnych, ocenić parametry dotyczące zarówno potencjalnych powikłań związanych z ich realizacją, jak również ich efektywność kosztową.

Pełna analiza powinna określić zasadność realizacji procedur z zakresu chirurgii naczyniowej przez specjalistów z innych dziedzin medycyny.

8. Wyodrębnienie jako oddzielnego świadczenia poradni chirurgii naczyniowej z obecnej poradni chorób naczyń

Obecnie w ramach poradni chorób naczyń finansowanej w ramach umów z NFZ świadczenia realizowane mogą być zarówno przez lekarzy specjalistów z dziedziny angiologii jak i chirurgii naczyniowej.

W celu zapewnienia kompleksowej opieki medycznej należy utworzyć przyszpitalne poradnie chirurgii naczyniowej, w których byłyby realizowane świadczenia w ramach Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej tylko przez lekarzy chirurgów naczyniowych.

W ramach poradni chirurgii naczyniowej powinny być realizowane świadczenia obejmujące między innymi: diagnostyczne badania laboratoryjne i obrazowe, świadczenia związane z leczeniem objawowym, leczenie zaostrzeń niewymagających hospitalizacji, a także diagnostyka związana z prowadzonym leczeniem

i monitorowaniem jego skuteczności.

W ramach poradni odbywałaby się wstępna diagnostyka i kwalifikacja do leczenia operacyjnego oraz ocena stanu pacjenta uwzględniająca pilność zabiegu, a także monitorowanie stanu pacjenta po wykonanym zabiegu operacyjnym.

Utworzenie poradni chirurgii naczyniowej realizujących procedury chirurgiczne zmniejszyłoby koszty hospitalizacji diagnostycznych realizowanych obecnie w oddziałach szpitalnych oraz wprowadziłoby elementy koordynowanej opieki zdrowotnej.

9. Opracowanie standardów mających zastosowanie w chirurgii naczyniowej

Podstawą poprawy efektywności i jakości udzielanych świadczeń w oddziałach chirurgii naczyniowej oraz poradni chirurgii naczyniowej jest opracowanie i wdrożenie jednolitych standardów postępowania w zakresie procedur chirurgii naczyniowej.

Standardy obejmujące wszystkie aspekty postępowania z pacjentem, oparte na aktualnych wytycznych leczenia powinny zostać opracowane przez odpowiednie towarzystwa naukowe (m.in. Polskie Towarzystwo Chirurgii Naczyniowej) i zatwierdzone przez Ministra Zdrowia w formie rozporządzenia jako obowiązujące, a nie jedynie zalecane do realizacji.

Stosowanie standardów powinno gwarantować nie tylko wysoką jakość i efektywność prowadzonego leczenia, ale także zapewniać równy dostęp do świadczeń.

Aby zwiększyć efektywność stosowania standardów, należy rozważyć opracowanie procedur, zawierających optymalne paradygmaty postępowania z pacjentem w konkretnych sytuacjach klinicznych.

Procedury regulowałyby sposób postępowania w najczęściej występujących sytuacjach klinicznych, a także regulowałyby opiekę nad pacjentem na styku poradnia – oddział szpitalny. Zastosowanie procedur, również w oparciu o współpracę z innymi specjalnościami, powinno zmierzać do tworzenia indywidualnych planów leczenia pacjenta. Procedury normowałyby nie tylko postępowanie medyczne, ale także organizację leczenia wraz z wymianą informacji dotyczącą planu leczenia pacjenta pomiędzy poszczególnymi jednostkami.

10. Zapewnienie pacjentom z chorobami naczyniowymi dostępu do kompleksowej rehabilitacji

Warunkiem utrzymania sprawności i aktywności przez chorych poddanych zabiegom naczyniowym jest zapewnienie stałego dostępu do stworzonych dla pacjentów z chorobami naczyniowymi programów rehabilitacji medycznej. W ramach szerokiej współpracy z konsultantami krajowymi w dziedzinach rehabilitacji i chirurgii naczyniowej należy opracować przeznaczone i zindywidualizowane dla tej grupy chorych programy rehabilitacji, zwłaszcza dla pacjentów po zabiegach chirurgicznych.

Programy powinny być dostosowane do indywidualnych potrzeb pacjentów i realizowane w trybie uzależnionym od uwarunkowań – domowym, dziennym lub stacjonarnym.

Zgodnie z planami Ministerstwa Zdrowia dotyczącymi Koordynowanej Opieki Zdrowotnej należy wprowadzić rozwiązania podobnie jak w kardiologii, obejmujące kompleksowe leczenie zabiegowe wraz z rehabilitacją. Zastosowanie tego rozwiązania poprawi efekty leczenia operacyjnego.

11. Opracowanie i wdrożenie programu prewencji rentowej Zakładu Ubezpieczeń Społecznych

Zmniejszenie kosztów ponoszonych przez ZUS, związanych w szczególności z absencją chorobową i ze świadczeniami z tytułu czasowej niezdolności do pracy pacjentów w wieku produkcyjnym z chorobami naczyń, wymaga opracowania dla tej grupy kompleksowego programu prewencji. Program ten wzorem istniejących już programów dla pacjentów ze schorzeniami kardiologicznymi powinien zostać opracowany w porozumieniu z Krajowym Konsultantem w dziedzinie chirurgii naczyniowej i Krajowym Konsultantem w dziedzinie rehabilitacji leczniczej oraz we współpracy ze środowiskiem innych specjalności, a być finansowany ze środków Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.

12. Uznanie chirurgii naczyniowej przez Ministra Zdrowia jako priorytetowej dziedziny medycyny

Obecnie Rozporządzenie *Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 r. w sprawie określenia priorytetowych dziedzin medycyny* uwzględnia 16 specjalności priorytetowych (m.in. anestezjologia i intensywna terapia, chirurgia onkologiczna, ginekologia onkologiczna).

W celu zwiększenia liczby lekarzy specjalistów z dziedziny chirurgii naczyniowej oraz poprawy warunków finansowych lekarzy będących w trakcie tej specjalizacji, należy podjąć działania mające na celu umieszczenia tej dziedziny w wykazie specjalności priorytetowych Ministra Zdrowia.

11. RECENZJE NAUKOWE

Prof. zw. dr hab. n. med. Walerian Staszekiewicz*Ordynator Oddziału Chirurgii Naczyniowej Szpitala Bielańskiego im. ks. J. Popiełuszki*

Opracowany w formie zbiorczej publikacji raport „Chirurgia Naczyniowa w Polsce – Zielona Księga” powstał we współpracy Polskiego Towarzystwa Chirurgii Naczyniowej i ekspertów Instytutu Zarządzania w Ochronie Zdrowia Uczelni Łazarskiego i jest pierwszą kompleksową oceną aktualnej sytuacji w tej ważnej dziedzinie medycyny w Polsce. Ważnej, bo w 50 proc. zgonów, jako główną przyczynę podkreśla się choroby układu sercowo-naczyniowego. Sytuacja zdrowotna pacjentów z chorobami serca zawsze była tematem nośnym, medialnym i jest dość szczegółowo opracowana. Choroby naczyń obwodowych, w powszechnym odczuciu, są mniej istotne.

Jest to założenie błędne, gdyż układ ten, a szczególnie jego aktywna część jest naszym najważniejszym organem zapewniającym prawidłowe funkcjonowanie wszystkich narządów. Choroba serca i choroby naczyń obwodowych zawsze współistnieją, choć w różnym stopniu zaawansowania. Jest to ogromny problem społeczny, socjalny i ekonomiczny. To pierwsze, ale niezwykle dojrzałe opracowanie liczące 138 stron, zawiera dane dotyczące liczby lekarzy posiadających specjalizację z chirurgii naczyniowej w poszczególnych województwach, wielkość kontraktów, a więc środków przeznaczonych na leczenie szpitalne i ambulatoryjne również w odniesieniu do liczby mieszkańców. Z analizy tych rozdziałów wyłania się obraz wskazujący na rażącą nierównomierność dostępu do świadczeń zdrowotnych, zarówno w leczeniu szpitalnym, jak i ambulatoryjnym. I tak obok bardzo dobrej sytuacji w województwie mazowieckim, śląskim, są województwa mające niewystarczającą liczbę specjalistów, oddziałów i poradni. Szczególny niepokój budzą województwa podlaskie, lubuskie, czy warmińsko-mazurskie. Z raportu nie wynika ile lekarzy pracuje poza sektorem publicznym, co z pewnością pogarsza sytuację pacjentów o niskich dochodach, emerytów, osób niepełnosprawnych. Sytuacja ta powinna zwrócić szczególną uwagę przedstawicieli administracji państwowej – wojewodów odpowiedzialnych za zabezpieczenie zdrowotne na terenie województw, a działania powinny być podejmowane we współpracy z konsultantami wojewódzkimi mającymi najlepsze rozeznanie w sytuacji.

Kolejny ciekawy rozdział to aspekty kliniczne najczęściej rozpoznawanych chorób naczyń, takich jak przewlekłe miażdżycowe niedokrwienie kończyn dolnych, udary niedokrwienne mózgu spowodowane zwężeniami miażdżycowymi tętnic szyjnych i szybko narastający problem chorób aorty, zwłaszcza tętników. To ciekawy rozdział syntetycznie przedstawiający zagadnienie od profilaktyki, poprzez nowoczesne metody terapeutyczne. Kolejne ważne zagadnienia to dostęp naczyniowy do terapii nerkozastępczej wskazujący na rosnący problem dializoterapii spowodowany między innymi spadkiem liczby transplantacji nerek.

Przewlekła choroba żylna omawiana w kolejnej części, to problem ponad 40 proc. dorosłego społeczeństwa. Niestety w Polsce leki flebotropowe, nowoczesne małoinwazyjne metody zabiegowe, czy pończochy o stopniowanym ucisku, a więc współczesny arsenał flebologii nie jest refundowany, a wynikają z tego znaczne koszty niepełnosprawności, zwolnień lekarskich, czy inwalidztwa, a więc problem społeczny, którego koszty pokrywają głównie sami pacjenci.

Rozdział charakteryzujący oddziały chirurgii naczyniowej na podstawie map zdrowotnych Polski to cenne wskazówki dla organizatora ochrony zdrowia. Analiza przyczyn niezdolności do pracy na skutek chorób układu naczyniowego to kolejna wskazówka do podjęcia działań profilaktycznych i rehabilitacji w celu obniżenia kosztów. Praktycznie te działania w Polsce są zupełnie niedoceniane, a postępowanie terapeutyczne dotyczy zwykle zaawansowanych stadiów choroby.

Zielona Księga Chirurgii Naczyniowej w Polsce to nie tylko przedstawienie istniejącego stanu, ale i rekomendacja dotycząca możliwości poprawy istniejącego stanu. To niezwykle ważny wkład do szeroko pojętego zdrowia publicznego i powinien być cyklicznie powtarzany, co może poprawić istniejącą sytuację i przyczynić się do bardziej efektywnego leczenia oraz właściwej dystrybucji środków na profilaktykę i leczenie chorób naczyń. Prof. dr hab. h.c. Wojciech Witkiewicz

Prof. dr hab. h.c. Wojciech Witkiewicz

Dyrektor Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego we Wrocławiu

Wprowadzenie

Choroby współczesnego Świata, zwane chorobami cywilizacyjnymi, pomimo wielkiego postępu medycyny, pozostają w kręgu tych, które są przyczyną istotnej chorobowości i śmiertelności. Choroby układu krążenia, bo o tych mowa, dotyczą wszystkich narządów i układów i wszystkich dyscyplin medycyny i są najczęstszą przyczyną hospitalizacji. Według recenzowanego raportu stanowią 15 proc. Zawały serca, udary mózgowe, tętniaki, zatory i zakrzepy tętnicze i żylnie są najczęstszą przyczyną zgonów na świecie. Zgony z powodu chorób układu krążenia i nowotworów stanowią ponad 70 proc., a u chorych po 65 r.ż. dominują (>50 proc.). Według danych GUS w 2010 r. z tego powodu w Polsce zmarło 174 000 osób.

Chirurgia naczyniowa zajmuje się tymi schorzeniami, które można leczyć lub zapobiegać ich powikłaniom. Jest tym obszarem medycyny, który wymaga ścisłej interdyscyplinarnej współpracy wielu dyscyplin, przede wszystkim angiologii, diabetologii, kardiologii i neurologii. Leczenie interdyscyplinarne i właściwe zaplanowanie terapii oraz skoordynowanie wszystkich działań może wpłynąć na skuteczność i efektywność leczenia a tym samym na dobre wyniki. Jednakże, aby to mogło mieć miejsce, obracając się w realiach, w których żyjemy, należy opracować optymalne mechanizmy diagnostyki i leczenia. Próby oceny aktualnego stanu diagnostyki i leczenia schorzeń układu krążenia w Polsce były oparte m. in. na danych zbieranych co roku od konsultantów wojewódzkich jak i danych publikowanych w ramach rejestrów Narodowego Programu Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego (POLKARD). Dane z rejestru nie zawsze były rzeczywistym odzwierciedleniem aktualnego stanu rzeczy, gdyż nie obejmowały tego w sposób holistyczny, stąd bardzo duża potrzeba tworzenia takich opracowań, jakie mam przyjemność ocenić. Może ono stanowić podstawę do publicznej debaty nad efektywnością i optymalizacją rozwiązań w tej dziedzinie medycyny.

Omówienie

Zielona księga (ang. green paper) – w terminologii Unii Europejskiej zielona księga to dokument prezentujący stan obecny jakiegoś zagadnienia, służący procedurze konsultacyjnej pomiędzy instytucjami, a także z państwami członkowskimi i obywatelami UE.

Autorzy podjęli się naukowego opracowania ważnego, aktualnego problemu jakim jest ocena stanu chirurgii naczyniowej w Polsce. Recenzowany materiał zawiera 12 rozdziałów, w tym liczne tabele (91) i wykresy (35) oraz wykaz publikacji (28) właściwie dobranych i prawidłowo cytowanych.

Zasadniczy, strategiczny cel pracy to analiza czynników demograficznych, ekonomicznych z oceną dostępności do świadczeń finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) w ramach leczenia zamkniętego (szpitale) oraz ambulatoryjnego (poradnie). Dodatkowo, na bazie map potrzeb zdrowotnych, przedstawiono charakterystykę oddziałów chirurgii naczyniowej. Ocenie poddano także jeden z najważniejszych problemów schorzeń cywilizacyjnych jakim jest absencja zawodowa i trwała niezdolność do pracy jako istotny czynnik społeczny wpływający na ekonomię.

Autorzy przedstawili krótką charakterystykę podstawowych schorzeń układu krążenia, objawy kliniczne schorzeń, skale i klasyfikacje, co istotnie wzbogaca to opracowanie. Raport uświadamia nam wielkość populacji objętej schorzeniami układu krążenia, pokazuje, że problem dotyczy ludzi młodych, a w niektórych przypadkach nawet połowy populacji.

Autorzy raportu przedstawili szczegółowe dane dotyczące wydatków poniesionych przez NFZ na świadczenia zdrowotne udzielane w ramach leczenia szpitalnego i ambulatoryjnego z uwzględnieniem oceny ich dostępności oraz oceną zasadności wydatkowania środków publicznych. W raporcie przedstawiono dane dotyczące liczby

świadczeniodawców, wartości umów, a także dane związane z kosztami społecznymi związanymi z absencją zawodową i trwałym inwalidztwem.

Optymalizacja leczenia, łatwa dostępność do opieki i szybka diagnostyka to cele które powinny mieć znaczenie priorytetowe. Przedmiotem szerokiej dyskusji powinno być zrównoważenie liczby specjalistów i ośrodków w miarę zapotrzebowania w poszczególnych województwach, w oparciu o dane z map potrzeb zdrowotnych. Raport ten uświadomić powinien dysponentom środków publicznych jak ważna jest właściwa ich alokacja i jak ważny może być nieograniczony dostęp do nich dla wybranych schorzeń (świadczenia nielimitowane) chociażby w dziedzinie transplantacji narządów. Osobnym problemem pozostaje wycena świadczeń sugerowana przez AOTMiT, która powinna być weryfikowana i uaktualniana na bieżąco w oparciu o rzeczywiste/realne dane.

Na uwagę zasługuje kilka elementów raportu:

1. Szeroko omawiany problem starzenia się społeczeństwa. Ze wszystkich analiz wynika, że liczba zgonów na 100 tys. pozostaje niezmienna (9,8/100000). Natomiast, mimo programów prewencyjnych (500+), obserwuje się nadal spadek liczby urodzeń.
2. Nierównomierne rozmieszczenie liczby specjalistów w poszczególnych województwach (np. w mazowieckim 2,14 na 100 tys., a w lubuskim – 0,49) wymaga szczegółowej analizy i korekty zapotrzebowania (nowe miejsca specjalizacyjne). Zaledwie pięć województw posiada wskaźnik na poziomie średniego parametru dla UE.
3. Ważnym wskaźnikiem oceniającym dostępność do świadczeń jest współczynnik per capita uzyskany poprzez podzielenie ogólnej wartości umów przez liczbę mieszkańców dla danego województwa. Dotyczy to zarówno lecznictwa zamkniętego (szpitale) jak i ambulatoryjnego (poradnie). Wysoki wskaźnik charakteryzuje województwa z lepszą dostępnością do leczenia. Najlepszy wskaźnik dla lecznictwa szpitalnego jest w województwie mazowieckim (19,86 zł), najgorszy w warmińsko-mazurskim (6,40 zł). Podobnie ma się sytuacja w lecznictwie ambulatoryjnym, choć tutaj dominuje Śląski OW (1,61 vs 0,47). Tak duże zróżnicowanie (3-krotne) wymaga analizy i reakcji.
4. W rozdziale 5.2 podano szczegółowe informacje dotyczące umów zawartych przez oddziały wojewódzkie w leczeniu szpitalnym. Na 104 świadczeniodawców NFZ przeznaczył 518 mln złotych. Uwagę zwraca fakt zróżnicowania średniej ceny punktu od 46,80 zł do 52,00 zł.
5. Z analizy realizacji świadczeń wynika, że największą liczbę świadczeń odnotowano w grupie H72 – rozległe amputacje, najmniej zaś w grupie Q42 – zabiegi endowaskularne. Uwagę i niepokój budzą: duże różnice regionalne w realizacji sprawozdanych świadczeń i ich charakterystyka. Szczególnie wyraźnie widać to w realizacji świadczeń z grupy Q42, województwo małopolskie raportuje 1294 świadczeń vs 159 w podlaskim. Pojawia się pytanie – Czy wysoka liczba amputacji świadczy o ograniczonej dostępności do chirurga naczyniowego lub zbyt późnym rozpoczęciu specjalistycznego leczenia? Czy mała liczba wykonywanych procedur endowaskularnych świadczy o ograniczonej dostępności i możliwości do ich wykonywania?
6. Szczegółowa analiza zrealizowanych świadczeń Q01 wykazuje dużą rozbieżność. Należy dodać, że ta grupa wygenerowała najwyższe wydatki. Najwięcej świadczeń zrealizowano w województwie mazowieckim (729), najmniej w lubuskim (32). Taki rozkład realizacji wysokospecjalistycznych procedur może mieć pozytywne skutki, jeżeli dostępność tych świadczeń jest wystarczająca w obu ośrodkach. Uwagę zwraca również duża różnica pomiędzy najwyższą a najniższą jednostkową wartością świadczenia wynoszącą 9003 zł (14 proc.). W grupie Q14 sięga nawet 19 proc.
7. Uwagę zwraca fakt dużej rozbieżności w realizacji świadczeń grupy Q13. Bardzo duża rozbieżność wskazuje, że województwa dominujące w wykonywaniu większości procedur, w tej grupie wykazują ich relatywnie dużo mniej. Być może jest to wynik błędnego kodowania/sprawozdawczości.
8. Raport pokazuje, które procedury endowaskularne rozliczane są także z poziomu innych oddziałów takich jak angiologia, kardiologia, urologia, ginekologia, onkologia, neurologia, neurochirurgia i w jakim odsetku.
9. Szczegółowa analiza takich parametrów, jak liczba łóżek w stosunku do wysokości kontraktu pokazuje

w sposób pośredni jak wygląda sposób gospodarowania zapleczem. Szybka realizacja świadczenia ma często miejsce w oddziałach z małą liczbą łóżek.

10. Uwagę zwraca czas realizacji skierowań i oczekiwania na przyjęcie (0 vs 525 dni). Taka rozbieżność budzi wątpliwości w wiarygodność przedstawionej sprawozdawczości i oczywiście wymaga pogłębionej dalszej analizy.
11. W skali kraju zaobserwowano 8 oddziałów, w których ponad 75 proc. pacjentów przyjęto w trybie nagłym. Są ośrodki, które w trybie nagłym realizują 100 proc. przyjęć. O ile 100 proc. przyjęć planowych można zrozumieć (niedyzurujące oddziały, szpitale jednego dnia) o tyle powyższa sytuacja wymaga wnikliwej oceny.
12. Długość pobytu wykazuje istotne zróżnicowanie 11,94 vs 1,74 dni. Długość hospitalizacji może odzwierciedlać dostępność do metod diagnostycznych choć jeśli dotyczy to ośrodków klinicznych przyczyna może być inna. Tak duża rozpiętość w przeciętnej długości pobytu daje podstawę do próby wyjaśnienia tej sytuacji.
13. Istotną wartością raportu jest prognoza liczby łóżek w oddziałach na lata 2018-2029 przeprowadzona w trzech scenariuszach: demograficznym, optymalizującym czas hospitalizacji oraz optymalizującym strukturę udzielanych świadczeń. Analiza funkcjonowania oddziałów wykazała, że należy zastanowić się nad zasadnością istnienia obecnej ich liczby. Mniej niż 60 zabiegów w skali roku sprawozdano w 9 oddziałach.
14. Bardzo istotnym problemem, który raport podkreśla jest charakterystyka wybranych jednostek chorobowych jako przyczyny niezdolności do pracy. Ogólnie wśród przyczyn dominują schorzenia z grupy I71, a wśród ludzi młodych z grupy I73. Podobnie ma się sytuacja jeżeli chodzi o świadczenia rehabilitacyjne i orzeczenia rentowe, 12 proc. stanowią schorzenia z grupy I71, w 73-81 proc. dotyczy to mężczyzn. Najwięcej orzeczeń zapada w województwach mazowieckim, śląskim i wielkopolskim. Koszty społeczne i ekonomiczne są ogromne. Wynika stąd konieczność zadbania o zastosowanie szerszej profilaktyki i wczesnej diagnostyki tych schorzeń.
15. Raport kończą rekomendacje, które są istotą takiego opracowania. Szczegółowe informacje zebrane z NFZ, GUS i ZUS i ich staranne opracowanie stanowią o wartości tego materiału i umożliwiają sformułowanie wniosków w formie rekomendacji. Przyjęcie rozwiązań systemowych może usprawnić system ochrony zdrowia i przyczynić się w przyszłości do racjonalizacji wydatków.

Podsumowanie

Opracowany przez autorów z Uczelni Łazarskiego raport „Chirurgia Naczyniowa w Polsce – Zielona Księga” to wynik współpracy wielu instytucji, które utworzyły ogromną bazę danych. Wysiłkiem autorów powstało opracowanie, którego nie sposób przecenić. Ma ono wartość naukową i praktyczną. Ten raport w tak ważnej dziedzinie medycyny jaką jest chirurgia naczyniowa, rzucający światło na niedociągnięcia i potrzeby społeczne, to pierwsza, szczegółowa i kompleksowa publikacja w naszym kraju. Charakterystyka obecnego stanu Polskiej Chirurgii Naczyniowej stanowi podstawę do stworzenia rekomendacji, a te dają podwaliny do rzeczywistej poprawy istniejącego stanu rzeczy w przyszłości.

12. SPIS TABEL, WYKRESÓW, RYSUNKÓW

Spis tabel

Tabela 1. Klasyfikacja przewlekłego niedokrwienia kończyn dolnych wg Fontaine'a i Rutherforda	13
Tabela 2 Prognoza ludności dla Polski na lata 2015-2050	28
Tabela 3. Populacja Polski w zbiorczych grupach wiekowych	29
Tabela 4. Ludność Polski wg płci	30
Tabela 5. Ludność Polski wg płci i miejsca zamieszkania	30
Tabela 6. Urodzenia i zgony z uwzględnieniem płci	31
Tabela 7. Zgony wg województw w 3 głównych grupach zgonów w Polsce	33
Tabela 8. Zgony wg województw z uwzględnieniem wieku	33
Tabela 9. Zestawienie liczbowe chirurgów naczyniowych wg województw (z uwzględnieniem podziału na lekarzy wykonujących zawód, liczbowo i odsetkowo oraz lekarzy ze specjalizacją ogółem, stan na 31.10.2015 r.	36
Tabela 10. Wskaźnik liczby chirurgów naczyniowych w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców w ujęciu wojewódzkim w 2015 r.	37
Tabela 11. Wskaźnik liczby chirurgów naczyniowych w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców w wybranych krajach Unii Europejskiej w 2013 r.	39
Tabela 12. Liczba aktywnych zawodowo chirurgów naczyniowych w przeliczeniu na liczbę świadczeniodawców w rodzaju leczenie szpitalne	40
Tabela 13. Liczba świadczeniodawców, którzy posiadają umowy w zakresie chirurgii naczyniowej w poszczególnych województwach	42
Tabela 14. Wartość kontraktów w zakresie chirurgii naczyniowej wraz ze średnimi cenami za produkt (dane w zł)	42
Tabela 15. Wartość kontraktów OW NFZ w zakresie chirurgii naczyniowej per capita w 2015 r. (w zł)	44
Tabela 16. Dolnośląski OW NFZ - Leczenie szpitalne: świadczenia w zakresie chirurgii naczyniowej (dane w zł)	45
Tabela 17. Kujawsko-Pomorski OW NFZ - Leczenie szpitalne: świadczenia w zakresie chirurgii naczyniowej (dane w zł)	46
Tabela 18. Lubelski OW NFZ - Leczenie szpitalne: świadczenia w zakresie chirurgii naczyniowej (dane w zł)	47
Tabela 19. Lubuski OW NFZ - Leczenie szpitalne: świadczenia w zakresie chirurgii naczyniowej (dane w zł)	47
Tabela 20. Łódzki OW NFZ - Leczenie szpitalne: Świadczenia w zakresie chirurgii naczyniowej (dane w zł)	48
Tabela 21. Małopolski OW NFZ - Leczenie szpitalne: świadczenia w zakresie chirurgii naczyniowej (dane w zł)	48
Tabela 22. Mazowiecki OW NFZ - Leczenie szpitalne: świadczenia w zakresie chirurgii naczyniowej (dane w zł)	49
Tabela 23. Opolski OW NFZ - Leczenie szpitalne: Świadczenia w zakresie chirurgii naczyniowej (dane w zł)	50
Tabela 24. Podkarpacki OW NFZ - Leczenie szpitalne: Świadczenia w zakresie chirurgii naczyniowej (dane w zł)	51
Tabela 25. Podlaski OW NFZ - Leczenie szpitalne: Świadczenia w zakresie chirurgii naczyniowej (dane w zł)	51
Tabela 26. Pomorski OW NFZ - Leczenie szpitalne: Świadczenia w zakresie chirurgii naczyniowej (dane w zł)	52
Tabela 27. Śląski OW NFZ - Leczenie szpitalne: Świadczenia w zakresie chirurgii naczyniowej (dane w zł)	52
Tabela 28. Świętokrzyski OW NFZ - Leczenie szpitalne: Świadczenia w zakresie chirurgii naczyniowej (dane w zł)	53
Tabela 29. Warmińsko-Mazurski OW NFZ - Leczenie szpitalne: Świadczenia w zakresie chirurgii naczyniowej (dane w zł)	54
Tabela 30. Wielkopolski OW NFZ - Leczenie szpitalne: Świadczenia w zakresie chirurgii naczyniowej (dane w zł)	54
Tabela 31. Zachodniopomorski OW NFZ - Leczenie szpitalne: Świadczenia w zakresie chirurgii naczyniowej (dane w zł)	55
Tabela 32. Liczba świadczeniodawców, którzy posiadają umowy w AOS w zakresie leczenia chorób naczyń w 2015 r. w poszczególnych OW NFZ	57
Tabela 33. Wartość kontraktów OW NFZ w AOS w zakresie leczenia chorób naczyń wraz z średnimi cenami za produkt (dane w zł)	58

Tabela 34 Wartość kontraktów OW NFZ w AOS w zakresie leczenia chorób naczyń per capita w 2015 r. (dane w zł)	59
Tabela 35. Dolnośląski OW NFZ - Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna: świadczenia w zakresie leczenia chorób naczyń (dane w zł)	60
Tabela 36. Kujawsko-Pomorski OW NFZ - Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna: świadczenia w zakresie leczenia chorób naczyń (dane w zł)	61
Tabela 37. Lubelski OW NFZ - Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna: świadczenia w zakresie leczenia chorób naczyń (dane w zł)	62
Tabela 38. Lubuski OW NFZ - Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna: świadczenia w zakresie leczenia chorób naczyń (dane w zł)	63
Tabela 39. Łódzki OW NFZ - Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna: Świadczenia w zakresie leczenia chorób naczyń (dane w zł)	63
Tabela 40. Małopolski OW NFZ - Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna: świadczenia w zakresie leczenia chorób naczyń (dane w zł)	64
Tabela 41. Mazowiecki OW NFZ - Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna: świadczenia w zakresie leczenia chorób naczyń (dane w zł)	65
Tabela 42. Opolski OW NFZ - Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna: Świadczenia w zakresie leczenia chorób naczyń (dane w zł)	67
Tabela 43. Podkarpacki OW NFZ - Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna: Świadczenia w zakresie leczenia chorób naczyń (dane w zł)	67
Tabela 44. Podlaski OW NFZ - Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna: Świadczenia w zakresie leczenia chorób naczyń (dane w zł)	68
Tabela 45. Pomorski OW NFZ - Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna: Świadczenia w zakresie leczenia chorób naczyń (dane w zł)	69
Tabela 46. Śląski OW NFZ - Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna: Świadczenia w zakresie leczenia chorób naczyń (dane w zł)	69
Tabela 47. Świętokrzyski OW NFZ - Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna: świadczenia w zakresie leczenia chorób naczyń (dane w zł)	72
Tabela 48. Warmińsko-Mazurski OW NFZ - Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna: Świadczenia w zakresie leczenia chorób naczyń (dane w zł)	72
Tabela 49. Wielkopolski OW NFZ - Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna: Świadczenia w zakresie leczenia chorób naczyń (dane w zł)	73
Tabela 50. Zachodniopomorski OW NFZ - Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna: Świadczenia w zakresie leczenia chorób naczyń (dane w zł)	74
Tabela 51 Liczba i wartość wybranych zabiegów z zakresu chirurgii naczyniowej w 2014 r.	78
Tabela 52. Liczba i wartość wybranych zabiegów z zakresu chirurgii naczyniowej w 2014 r. w podziale na województwa	78
Tabela 53. H72 AMPUTACJE ROZLEGŁE I DUŻE	79
Tabela 54. Q01 ENDOWASKULARNE ZAOPATRZENIE TĘTNIAKA AORTY	80
Tabela 55. Q02 ZABIEGI NACZYNIOWE W OBSZARZE BRZUSZNYM Z PW I REOPERACJE	82
Tabela 56. Q03 ZABIEGI NACZYNIOWE W OBSZARZE BRZUSZNYM	83
Tabela 57. Q12 ZABIEGI NA TĘTNICACH KOŃCZYN DOLNYCH	84
Tabela 58. Q13 POMOSTOWANIE TĘTNIC OBWODOWYCH	85
Tabela 59. Q14 POMOSTOWANIE I REKONSTRUCJA NACZYŃ POZACZASZKOWYCH I KOŃCZYN GÓRNYCH	86
Tabela 60. Q41 ZABIEGI ENDOWASKULARNE – 1. GRUPA	88
Tabela 61. Q42 ZABIEGI ENDOWASKULARNE – 2. GRUPA	89
Tabela 62. Q43 ZABIEGI ENDOWASKULARNE – 3. GRUPA	90
Tabela 63. Q44 ZABIEGI ENDOWASKULARNE – 4. GRUPA	92
Tabela 64. Q45 ZABIEGI ENDOWASKULARNE – 5. GRUPA	93
Tabela 65. Q46 ZABIEGI ENDOWASKULARNE – 6. GRUPA	94
Tabela 66. Q47 ZABIEGI ENDOWASKULARNE – 7. GRUPA	95
Tabela 67. Lista oddziałów chirurgii naczyniowej w Polsce, które sprawozdały zrealizowane świadczenia do NFZ, wraz z podstawowymi informacjami (2014 r.)	98
Tabela 68. Lista oddziałów chirurgii naczyniowej w Polsce, które wg Ministerstwa Zdrowia nie sprawozdały zrealizowanych świadczeń do NFZ	101

Tabela 69. Informacja o kolejkach oraz trybach przyjęć wg oddziałów (2014 r.)	103
Tabela 70. Informacje o trybach przyjęcia (2014 r.)	106
Tabela 71. Szczegółowe informacje o hospitalizacji wg oddziałów (2014 r.)	110
Tabela 72. Charakterystyka pacjentów wg oddziałów (2014r.), wg płci i wieku	114
Tabela 73. Charakterystyka pacjentów wg oddziałów i miejsca zamieszkania (2014 r.)	118
Tabela 74. Absencja chorobowa z tytułu choroby własnej osób ubezpieczonych w ZUS w 2014 r.	128
Tabela 75. Liczba osób ubezpieczonych w ZUS, którym wystawiono zaświadczenie lekarskie z tytułu choroby własnej	129
Tabela 76. Struktura osób ubezpieczonych w ZUS wg wieku, którym w 2014 r. wydano przynajmniej jedno zaświadczenie lekarskie z tytułu niezdolności do pracy spowodowanej chorobami I65, I71, I73, I74	130
Tabela 77. Liczba dni absencji chorobowej w 2014 r. wg wskazanych jednostek chorobowych w poszczególnych województwach	131
Tabela 78. Struktura liczby dni absencji chorobowej w 2014 r. wg województw i wskazanych jednostek chorobowych	132
Tabela 79. Wskaźnik liczby dni absencji chorobowej z tytułu I65, I71, I73, I74 osób ubezpieczonych w ZUS w przeliczeniu na 1 tys. osób objętych ubezpieczeniem zdrowotnym w poszczególnych województwach	133
Tabela 80. Orzeczenia pierwszorazowe i ponowne ustalające uprawnienia do świadczenia rehabilitacyjnego wydane w 2014 r.	134
Tabela 81. Okres ważności orzeczeń pierwszorazowych ustalających uprawnienia do świadczenia rehabilitacyjnego z tytułu I65, I71, I73, I74 w 2014 r.	134
Tabela 82. Orzeczenia pierwszorazowe wydane w 2014 r. ustalające uprawnienia do świadczenia rehabilitacyjnego z tytułu I65, I71, I73, I74 wg wieku osób badanych	135
Tabela 83. Rozkład terytorialny orzeczeń pierwszorazowych ustalających uprawnienia do świadczenia rehabilitacyjnego w 2014 r. w związku z I65, I71, I73, I74	165
Tabela 84. Orzeczenia pierwszorazowe i ponowne wydane dla celów rentowych w 2014 r. w związku z I65, I71, I73, I74	136
Tabela 85. Orzeczenia wydane dla celów rentowych w 2014 r. w związku z I65, I71, I73, I74 wg stopnia niezdolności do pracy	137
Tabela 86. Struktura orzeczeń pierwszorazowych wydanych w 2014 r. dla celów rentowych w związku z I65, I71, I73, I74 wg przewidywanego okresu ważności orzeczenia	138
Tabela 87. Liczba orzeczeń pierwszorazowych wydanych w 2014 r. dla celów rentowych w związku ze wskazanymi jednostkami chorobowymi wg województw	139
Tabela 88. Wydatki ogółem na świadczenia związane z niezdolnością do pracy poniesione w 2013 r.	140
Tabela 89. Wydatki ogółem na świadczenia związane z niezdolnością do pracy poniesione w 2013 r. z tytułu I65, I71, I73, I74 wg rodzajów świadczeń i płci świadczeniobiorców	141
Tabela 90. Kwota wypłat na renty z tytułu niezdolności do pracy w 2013 r. w związku z I65, I71, I73, I74 wg województw	142
Tabela 91. Przeciętna kwota wypłaty na renty z tytułu niezdolności do pracy w przeliczeniu na jednego świadczeniobiorcę w skali roku	143

Spis wykresów

Wykres 1. Uśrednione występowanie chromania przestankowego (objawowa PAD) w badaniach dużych populacji	10
Wykres 2. Pacjent z chromaniem przestankowym w ciągu 5 lat trwania choroby (z wytycznych ACC/AHA). PAD – peripheral arterial disease (choroba tętnic obwodowych); CLI – critical limb ischemia (krytyczne niedokrwienie kończyn); CV – cardiovascular (sercowo-naczyniowy); MI – myocardial infarction (zawał serca)	11

Wykres 3. Ludność Polski na 31.12.2014 r. wg płci i wieku	29
Wykres 4. Ludność Polski ogółem wg województw	30
Wykres 5. Przeciętne dalsze trwanie życia (ex) w latach 2010-2014	31
Wykres 6. Główne przyczyny zgonów w Polsce	32
Wykres 7. Ranking liczby chirurgów naczyniowych wykonujących zawód wg województw, stan na 31.10.2015 r.	37
Wykres 8. Wskaźnik liczby chirurgów naczyniowych w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców w ujęciu wojewódzkim w 2015 r.	38
Wykres 9. Wskaźnik liczby chirurgów naczyniowych na 100 tys. mieszkańców w krajach Unii Europejskiej w 2013 r.	39
Wykres 10. Średnie ceny produktu w zakresie chirurgii naczyniowej wg OW NFZ (malejąco, w zł)	43
Wykres 11. Średnie wartości punktu w AOS w zakresie leczenia chorób naczyń wg OW NFZ (malejąco, w zł)	58
Wykres 12. H72 AMPUTACJE ROZLEGŁE I DUŻE – średnia wartość świadczenia (malejąco)	80
Wykres 13. Q01 ENDOWASKULARNE ZAOPATRZENIE TĘTNIAKA AORTY – średnia wartość świadczenia (malejąco)	81
Wykres 14. Q02 ZABIEGI NACZYNIOWE W OBSZARZE BRZUSZNYM Z PW I REOPERACJE – średnia wartość świadczenia (malejąco)	82
Wykres 15. Q03 ZABIEGI NACZYNIOWE W OBSZARZE BRZUSZNYM – średnia wartość świadczenia (malejąco)	84
Wykres 16. Q12 ZABIEGI NA TĘTNICACH KOŃCZYN DOLNYCH – średnia wartość świadczenia (malejąco)	85
Wykres 17. Q13 POMOSTOWANIE TĘTNIC OBWODOWYCH – średnia wartość świadczenia (malejąco)	86
Wykres 18. Q14 POMOSTOWANIE I REKONSTRUCJA NACZYŃ POZACZASZKOWYCH I KOŃCZYN GÓRNYCH – średnia wartość świadczenia (malejąco)	87
Wykres 19. Q41 ZABIEGI ENDOWASKULARNE – 1. GRUPA – średnia wartość świadczenia (malejąco)	89
Wykres 20. Q42 ZABIEGI ENDOWASKULARNE – 2. GRUPA – średnia wartość świadczenia - malejąco	90
Wykres 21. Q43 ZABIEGI ENDOWASKULARNE – 3. GRUPA – średnia wartość świadczenia (malejąco)	91
Wykres 22. Q44 ZABIEGI ENDOWASKULARNE – 4. GRUPA – średnia wartość świadczenia (malejąco)	92
Wykres 23. Q45 ZABIEGI ENDOWASKULARNE – 5. GRUPA – średnia wartość świadczenia (malejąco)	94
Wykres 24. Q46 ZABIEGI ENDOWASKULARNE – 6. GRUPA – średnia wartość świadczenia (malejąco)	95
Wykres 25. Q47 ZABIEGI ENDOWASKULARNE – 7. GRUPA – średnia wartość świadczenia (malejąco)	96
Wykres 26. Względna zmiana w zapotrzebowaniu na łóżka w stosunku do stanu początkowego (2014 r.) - Polska - analiza scenariuszowa	124
Wykres 27. Łóżka na 100 tys. ludności (2018 r.)	124
Wykres 28. Łóżka na 100 tys. ludności (2029 r.)	125
Wykres 29. Struktura liczby ubezpieczonych wg wieku, którym w ciągu 2014 r. wystawiono choć jedno zaświadczenie lekarskie z powodu I65, I71, I73, I74	130
Wykres 30. Struktura liczby dni absencji chorobowej w 2014 r. wg wskazanych jednostek chorobowych w poszczególnych województwach	132
Wykres 31. Struktura orzeczeń pierwszorazowych ustalających uprawnienia do świadczenia rehabilitacyjnego z tytułu I65, I71, I73, I74 wg wieku	135
Wykres 32. Struktura orzeczeń pierwszorazowych wydanych w 2014 r. dla celów rentowych z tytułu I65, I71, I73, I74 łącznie wg wieku i płci osób badanych	139
Wykres 33. Struktura wydatków ogółem na świadczenia związane z niezdolnością do pracy poniesione w 2013 r. z tytułu I65, I71, I73, I74	141
Wykres 34. Struktura wydatków z tytułu I65, I71, I73, I74 wg rodzajów świadczeń	142
Wykres 35. Struktura wypłat w 2013 r. na renty z tytułu niezdolności do pracy wg województw	143

Spis rysunków

Rysunek 1. Prognozowana liczba łóżek w Polsce w tys. w 2018 r. (Wariant 2)

Rysunek 2. Prognozowana liczba łóżek w Polsce w tys. w 2029 r. (Wariant 2)

125

126

Źródła

1. ASA/ACCF/AHA/AANN/AANS/ACR/ASNR/CNS/SAIP/SCAI/SIR/SNIS/SVM/SVS Guideline on the Management of Patients With Extracranial Carotid and Vertebral Artery Disease A Report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines, and the American Stroke Association, American Association of Neuroscience Nurses, American Association of Neurological Surgeons, American College of Radiology, American Society of Neuroradiology, Congress of Neurological Surgeons, Society of Atherosclerosis Imaging and Prevention, Society for Cardiovascular Angiography and Interventions, Society of Interventional Radiology, Society of NeuroInterventional Surgery, Society for Vascular Medicine, and Society for Vascular Surgery Developed in Collaboration With the American Academy of Neurology and Society of Cardiovascular Computed Tomography. J Am Coll Cardiol 2011;57.
2. Brott T.G., Hobson R.W. 2nd, Howard G., Roubin G.S., Clark W.M., Brooks W., et al.: Stenting versus endarterectomy for treatment of carotid-artery stenosis. N Engl J Med 2010;363.
3. Centralny Rejestr Lekarzy RP należący do Naczelnej Rady Lekarskiej, 2015.
4. Chaikow E.L., Brewster D.C., Dalman R.L. i wsp., The care of patients with an abdominal aortic aneurysms: The Society for Vascular Surgery practice guidelines. J Vasc Surg, 2009, 50.
5. Couchoud C., Bolignano D., Nistor i wsp., Dialysis modality choice in diabetic patients with end-stage kidney disease: a systematic review of the available evidence. Nephrol. Dial. Transplant. 2015;30.
6. Dane Eurostat, Physicians by medical speciality-vascular surgeons, 2015.
7. Dane Głównego Urzędu Statystycznego, www.stat.gov.pl.
8. Dane Narodowego Funduszu Zdrowia.
9. Dane Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.
10. Erbel R., Aboyans V., Boileau C., Bossone E., Bartolomeo R.D., Eggebrecht H., Evangelista A., Falk V., Frank H., Gaemperli O., Grabenwoger M., Haverich A., Jung B., Anolis A.J., Meijboom F., Nienaber C.A., Roffi M., Rousseau H., Sechtem U., Sirnes P.A., Allmen R.S., Vrints C.J., ESC Committee for practice guidelines. 2014 ESC Guidelines on the diagnosis and treatment of aortic disease: document covering acute and chronic aortic diseases of the thoracic and abdominal aorta of the adult. The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Aortic Diseases of the European Society of Cardiology (ESC). Eur Heart J, 2014, 35.
11. ESC Guidelines on the diagnosis and treatment of peripheral artery diseases Document covering atherosclerotic disease of extracranial carotid and vertebral, mesenteric, renal, upper and lower extremity arteries. The Task Force on the Diagnosis and Treatment of Peripheral Artery Diseases of the European Society of Cardiology (ESC). Eur Heart Journal 2011 32.
12. Ethier J., Mendelssohn D.C., Elder S.J. i wsp., Vascular access use and outcomes: an international perspective from the Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study. Nephrol. Dial. Transplant. 2008; 23.

13. IMPROVE trial investigators, Powel J.T., Sweeting M.J., Thompson M.M., Ashleigh R., Bell R., Gomes M., Greenhaolgh R.M., Grieve R., Heatley F., Hinchliffe R.J., Thompson S.G., Ulug P., Endovascular or open repair strategy for ruptured abdominal aortic aneurysm: 30 day outcomes from IMPROVE randomised trial. *BMJ*, 2014, 348.
14. International Carotid Stenting Study investigators, Ederle J., Dobson J., Featherstone R.L., Bonati L.H., van der Worp H.B., et al., Carotid artery stenting compared with endarterectomy in patients with symptomatic carotid stenosis (International Carotid Stenting Study): an interim analysis of a randomised controlled trial. *Lancet* 2010;375.
15. Lee K., Tang E., Dubois L., Power A.H., DeRose G., Forbes T.L., Durability and survival are similar after elective endovascular and open repair of abdominal aortic aneurysms in younger patients. *J Vasc Surg*, 2015, 61.
16. Liapis C.D., Bell P.R.F., Mikhailidis D., Sivenius J., Nicolaides A., Fernandes e Fernandes J., Biasi G., Norgren L., on behalf of the ESVS Guidelines Collaborators: ESVS guidelines. Invasive treatment for carotid stenosis: indication, techniques. *Eur J Vasc Endovasc Surg*, 2009, 37.
17. Mapy potrzeb zdrowotnych Ministerstwa Zdrowia, www.mapypotrzebzdrowotnych.mz.gov.pl.
18. Mas J.L., Trinquart L., Leys D., Albucher J.F., Rousseau H., Viguier A., Bossavy J.P., Denis B., Piquet P., Garnier P., Viader F., Touzé E., Julia P., Giroud M., Krause D., Hosseini H., Becquemin J.P., Hinzelin G., Houdart E., Hénon H., Neau J.P., Bracard S., Onnient Y., Padovani R., Chatellier G., EVA-3S investigators. Endarterectomy Versus Angioplasty in Patients with Symptomatic Severe Carotid Stenosis (EVA-3S) trial: results up to 4 years from a randomised, multicentre trial. *Lancet Neurol*. 2008 Oct;7(10).
19. Mladovsky P., Leone T., Specialist human resources for health in Europe: are we ready?, *Euro Observer The Health Policy Bulletin of the European Observatory on Health Systems and Policies*, Summer 2010, Volume 12, Number 2, www.euro.who.int.
20. Moll F.L., Powell J.T., Fraedrich G., Verzini F., Haulon S., Waltham M., van Herwaarden J.A., Holt P.J.E., van Keulen J.W., Rantner B., Schlösser F.J.V., Setacci F., Ricco J-B., Management of abdominal aortic aneurysm. Clinical practice guidelines of the European Society for Vascular Surgery. *Eur J Vasc Endovasc Surg*, 2011, 41.
21. National Kidney Foundation: K/DOQI Clinical Practice Guidelines for Vascular Access.
22. Reimerink J.J., Hoornweg L.L., Vahl A.C., Wisselink W., van den Broek T.A., Legemate D.A., Reekers J.A., Balm R., Amsterdam Acute Aneurysm Trial Collaborators: Endovascular repair versus open repair of ruptured abdominal aortic aneurysms: a multicenter randomized controlled trial. *Ann Surg*. 2013;258.
23. Ricotta J.J., AbuRahma A., Ascher E., Eskandri M., Faries P., Lai BK., Update Society for Vascular Surgery guidelines for management of extracranial carotid disease. *J Vasc Surg*, 2011, 54.
24. Sidawy A., Spergel L., Besarab A. i wsp., The Society for Vascular surgery: clinical practice guidelines for the surgical placement and maintenance of Arteriovenous hemodialysis access. *J. Vasc. Surg*. 2008; 48.
25. Silver F.L., Mackey A., Clark W.M., Brooks W., Timaran C.H., Chiu D., Goldstein L.B., Meschia J.F., Ferguson R.D., Moore W.S., Howard G., Brott T.G., CREST Investigators. Safety of stenting and endarterectomy by symptomatic status in the Carotid Revascularization Endarterectomy Versus Stenting Trial (CREST). *Stroke*. 2011 Mar;42(3).
26. The SPACE Collaborative Group. 30 day results from the SPACE trial of stent-protected angioplasty versus carotid endarterectomy in symptomatic patients: a randomised non-inferiority trial. *Lancet* 2006.

27. United States Renal Data System. USRDS 2009 annual data report: atlas of end-stage renal disease in the United States.
28. Vasquez M., Vascular access for dialysis: recent lessons and new insights. Curr. Opin. Nephrol. Hypertens. 2009; 18.