



UDARY MÓZGU – KONSEKWENCJE SPOŁECZNE I EKONOMICZNE



AUTORZY - ZESPÓŁ REDAKCYJNY

Maciej Bogucki
Jakub Gierczyński
Jerzy Gryglewicz
Ewa Karczewicz
Hanna Zalewska

REDAKCJA NAUKOWA

Dr Małgorzata Gałązka-Sobotka

OPRACOWANIE GRAFICZNE I SKŁAD DTP

Laboratorium Artystyczne
www.laboratoriumartystyczne.pl

PROJEKT BADAWCZY ZREALIZOWANY DZIĘKI WSPARCIU PFIZER POLSKA

© Copyright by Uczelnia Łazarskiego
Warszawa 2013
ISBN 978-83-64054-16-7

WYDAWCA

Uczelnia Łazarskiego

ul. Świeradowska 43, 02-662 Warszawa Polska
+ 48 /22/ 54-35-450, + 48 /22/ 54-35-410
wydawnictwo@lazarski.edu.pl
www.lazarski.pl

SPIS TREŚCI

1. Wstęp	7
2. Udar mózgu – epidemiologia, leczenie, profilaktyka - prof. dr hab. med. Anna Członkowska	8
2.1. Wprowadzenie	8
2.2. Klasyfikacja udarów mózgu	8
2.3. Diagnostyka udaru mózgu	9
2.4. Zasady postępowania w udarze mózgu	9
2.5. Rehabilitacja	10
2.6. Leczenie udaru niedokrwinnego	10
2.6.1. Leczenie trombolityczne	10
2.6.2. Zabiegowe wewnątrznacyniowe udrażnianie naczyń	11
2.6.3. Leki przeciwplatekcyjne	11
2.6.4. Leczenie neuroprotektoryjne	11
2.6.5. Hemikraniektomia	11
2.7. Leczenie udaru krwotocznego	12
2.8. Leczenie krwotoku podpajęczynówkowego	12
2.9. Profilaktyka udaru mózgu	12
2.9.1. Leczenie czynników ryzyka	13
2.9.2. Leki przeciwplatekcyjne	13
2.9.3. Leki przeciwzakrzepowe	14
2.9.4. Leczenie zabiegowe zwężeń tętnic szyjnych	14
3. Koszty bezpośrednie terapii udarów CSN	15
3.1. Finansowanie leczenia udaru mózgu w latach 2009-2011 według statystyk JGP NFZ	15
3.1.1. Wydatki całkowite NFZ w ramach systemu JGP tytułem leczenia udaru mózgu w kategoriach procedur A48-A51 w latach 2009-2011	15

3.1.2.	Wydatki NFZ w ramach systemu JGP tytułem leczenia udaru mózgu w rozbiciu na poszczególne kategorie procedur A48-A51 w latach 2009-2011	16
3.1.2.1.	Kategoria procedur A48 – Kompleksowe leczenie udarów mózgu powyżej 7 dni w oddziale udarowym	18
3.1.2.2.	Kategoria procedur A49 – Udar mózgu – leczenie > 3 dni	18
3.1.2.3.	Kategoria procedur A50 – Udar mózgu – leczenie	19
3.1.2.4.	Kategoria procedur A51 – Udar mózgu – leczenie trombolityczne > 7 dni w oddziale udarowym	19
3.1.3.	Struktura wykonywanych procedur według ICD-10 w systemie JGP leczenia udaru mózgu w kategoriach procedur A48-A51 w latach 2009-2011	20
3.1.3.1.	Kategoria procedur A48 – Kompleksowe leczenie udarów mózgu powyżej 7 dni w oddziale udarowym	20
3.1.3.2.	Kategoria procedur A49 – Udar mózgu – leczenie > 3 dni	22
3.1.3.3.	Kategoria procedur A50 – Udar mózgu – leczenie	24
3.1.3.4.	Kategoria procedur A51 – Udar mózgu – leczenie trombolityczne > 7 dni w oddziale udarowym	26
3.1.4.	Analiza liczby wystąpień oraz średniej wartości hospitalizacji w ramach systemu JGP tytułem leczenia udaru mózgu w rozbiciu na poszczególne kategorie procedur A48-A51 w latach 2009-2011 według oddziałów wojewódzkich NFZ	27
3.1.4.1.	A48 – Kompleksowe leczenie udarów mózgu > 7 dni w oddziale udarowym	27
3.1.4.2.	A49 – Udar mózgu – leczenie > 3 dni	28
3.1.4.3.	A50 – Udar mózgu – leczenie	29
3.1.4.4.	A51 – Udar mózgu – leczenie trombolityczne > 7 dni w oddziale udarowym	30

3.2.	Finansowanie neurologii – hospitalizacji A48, A51 (leczenie w oddziale udarowym)	31
3.3.	Finansowanie rehabilitacji neurologicznej	34
3.4.	Finansowanie oraz ocena dostępności do leczenia udarów w poszczególnych województwach	37
3.4.1.	Województwo dolnośląskie	37
3.4.2.	Województwo kujawsko-pomorskie	39
3.4.3.	Województwo lubelskie	40
3.4.4.	Województwo lubuskie	42
3.4.5.	Województwo łódzkie	43
3.4.6.	Województwo małopolskie	44
3.4.7.	Województwo mazowieckie	46
3.4.8.	Województwo opolskie	48
3.4.9.	Województwo podkarpackie	49
3.4.10.	Województwo podlaskie	50
3.4.11.	Województwo pomorskie	51
3.4.12.	Województwo śląskie	53
3.4.13.	Województwo świętokrzyskie	56
3.4.14.	Województwo warmińsko-mazurskie	57
3.4.15.	Województwo wielkopolskie	58
3.4.16.	Województwo zachodniopomorskie	60

4.	Niezdolność do pracy spowodowana chorobami naczyń mózgowych w badaniach prowadzonych przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych	61
4.1.	Czasowa niezdolność do pracy – absencja chorobowa	61
4.2.	Krótkoterminowa niezdolność do pracy – orzeczenia pierwszorazowe i ponowne uprawniające do świadczenia rehabilitacyjnego	71
4.3.	Orzeczenia ustalające niezdolność do pracy wydane przez lekarzy orzeczników do celów rentowych	78

4.4. Wydatki na świadczenia z ubezpieczeń społecznych związane z niezdolnością do pracy poniesione w 2010 r.	88
5. Podsumowanie raportu, rekomendacje	100
6. Recenzje	101
6.1. Recenzja raportu autorstwa prof. dr hab. med. Anny Członkowskiej, dr n. med., mgr ekon. Macieja Niewady, dr n. med. Iwony Sarzyńskiej-Długosz	101
6.2. Recenzja raportu autorstwa prof. dr hab. med. Janiny Stępińskiej	104
7. Spis wykresów	106
8. Spis tabel	107

1. WSTĘP

Uczelnia Łazarskiego w Warszawie zrealizowała projekt badawczy *Udary mózgu – konsekwencje społeczne i ekonomiczne*.

Raport zawiera szczegółowe dane związane z kosztami zdrowotnymi obliczone na podstawie informacji Narodowego Funduszu Zdrowia oraz koszty niezdolności do pracy spowodowane chorobami naczyń mózgowych, opracowane przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych. W opracowaniu przeprowadzono analizy dla poszczególnych województw uwzględniające zarówno obecny potencjał świadczeniodawców, jak i zapotrzebowanie na świadczenia z zakresu neurologii – hospitalizacji A48, A51 (leczenie na oddziale udarowym) oraz rehabilitacji neurologicznej. Przedstawiamy unikatową analizę kosztów pośrednich biorących pod uwagę absencję chorobową, świadczenia rehabilitacyjne i przede wszystkim orzeczenia o niezdolności do pracy w konsekwencji chorób naczyń mózgowych, zgodnie z klasyfikacją ICD-10 w zakresie I60 - I69.

Temat raportu został wybrany ze względu na aktualną sytuację zdrowotną Polaków. Udar jest trzecią co do częstości przyczyną zgonów oraz główną przyczyną inwalidztwa osób po 40. roku życia. Jednocześnie dane demograficzne wskazują na szybki dalszy wzrost oczekiwanej długości życia. Ważne jest, aby ten trend utrzymać i jednocześnie zadbać o zwiększenie ilości lat w zdrowiu (HLY) i możliwej aktywności, w tym zawodowej, Polaków.

Warto zauważyć, że w Narodowym Programie Zdrowia na lata 2007-2015 celem strategicznym numer jeden jest zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu chorób naczyniowo-sercowych, w tym udarów mózgu.

Udar mózgu jest z medycznego punktu widzenia dziedziną interdyscyplinarną. Niezwykle ważne jest zaangażowanie lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej w kontrolę zdrowia pacjentów, profilaktykę i prewencję udarów. Największe znaczenie medyczne ma jednak zaangażowanie lekarzy specjalistów kardiologii i neurologii, a w przypadku niepełnosprawności oczywiście rehabilitantów neurologicznych. Zgodnie ze światowymi standardami przykładamy w Polsce coraz większe znaczenie do profilaktyki i prewencji w aspektach medycznych oraz w zakresie zdrowia publicznego.

Celem projektu jest identyfikacja wyzwań, a przede wszystkim wskazanie potencjalnych przestrzeni poprawy sytuacji medycznej, jednocześnie kosztowo efektywnej, w zakresie ograniczenia konsekwencji społecznych, medycznych i ekonomicznych udarów w Polsce.

Autorzy raportu pragną serdecznie podziękować wszystkim osobom oraz instytucjom, które przyczyniły się do powstania raportu. Dziękujemy Narodowemu Funduszowi Zdrowia za współpracę i udostępnienie danych. Pani Hannie Zalewskiej, Dyrektor Departamentu Statystyki ZUS, dziękujemy za udostępnienie i opracowanie kosztów niezdolności do pracy spowodowanych chorobami naczyniowymi mózgu. Autorzy serdecznie dziękują także Pani Profesor Annie Członkowskiej za recenzję neurologiczną oraz Pani Profesor Janinie Stępińskiej za recenzję kardiologiczną raportu.

2. UDAR MÓZGU – EPIDEMIOLOGIA, LECZENIE, PROFILAKTYKA - PROF. DR HAB. MED. ANNA CZŁONKOWSKA

2.1. Wprowadzenie

Według definicji Światowej Organizacji Zdrowia z 1980 roku udar mózgu to nagłe wystąpienie ogniskowych lub globalnych zaburzeń czynności mózgu, trwające dłużej niż 24 godziny (o ile wcześniej nie są one bezpośrednią przyczyną zgonu), spowodowane wyłącznie przez przyczyny naczyniowe, czyli związane z przepływem mózgowym krwi. Typowymi dla udaru objawami są: nagłe wystąpienie niedowładu lub porażenia kończyn i twarzy po jednej stronie, nagłe drętwienie lub zaburzenie czucia po jednej stronie, trudności w wypowiedaniu słów lub rozumieniu mowy, zaburzenia widzenia, niemożność utrzymania stojącej postawy ciała, bardzo silny, niedoświadczany w przeszłości ból głowy. Jeżeli objawy udaru trwają krócej niż 24 godziny, stan taki określa się mianem przemijającego niedokrwienia mózgu. Dane epidemiologiczne WHO wskazują na udar mózgu jako drugą najczęstszą przyczynę zgonów na świecie. W 2004 roku z powodu udaru zmarło 5,7 miliona ludzi, co odpowiada 9,7 proc. wszystkich zgonów (dla porównania choroba niedokrwienna serca była przyczyną 7,2 miliona zgonów, co stanowi 12,2 proc. wszystkich zgonów). Udar jest także główną przyczyną długotrwałej niesprawności chorych, tym samym niesie ze sobą istotne następstwa nie tylko kliniczne, ale także socjalne i ekonomiczne. Szacuje się bowiem, iż blisko połowa chorych, którzy przeżyją ostrą fazę udaru mózgu, nie jest w stanie samodzielnie wykonywać czynności dnia codziennego i zależy od pomocy innych osób. Dodatkowo udar często powoduje istotne, pogarszające jakość życia chorych następstwa, takie jak padaczka poudarowa, depresja, otępienie oraz obrażenia spowodowane upadkami. Z powodu wzrostu odsetka osób w wieku podeszłym (a wiek stanowi główny niemodyfikowalny czynnik ryzyka udaru) w populacji ogólnej (tzw. efekt starzenia się społeczeństwa) znaczenie udaru mózgu, zwłaszcza zapobiegania jego wystąpieniu i skutecznego leczenia, będzie się zwiększało.

Ocena populacji chorych hospitalizowanych z powodu udaru mózgu ma w warunkach polskich szczególne znaczenie, ponieważ według badań prowadzonych już w latach 90. ubiegłego wieku odsetek chorych nieleczonych w szpitalu z powodu udaru mózgu jest bardzo niski i nie przekracza 2 proc. Oczywiście poza oceną pozostają chorzy z udarem zakończonym zgonem w domu lub przed przyjęciem do szpitala, jednak w tych przypadkach często brak badania autopsyjnego uniemożliwia określenie przyczyn zgonu, a tym samym liczby oraz odsetka zgonów wynikających z pierwotnych zaburzeń krążenia mózgowego. Z tego powodu monitorowanie opieki szpitalnej ma znacznie nie tylko dla jej jakości, ale także dla śledzenia zmian epidemiologicznych dotyczących zachorowania i rokowań chorych z udarem mózgu.

2.2. Klasyfikacja udarów mózgu

Ze względu na patomechanizm udaru wyróżnia się udary niedokrwienne – 85 proc. udarów, i krwotoczne – 15 proc. wszystkich udarów (w tym krwotoki śródmózgowe – 10 proc. oraz krwawienie podpajęczynówkowe – 5 proc.). Najczęstszą przyczyną niedokrwienia są zmiany miażdżycowe w tętnicach doprowadzających krew do mózgu (tętnicach szyjnych i kręgowych) oraz w dużych i średnich tętnicach mózgu. Miażdżycy powoduje zwężenie tętnic, rozwój zmian zakrzepowych i powstawanie zatorów tętniczo-tętniczych. W 20 do 30 proc. przypadków przyczyną udaru niedokrwinnego jest zator tętnic mózgowych pochodzący z komór serca (najczęściej u osób z migotaniem przedsionków i z wadami zastawkowymi). Około 25 proc. udarów niedokrwiniowych spowodowanych jest zmianami zwyrodnieniowymi w małych tętnicach przeszywających (tzw. udary lakunarne),

których główną przyczyną jest nadciśnienie tętnicze. Z kolei najważniejszą przyczyną krwotoku do mózgu jest nadciśnienie tętnicze i związane z wiekiem zwyrodnienie naczyń. Rzadziej krwotoki spowodowane są nieprawidłowościami w budowie naczyń mózgowych. Krwotok podpajęczynówkowy (krwawienie do przestrzeni między mózgiem a otaczającymi go oponami) jest najczęściej wynikiem pęknięcia wrodzonego lub nabytego tętniaka naczyń.

2.3. Diagnostyka udaru mózgu

Postępowanie diagnostyczne obejmuje zebranie wywiadów (w tym ustalenie okoliczności zachorowania), badanie przedmiotowe (ogólne i neurologiczne) i badania dodatkowe. Spośród badań dodatkowych największe znaczenie ma obrazowanie mózgu. Najpowszechniejsza jest tomografia komputerowa głowy, która pozwala na szybkie zróznicowanie pomiędzy udarem niedokrwiennym a krwotocznym (w tym krwotokiem podpajęczynówkowym). Pozwala także na wykluczenie chorób, których przebieg kliniczny może być zbliżony do udaru (np. guz mózgu). Badanie z zastosowaniem rezonansu magnetycznego (MR) jest również bardzo pomocne we wczesnej diagnostyce udaru, ale wymaga dłuższego czasu i jest znacznie bardziej kosztowne. W codziennej praktyce stosowane jest tylko w przypadkach budzących problemy diagnostyczne.

W zasadzie każdy chory z udarem niedokrwiennym powinien mieć wykonane badanie ultrasonograficzne tętnic domózgowych. W krwotokach wewnątrzmożgowych i podpajęczynówkowych wykonuje się angiografię naczyń z zastosowaniem tomografii komputerowej lub klasycznej angiografii.

Konieczne jest także wykonanie podstawowego badania elektrokardiograficznego serca, a obecnie coraz częściej 24-godzinne monitorowanie rytmu serca (Holter EKG). Pozwala to na wykrycie migotania przedsionków, które jest najczęstszą przyczyną udaru sercopolodnego. Dalsze szczegółowe badania kardiologiczne zależą od stanu pacjenta. W wielu przypadkach wymagana jest bardzo wnikliwa diagnostyka.

2.4. Zasady postępowania w udarze mózgu

Udar mózgu jest stanem zagrożenia życia; diagnostyka i terapia muszą być przeprowadzone bardzo szybko. W momencie pojawienia się pierwszych objawów i podejrzenia udaru mózgu konieczny jest możliwie najszybszy transport do szpitala. Zgodnie z zaleceniami wszystkich towarzystw naukowych, w tym również ekspertów Sekcji Chorób Naczyniowych Polskiego Towarzystwa Neurologicznego, leczenie wszystkich chorych z udarem mózgu powinno odbywać się na wyspecjalizowanych oddziałach / pododdziałach udarowych. W Polsce, jak i w wielu krajach europejskich, pododdział udarowy jest wyodrębnioną strukturalnie jednostką szpitalną, przeznaczoną do kompleksowego leczenia chorych w ostrej fazie udaru mózgu. Organizacyjnie i merytorycznie stanowi część oddziału neurologicznego. Korzyści wynikające z leczenia chorych z udarem mózgu na pododdziale udarowym obejmują: szybkie rozpoznanie udarów niedokrwiniowych i krwotocznych, mniejszą liczbę powikłań ogólnomedycznych, mniej nasiloną niesprawność poudarową, wdrożenie wczesnej rehabilitacji, niższą wczesną i odległą śmiertelność, krótszy pobyt w szpitalu i niższe koszty leczenia, wczesne wdrożenie właściwej profilaktyki wtórnej. Zostało to potwierdzone w wielu badaniach klinicznych i ich zbiorczych analizach. Leczenie na oddziale udarowym wiąże się ze znacząco mniejszym ryzykiem zgonu (średnio o 14 proc. w skali roku) lub inwalidztwa (średnio o 22 proc. w skali roku). Oddział udarowy jest też miejscem, gdzie są stosowane najnowocześniejsze procedury lecznicze.

Postępowanie lecznicze obejmuje leczenie ogólnomedyczne (dotyczy wszystkich udarów) i skierowane specyficznie na określony rodzaj udaru.

Postępowanie ogólnomedyczne w udarze ma na celu kontrolę czynności układu oddechowego i sercowo-naczyniowego, wyrównywanie zaburzeń płynowych i metabolicznych, kontrolę ciśnienia tętniczego i leczenie podwyższonego ciśnienia

wewnątrzczaszkowego, a także leczenie drgawek oraz profilaktykę zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej, zachłystowego zapalenia płuc, innych zakażeń oraz odleżyn.

2.5. Rehabilitacja

Rehabilitacja stanowi integralny element każdego etapu leczenia chorych z udarem mózgu. Wszyscy pacjenci na oddziale / pododdziale udarowym powinni mieć zapewnioną rehabilitację. Rehabilitację czynną po udarze mózgu najlepiej rozpocząć tak szybko, jak to możliwe, natychmiast po uzyskaniu stabilizacji stanu ogólnego pacjenta. Po wypisaniu chorego z oddziału udarowego, jeżeli zachodzi taka potrzeba, powinna być ona kontynuowana na specjalistycznych oddziałach rehabilitacyjnych (dotyczy około 30 proc. chorych) lub ambulatoryjnie. Opieka rehabilitacyjna musi być zapewniona w takim zakresie, jaki jest potrzebny do odzyskania sprawności i powrotu do stanu funkcjonalnego sprzed zachorowania lub uzyskania optymalnego poziomu niezależności. Pacjenta po udarze należy jak najwcześniej uruchomić. Rehabilitacja powinna być prowadzona przez interdyscyplinarny zespół rehabilitacyjny, ściśle współpracujący z lekarzem prowadzącym pacjenta. Proces rehabilitacji powinien trwać do czasu, do kiedy obserwuje się obiektywny wskaźnik poprawy pacjenta. Jeżeli nie ma dalszej poprawy, należy zmienić cel lub metodykę usprawniania albo rozważyć odstępianie od dalszego usprawniania.

Rehabilitacja powinna obejmować również w razie potrzeby funkcje poznawcze i zachowania. Ten typ rehabilitacji realizowany jest przez neuropsychologów. Ważna jest też terapia zajęciowa, czyli nauczanie chorego podstawowych czynności (np. ubierania, jedzenia, mycia) mimo istnienia zaburzeń ruchowych czy językowych.

Podejście fizjoterapeutów, psychoterapeutów, rehabilitantów funkcji poznawczych i terapeutów zajęciowych powinno być indywidualizowane do każdego pacjenta po udarze w zależności od wydolności chorego, współistniejących schorzeń, a także jego stanu przed zachorowaniem.

W proces rehabilitacji zarówno w okresie pobytu na oddziale udarowym, jak i oddziale rehabilitacyjnym i później powinna być zaangażowana rodzina lub opiekunowie chorego.

2.6. Leczenie udaru niedokrwinnego

2.6.1. Leczenie trombolityczne

Działanie leków trombolitycznych prowadzi do udrożnienia naczynia zamkniętego przez materiał zakrzepowy (rozpuszczenie). Jedynie rekombinowany tkankowy aktywator plazmingenu (rt-PA, alteplaza) podawany dożylnie ma skuteczność udowodnioną w badaniach klinicznych z randomizacją. Lek ten powoduje udrożnienie zamkniętego naczynia w 20-30 proc. przypadków, dodatkowo poprawia przepływ krwi w innych naczyniach. Wykazano, że podanie leku zmniejsza ryzyko trwałej niesprawności o 30-40 proc.

Leczenie to, wprowadzone w USA przed 18 laty, ciągle jest mało upowszechnione. Spowodowane to jest wieloma ograniczeniami wynikającymi z protokołów badań i dokumentów rejestracyjnych. Najważniejsze jest wąskie okno terapeutyczne (czas, który upływa pomiędzy wystąpieniem pierwszych objawów a podaniem leku). Obecnie wynosi ono od czterech do pięciu godzin (w szczególnych przypadkach do sześciu). W tym czasie chory musi trafić do szpitala i poddać się najważniejszym badaniom diagnostycznym. Tomografia komputerowa jest tu niezbędna (choć może być zastąpiona rezonansem magnetycznym). Lekarz

musi być pewny, że jest to udar niedokrwieny i według obowiązujących zasad kwalifikuje się do leczenia. Im wcześniej od wystąpienia udaru podany jest lek trombolityczny, tym lepsze są efekty leczenia. I tak, podając lek do 90 minut od początku choroby jeden na czterech chorych odzyskuje sprawność, a do 4,5 godzin tylko jeden na czternastu. W Polsce leczenie jest finansowane przez NFZ od 2009 roku. Systematycznie rośnie liczba wykonywanych procedur. W 2012 około 5 proc. chorych z udarem niedokrwinnym w Polsce było tak leczonych. Należy zwrócić uwagę, że istnieją duże dysproporcje w zastosowaniu tej skutecznej metody terapeutycznej. Są oddziały, na których leczy się około 20 proc. chorych, i takie, na których leczone są pojedyncze przypadki. Zależy to od organizacji opieki przedszpitalnej (szybkie dotarcie chorego do szpitala) i wewnątrzszpitalnej (diagnostyka i podjęcie decyzji o zastosowaniu leczenia trombolitycznego).

2.6.2. Zabiegowe wewnątrznaczyniowe udrażnianie naczyń

Podejmowane są także próby udrażniania naczyń wewnątrzmożgowych. Zabiegi takie polegają albo na dotętniczym podaniu leku rozpuszczającego zakrzep, albo na wprowadzaniu do naczynia specjalnych urządzeń, za pomocą których można usunąć zakrzep. Mogą być one wykonywane po nieskutecznej trombolizie dożylniej lub jako pierwszy zabieg. Metody te jednak mogą być stosowane tylko w szpitalach, które posiadają odpowiednio wyposażone pracownie zabiegowe i przeszkoloną kadrę (podobne do pracowni kardiologii inwazyjnej). Również te zabiegi muszą być wykonane jak najszybciej, nie później niż w ciągu 6-8 godzin od początku udaru. Konieczne są jednak nadal badania i rejestry oceniające skuteczność krótko- i długoterminową zabiegowych metod udrażniania naczyń. Na razie w Polsce tylko kilka ośrodków wykonuje takie procedury.

2.6.3. Leki przeciwpłytkowe

Kwas acetylosalicylowy powinien być zastosowany natychmiast po wykluczeniu krwawienia śródmózgowego w badaniu tomografii komputerowej u wszystkich chorych z udarem niedokrwinnym nieleczonych trombolitycznie. Szybkie zastosowanie kwasu acetylosalicylowego zmniejsza w przeliczeniu na 1000 leczonych chorych liczbę przypadków ponownego udaru i zgonu w czasie pierwszego miesiąca o 9 proc. oraz liczbę niesprawności i ponownego udaru w ciągu sześciu miesięcy o 13 proc. W przypadku chorych otrzymujących leczenie trombolityczne podawanie kwasu acetylosalicylowego należy opóźnić o 24 godziny.

2.6.4. Leczenie neuroprotektoryjne

Zgodnie z obecnymi zaleceniami leki neuroprotektoryjne (np. często jeszcze stosowany w Polsce piracetam) nie są zalecane w leczeniu udaru mózgu. Nie wykazano ich skuteczności w badaniach klinicznych.

2.6.5. Hemikraniektomia

W przypadkach szybko narastającego obrzęku mózgu w wyniku zamknięcia dużego naczynia mózgowego wykonuje się zabieg odczarujący. Po zdjęciu kości pokrywającej czaszkę uzyskuje się rozprężenie mózgu. Dzięki zastosowaniu tego zabiegu średnio co drugiej osobie ratuje się życie, a u co czwartej uzyskuje się powrót do samodzielności w porównaniu z osobami, u których nie wykonano zabiegu. W przypadku nieleczenia 90 proc. tych pacjentów umiera. Tego typu zabiegi wykonuje się u 2-5 proc. chorych z udarem niedokrwinnym.

2.7. Leczenie udaru krwotocznego

W leczeniu pierwotnych samoistnych krwotoków nadnamiotowych (do pólkul mózgu) rola leczenia chirurgicznego jest ciągle kwestią otwartą. Rutynowa ewakuacja krwi z ogniska krwotocznego nie jest zalecana. Skuteczność zabiegów jest nadal przedmiotem badań klinicznych. W przypadkach krwotoków do mózdzku zabiegi mają bardziej udowodnioną skuteczność. Nie ma na razie udowodnionej skuteczności stosowania leków zmniejszających krzepliwość krwi.

W przypadku stwierdzenia anomalii naczyniowej, która jest podłożem krwawienia, należy rozważyć zabiegowe leczenie (neurochirurgiczne usunięcie zmiany lub zabieg wewnątrznaczyniowy).

2.8. Leczenie krwotoku podpajęczynówkowego

W przypadku stwierdzenia źródła krwawienia (obecność tętniaka lub innej malformacji naczyniowej) wykonywane są zabiegi wewnątrznaczyniowe lub neurochirurgiczne.

2.9. Profilaktyka udaru mózgu

Profilaktyka pierwotna ma na celu zmniejszenie ryzyka wystąpienia pierwszego w życiu udaru mózgu i polega na leczeniu czynników ryzyka oraz chorób, z którymi wiąże się większa zapadalność na udar mózgu. Z kolei profilaktyka wtórna, czyli po incydencie naczyniowym, jest skierowana na zapobieganie wystąpieniu nawrotu – ponownego udaru. Praktycznie profilaktyka wtórna obejmuje wszystkie te działania, które są udziałem profilaktyki pierwotnej, poszerzone o specyficzne postępowanie określone etiopatogenezą pierwszego udaru.

Po udarze niedokrwiennym mózgu ryzyko nawrotu może sięgać 10-12 proc. w pierwszym roku (z najwyższym ryzykiem bezpośrednio po udarze – ponad 3 proc. w ciągu 30 dni) i 5-8 proc. w każdym następnym. Ryzyko powtórnego udaru w ciągu pięciu lat wynosi 30-40 proc., z czego 15 proc. chorych może dodatkowo doznać zawału serca, a podobny odsetek pacjentów umrze w następstwie chorób naczyniowych. W krwotokach mózgowych (po wykluczeniu tętniaków) ryzyko nawrotowych krwawień wynosi 3-7 proc. w ciągu roku i 19 proc. w ciągu pięciu lat. Częstość nawrotów jest zależna od podtypu udaru i jest najwyższa u pacjentów z udarami zatorowymi pochodzenia sercowego oraz w przypadkach znacznego zwężenia tętnic szyjnych. Kolejny udar ma najczęściej taką samą etiologię jak poprzedzający, dotyczy to głównie udarów zatorowych pochodzenia sercowego. Należy pamiętać, że po udarach niedokrwiennych 5 proc. nawrotów stanowią udary krwotoczne, podczas gdy po krwotokach w 42 proc. mogą wystąpić udary niedokrwienne. Lokalizacja nawrotowych udarów nie jest zawsze taka sama.

Każdy chory wypisywany z oddziału udarowego musi mieć już ustalone postępowanie dotyczące profilaktyki wtórnej.

2.9.1. Leczenie czynników ryzyka

Czynniki ryzyka udaru mózgu i ich wpływ na występowanie udaru przedstawiono w tabeli 1 i 2.

Tabela 1. Niemodyfikowalne czynniki ryzyka udaru mózgu

Czynniki niemodyfikowalne:	
Wiek	Po 55. roku życia dwukrotny wzrost ryzyka co 10 lat
Płeć	O 24 – 30% większe ryzyko u mężczyzn
Rasa	2,4 razy większe ryzyko u rasy czarnej; 2 razy większe ryzyko u Latynosów; podwyższone ryzyko u rasy żółtej
Dziedziczność	Ryzyko większe o 1,9 razy u krewnych I stopnia

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Tabela 2. Modyfikowalne czynniki ryzyka udaru mózgu

Czynniki modyfikowalne:	Wzrost ryzyka udaru mózgu (krotność):
Palenie tytoniu w ciągu ostatnich pięciu lat	1,5 – 2,5 razy
Nadużywanie alkoholu	1,0 – 3,0 razy
Brak aktywności fizycznej – mniej niż 30-60 minut ćwiczeń rzadziej niż 3-4 razy w tygodniu	2,7 razy
Cukrzyca – glikemia na czczo > 126 mg%	1,5 – 3,0 razy
Zaburzenia gospodarki lipidowej: Cholesterol całkowity > 200 mg%, Cholesterol LDL > 100 mg%, Cholesterol HDL < 35 mg%, TG > 200 mg%	1,0 – 2,0 razy
Nadciśnienie tętnicze	3,0 – 5,0 razy
Migotanie przedsionków	5,0 – 18,0 razy

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Nadciśnienie tętnicze jest najważniejszym czynnikiem ryzyka udaru. Istnieje liniowa korelacja pomiędzy wysokością ciśnienia skurczowego i rozkurczowego a ryzykiem udaru pierwszego i powtórnego. Obniżenie ciśnienia krwi, nawet u osób z prawidłowym ciśnieniem, zmniejsza ryzyko choroby. Wykazano, że leki z podstawowych grup, to jest tiazdy, beta-adrenolityki, antagonisty kanału wapnia, inhibitory konwertazy angiotensyny, sartany, są skuteczne w profilaktyce pierwotnej udaru. Preferowane są leki o przedłużonym działaniu.

W profilaktyce wtórnej preferowany jest peryndopryl (4 mg/24 godz.) z indapamidem (2,5 mg/24 godz.), ale inne leki też są skuteczne. Co ważne, leki hipotensyjne powinny być stosowane nawet u osób z prawidłowym ciśnieniem krwi.

Związek między hiperlipidemią a udarem nie jest tak dobrze określony, jak w przypadku choroby niedokrwiennej serca. Jednakże rola zaburzeń lipidowych w powstawaniu miażdżycy naczyń mózgowych jest udowodniona. Każdy chory z udarem niedokrwinnym mózgu powinien przyjmować statyny.

2.9.2. Leki przeciwplatekcyjne

W profilaktyce pierwotnej udaru mózgu nie ma dowodów na korzyści z leczenia przeciwplatekcyjnego u mężczyzn. Natomiast u kobiet po 50. roku życia stosowanie aspiryny zmniejsza ryzyko udaru mózgu, ale nie zawału serca (przeciwnie niż u mężczyzn).

Leki przeciwplatekcyjne powinny być natomiast stosowane u wszystkich chorych z udarem niedokrwinnym, którzy nie przyjmują doustnych leków przeciwkrzepliwych, również u tych, którzy przebyli operację tętnic szyjnych lub oczekują na taki zabieg, bądź mają udar na tle zatoru, ale nie mogą stosować antykoagulantów. Najczęściej stosowanym lekiem jest aspiryna, podobną skuteczność wykazuje także kłopotogrel. Łączenie leków przeciwplatekcyjnych nie zwiększa korzyści, a powoduje znaczący wzrost powikłań krwotocznych.

2.9.3. Leki przeciwzakrzepowe

Leczenie przeciwzakrzepowe w prewencji pierwotnej jest wskazane u chorych, u których choroba przebiega bezobjawowo, z migotaniem przedsionków (AF) i współistniejącymi chorobami serca (niewydolnością, wadami zastawkowymi) zwiększającymi ryzyko zatorowości. Najczęściej stosowane są doustne leki przeciwkrzepliwie należące do inhibitorów witaminy K (warfaryna, acenokumaryl). Zmniejszają one ryzyko zarówno pierwszego, jak i kolejnego udaru o około 60 proc. Podawanie tych leków jest uważane za konieczne w grupie chorych z AF powyżej 65. roku życia ze współistniejącymi czynnikami ryzyka, takimi jak nadciśnienie tętnicze, dysfunkcja lewokomorowa, cukrzyca lub choroba niedokrwienności serca. Ważne jest utrzymanie wskaźnika INR w granicach 2-3.

Doustne antykoagulanty w profilaktyce wtórnej powinny być stosowane u chorych, u których udar mózgu wystąpił w wyniku zatoru pochodzenia sercowego. Najczęstszą przyczyną jest AF i wady zastawkowe. Leczenie rozpoczyna się nie wcześniej niż w kilka dni od udaru. Przed rozpoczęciem leczenia należy skontrolować za pomocą tomografii komputerowej, czy nie ma rozległego obrzęku i wtórnego ukrwotoczenia ogniska niedokrwiennego. Ryzyko wystąpienia udaru krwotocznego w trakcie terapii wynosi około 2-4 proc. na rok i jest znacznie mniejsze niż ryzyko udaru ponownego. Nie doradza się natomiast stosowania doustnych antykoagulantów u chorych ze współistniejącymi stanami zwiększającymi ryzyko powikłań krwotocznych, takimi jak: upadki, padaczka, ciężka depresja lub ryzyko krwawienia z przewodu pokarmowego.

W ostatnich latach wprowadzono do terapii nowe leki przeciwkrzepliwie, mające odmienny mechanizm działania niż antagoniści witaminy K. Leki te, takie jak dabigatran, rywaroksaban, apiksaban, cechują się co najmniej zbliżoną efektywnością dotyczącą pierwotnej i wtórnej profilaktyki udaru, ale mniejszym ryzykiem powikłań krwotocznych. W czasie ich stosowania nie jest konieczne monitorowanie układu krzepnięcia. Na razie w profilaktyce udaru mózgu nie są one refundowane w Polsce.

2.9.4. Leczenie zabiegowe zwężeń tętnic szyjnych

Każdy chory z udarem niedokrwinnym powinien mieć wykonane badania oceniające stopień zaawansowania miażdżycy w tętnicach szyjnych. W przypadku stwierdzenia zwężenia 70-proc. i większego rozważa się wykonanie zabiegu poszerzenia tętnicy. Najpowszechniej zalecany jest zabieg chirurgiczny, czyli usunięcie zmian miażdżycowych. Często wykonywane są zabiegi wewnątrznaczyniowe polegające na założeniu stentu do naczynia. Najnowsze badania wykazują jednak, że zabieg chirurgiczny przynosi więcej korzyści w profilaktyce nawrotów i wiąże się z mniejszą liczbą powikłań. Leczenie wewnątrznaczyniowe zalecane jest tylko w przypadkach, gdy wykonanie zabiegu chirurgicznego jest trudne lub niemożliwe (np. stan po radioterapii szyi, wysoka lokalizacja zmiany). Paradoksalnie osoby starsze bardziej zyskują na leczeniu chirurgicznym niż wewnątrznaczyniowym.

Leczenie zmian w tętnicach szyjnych u osób, które nie miały udaru, jest ciągle przedmiotem kontrowersji. Wydaje się, że intensywna profilaktyka pierwotna przynosi podobne korzyści, jak leczenie zabiegowe.

3. KOSZTY BEZPOŚREDNIE TERAPII UDARÓW CSN

3.1. Finansowanie leczenia udaru mózgu w latach 2009-2011 według statystyk JGP NFZ

Narodowy Fundusz Zdrowia prowadzi statystykę systemu Jednorodnych Grup Pacjentów (JGP), która dotyczy świadczeń udzielonych w latach 2009-2011 na terenie całej Polski. W ramach leczenia udaru mózgu przeanalizowano na użytek tego raportu opublikowane dane systemu JGP w zakresie finansowania procedur z Katalogu: A – Choroby układu nerwowego:

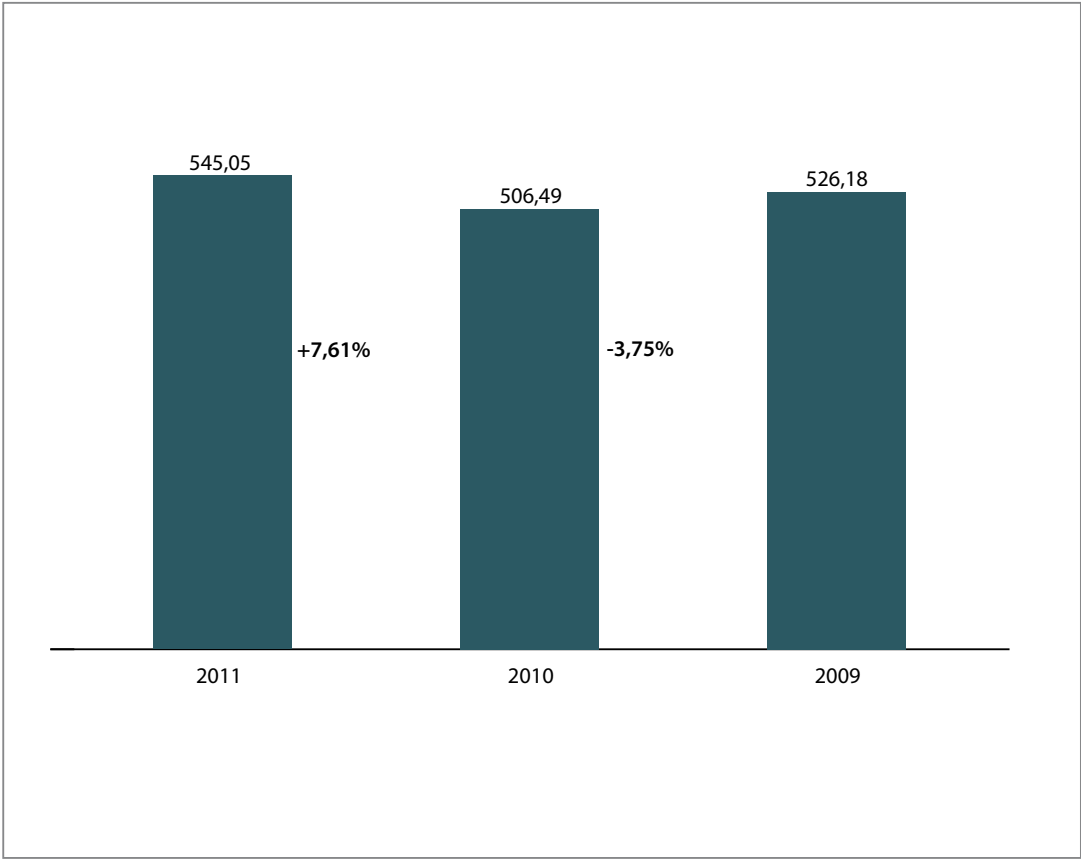
1. A48 – Kompleksowe leczenie udarów mózgu > 7 dni w oddziale udarowym (Kod produktu jednostkowego: 5.51.01.0001048),
2. A49 – Udar mózgu – leczenie > 3 dni (Kod produktu jednostkowego: 5.51.01.0001049),
3. A50 – Udar mózgu – leczenie (Kod produktu jednostkowego: 5.51.01.0001050),
4. A51 – Udar mózgu – leczenie trombolityczne > 7 dni w oddziale udarowym (Kod produktu jednostkowego: 5.51.01.0001051).

Analiza obejmuje liczbę i średnią wartość hospitalizacji pod względem rodzaju poszczególnych świadczeń w latach 2009-2011. Dodatkowo przedstawiono wyniki dla całej Polski w podziale na poszczególne oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia.

3.1.1. Wydatki całościowe NFZ w ramach systemu JGP tytułem leczenia udaru mózgu w kategoriach procedur A48-A51 w latach 2009-2011

W latach 2009-2011 NFZ wydał na leczenie udaru mózgu w ramach systemu JGP w kategoriach procedur A48-A51 odpowiednio: 545 054 953,32 zł w 2011 roku, 506 489 812,22 zł w 2010 i 526 183 620,45 zł w 2009. Dynamika wydatków 2011 vs. 2010 wyniosła +7,61 proc. Pokazuje to wykres nr 1.

Wykres nr 1. Wydatki całościowe NFZ w ramach systemu JGP tytułem leczenia udaru mózgu w kategoriach procedur A48-A51, w latach 2009-2011 w mln zł



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

3.1.2. Wydatki NFZ w ramach systemu JGP tytułem leczenia udaru mózgu w rozbiciu na poszczególne kategorie procedur A48-A51 w latach 2009-2011

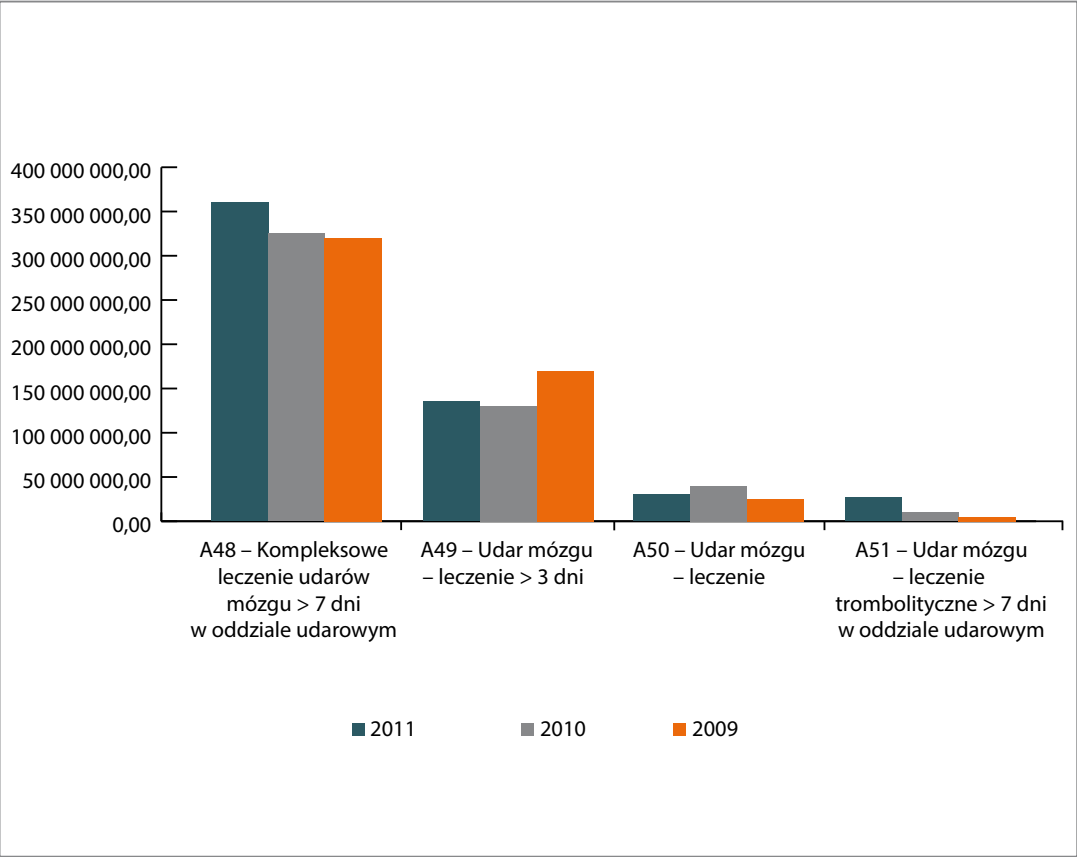
W rozbiciu na poszczególne kategorie JGP najwięcej środków przeznaczono na kategorię: A48 – Kompleksowe leczenie udarów mózgu > 7 dni w oddziale udarowym (356 mln zł w 2011, 323 mln zł w 2010 i 321 mln zł w 2009 roku). Następną z kolei pozycją kosztową było finansowanie procedury: A49 – Udar mózgu – leczenie > 3 dni, na którą wydano w 2011 około 127 mln zł, w 2010 roku 130 mln zł i 2009 roku 172 mln zł. Trzecią pod względem nakładów NFZ była kategoria: A50 – Udar mózgu – leczenie, która kosztowała NFZ 33 mln zł w 2011 roku, 38 mln zł w 2010 i prawie 25 mln zł w 2009. Ostatnia pod względem nakładów NFZ procedura to: A51 – Udar mózgu – leczenie trombolityczne > 7 dni w oddziale udarowym, która w roku 2011 pochłonęła 28 mln zł, w 2010 blisko 15 mln zł, a w roku 2009 około 8 mln zł. Zestawienie wydatków NFZ tytułem poszczególnych kategorii procedur leczenia udaru mózgu w ramach JGP przedstawia tabela nr 3 oraz wykres nr 2.

Tabela 3. Zestawienie wydatków NFZ tytułem poszczególnych kategorii procedur leczenia udaru mózgu w ramach JGP w latach 2009-2011

Kategoria procedur JGP / wydatki w złotych	2011	2010	2009
A48 - Kompleksowe leczenie udarów mózgu > 7 dni w oddziale udarowym	356 327 672,76	323 003 952,92	320 915 235,16
A49 - Udar mózgu - leczenie > 3 dni	127 041 768,36	130 447 438,56	171 874 414,51
A50 - Udar mózgu - leczenie	33 219 667,70	38 215 784,10	24 899 109,30
A51 - Udar mózgu - leczenie trombolityczne > 7 dni w oddziale udarowym	28 465 844,50	14 822 636,64	8 494 861,48

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Wykres 2. Zestawienie wydatków NFZ tytułem poszczególnych kategorii procedur leczenia udaru mózgu w ramach JGP w latach 2009-2011



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

W ramach poszczególnych kategorii procedur dokonano analizy kluczowych wskaźników, takich jak: liczba wystąpień, średni koszt hospitalizacji oraz roczne wydatki NFZ tytułem jej finansowania.

3.1.2.1. Kategoria procedur A48 – Kompleksowe leczenie udarów mózgu powyżej 7 dni w oddziale udarowym

W 2009 roku NFZ sfinansował 38 156 procedur w kategorii A48 – Kompleksowe leczenie udarów mózgu powyżej 7 dni w oddziale udarowym. Średnia wartość hospitalizacji wyniosła 8 410,61 zł. Ogółem tytułem finansowania tej procedury NFZ wydał około 321 mln zł. W 2010 roku wykonano w ramach JGP 38 687 procedur A48 – Kompleksowe leczenie udarów mózgu powyżej 7 dni w oddziale udarowym, przy średniej wartości hospitalizacji 8 349,16 złotych i wydatkach rocznych NFZ na poziomie 323 mln zł. Rok 2011 zamknął się kwotą ponad 356 mln zł tytułem sfinansowania 42 319 procedur A48, których średnia wartość jednostkowa wyniosła 8 420,04 zł. Pokazuje to tabela nr 4.

Tabela 4. Liczba wystąpień, średnia wartość hospitalizacji oraz wydatki NFZ w latach 2009-2011 w ramach kategorii procedur: A48 – Kompleksowe leczenie udarów mózgu > 7 dni w oddziale udarowym

A48 - Kompleksowe leczenie udarów mózgu > 7 dni w oddziale udarowym (5.51.01.0001048)		2011	2010	2009
Liczba wystąpień		42 319	38 687	38 156
Średnia wartość hospitalizacji (zł)		8 420,04	8 349,16	8 410,61
Razem wydatki NFZ (zł)		356 327 672,76	323 003 952,92	320 915 235,16

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

3.1.2.2. Kategoria procedur A49 – Udar mózgu – leczenie > 3 dni

W 2009 roku NFZ sfinansował 42 899 procedur w kategorii A49 – Udar mózgu – leczenie > 3 dni. Średnia wartość hospitalizacji wyniosła 4 006,49 zł. Ogółem tytułem finansowania tej procedury NFZ wydał około 43 mln zł. W 2010 roku wykonano w ramach JGP 32 418 procedur, przy średniej wartości hospitalizacji 4 023,92 zł i wydatkach rocznych NFZ na poziomie 32 mln zł. Rok 2011 zamknął się kwotą ponad 31 mln zł tytułem sfinansowania 31 434 procedur A49, których średnia wartość jednostkowa wyniosła 4 041,54 zł. Pokazuje to tabela nr 5.

Tabela 5. Liczba wystąpień, średnia wartość hospitalizacji oraz wydatki NFZ w latach 2009-2011 w ramach procedury: A49 – Udar mózgu – leczenie > 3 dni

A49 - Udar mózgu - leczenie > 3 dni (5.51.01.0001049)		2011	2010	2009
Liczba wystąpień		31 434	32 418	42 899
Średnia wartość hospitalizacji (zł)		4 041,54	4 023,92	4 006,49
Razem wydatki NFZ (zł)		127 041 768,36	130 447 438,56	171 874 414,51

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

3.1.2.3. Kategoria procedur A50 – Udar mózgu – leczenie

W 2009 roku NFZ sfinansował 13 234 procedur w kategorii A50 – Udar mózgu – leczenie. Średnia wartość hospitalizacji wyniosła 1 881,45 zł. Ogółem tytułem finansowania tej procedury NFZ wydał blisko 25 mln zł. W 2010 roku wykonano w ramach JGP 19 695 procedur, przy średniej wartości hospitalizacji 1 940,38 zł i wydatkach rocznych NFZ na poziomie ponad 38 mln zł. Rok 2011 zamknął się kwotą ponad 33 mln zł tytułem sfinansowania 17 194 procedur A50, których średnia wartość jednostkowa wyniosła 1 932,05 zł. Pokazuje to tabela nr 6.

Tabela 6. Liczba wystąpień, średnia wartość hospitalizacji oraz wydatki NFZ w latach 2009-2011 w ramach procedury: A50 – Udar mózgu – leczenie

A50 - Udar mózgu - leczenie (5.51.01.0001050)		2011	2010	2009
Liczba wystąpień		17 194	19 695	13 234
Średnia wartość hospitalizacji (zł)		1 932,05	1 940,38	1 881,45
Razem wydatki NFZ (zł)		33 219 667,70	38 215 784,10	24 899 109,30

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

3.1.2.4. Kategoria procedur A51 – Udar mózgu – leczenie trombolityczne > 7 dni w oddziale udarowym

W 2009 roku NFZ sfinansował 686 procedur w kategorii A51 – Udar mózgu – leczenie trombolityczne > 7 dni w oddziale udarowym. Średnia wartość hospitalizacji wyniosła 12 383,18 zł. Ogółem tytułem finansowania tej procedury NFZ wydał około 8 mln zł. W 2010 roku wykonano w ramach JGP 1 204 procedury, przy średniej wartości hospitalizacji 12 311,16 zł i wydatkach rocznych NFZ na poziomie ponad prawie 15 mln zł. Rok 2011 zamknął się kwotą ponad 28 mln zł tytułem sfinansowania 2 285 procedur A51, których średnia wartość jednostkowa wyniosła 12 457,70 zł. Pokazuje to tabela nr 7.

Tabela 7. Liczba wystąpień, średnia wartość hospitalizacji oraz wydatki NFZ w latach 2009-2011 w ramach procedury: A51 – Udar mózgu – leczenie trombolityczne > 7 dni w oddziale udarowym

A51 - Udar mózgu - leczenie trombolityczne > 7 dni w oddziale udarowym (5.51.01.0001051)		2011	2010	2009
Liczba wystąpień		2 285	1 204	686
Średnia wartość hospitalizacji (zł)		12 457,70	12 311,16	12 383,18
Razem wydatki NFZ (zł)		28 465 844,50	14 822 636,64	8 494 861,48

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

3.1.3. Struktura wykonywanych procedur według ICD-10 w systemie JGP leczenia udaru mózgu w kategoriach procedur A48-A51 w latach 2009-2011

Na użytek tego raportu przeprowadzono analizę struktury wykonywanych kategorii procedur pod kątem rozpoznania ICD-10 oraz odsetka tych rozpoznań w całości finansowanych kategorii procedur A48-A51 w ramach statystyki JGP w latach 2009-2011.

3.1.3.1. Kategoria procedur A48 – Kompleksowe leczenie udarów mózgu powyżej 7 dni w oddziale udarowym

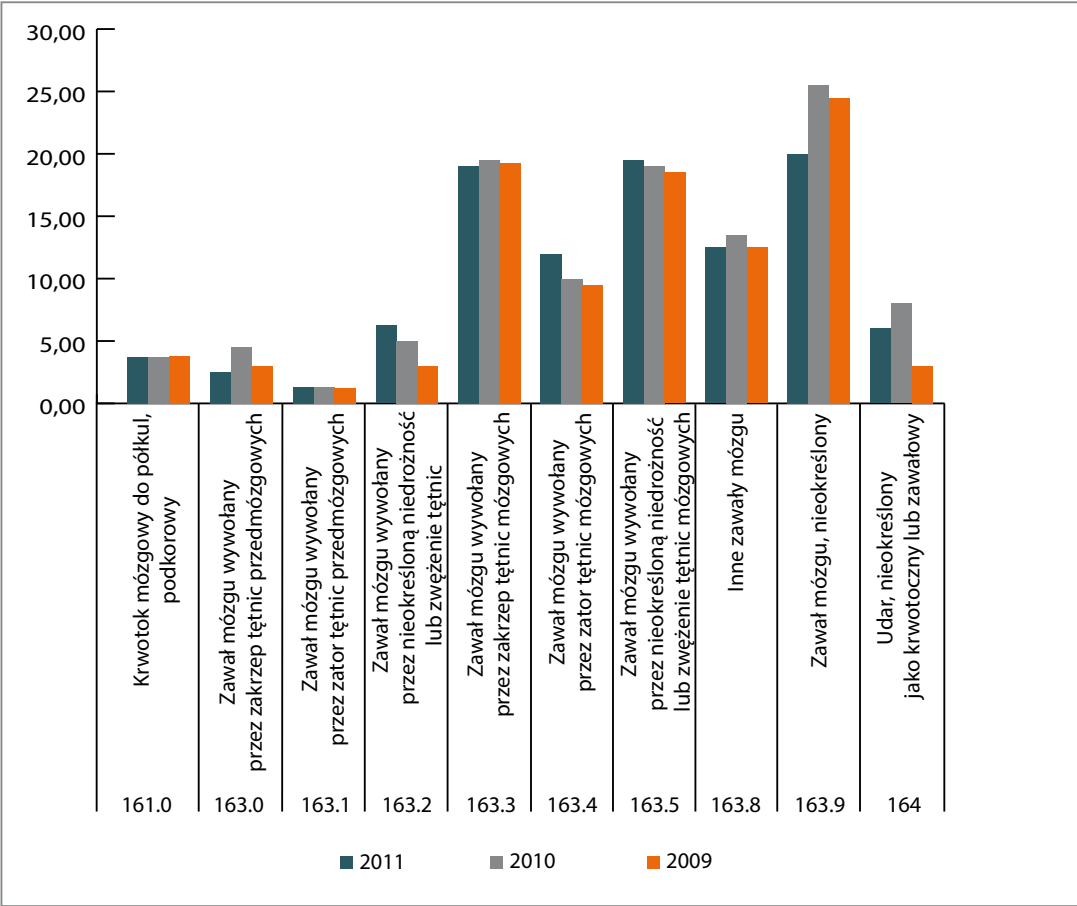
Najczęstszym rozpoznaniem w tej kategorii w klasyfikacji ICD-10 w latach 2009-2011 był „zawał mózgu, nieokreślony – ICD 163.9” (ponad 20 proc. wszystkich rozpoznań), następnie „zawał mózgu wywołany przez nieokreśloną niedrożność lub zwężenie tętnic mózgowych – ICD 163.5” (około 20 proc.) oraz „zawał mózgu wywołany przez zakrzep tętnic mózgowych – ICD 163.3” (około 19 proc.). Szczegółowo przedstawiają to tabela nr 8 oraz wykres nr 3.

Tabela 8. Odsetek procedur według ICD-10 w ramach kategorii procedur: A48 – Kompleksowe leczenie udarów mózgu > 7 dni w oddziale udarowym finansowanych przez NFZ w ramach JGP w latach 2009-2011

A48 - Kompleksowe leczenie udarów mózgu > 7 dni w oddziale udarowym		2011	2010	2009
ICD 10	Kody dodatkowe listy A48	Udział proc.	Udział proc.	Udział proc.
I61.0	Krwotok mózgowy do półkul, podkorowy	3,62	3,61	3,82
I63.0	Zawał mózgu wywołany przez zakrzep tętnic przedmózgowych	2,42	4,48	3,10
I63.1	Zawał mózgu wywołany przez zator tętnic przedmózgowych	1,31	1,35	1,09
I63.2	Zawał mózgu wywołany przez nieokreśloną niedrożność lub zwężenie tętnic przedmózgowych	5,17	4,85	3,48
I63.3	Zawał mózgu wywołany przez zakrzep tętnic mózgowych	18,50	19,52	19,10
I63.4	Zawał mózgu wywołany przez zator tętnic mózgowych	11,47	10,26	9,48
I63.5	Zawał mózgu wywołany przez nieokreśloną niedrożność lub zwężenie tętnic mózgowych	19,73	19,08	18,56
I63.8	Inne zawały mózgu	11,90	13,59	12,38
I63.9	Zawał mózgu, nieokreślony	20,00	25,50	24,37
I64	Udar, nieokreślony jako krwotoczny lub zawałowy	5,88	8,56	3,00

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Wykres 3. Odsetek procedur według ICD-10 w ramach kategorii procedur: A48 – Kompleksowe leczenie udarów mózgu > 7 dni w oddziale udarowym finansowanych przez NFZ w ramach JGP w latach 2009-2011



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

3.1.3.2. Kategoria procedur A49 – Udar mózgu – leczenie > 3 dni

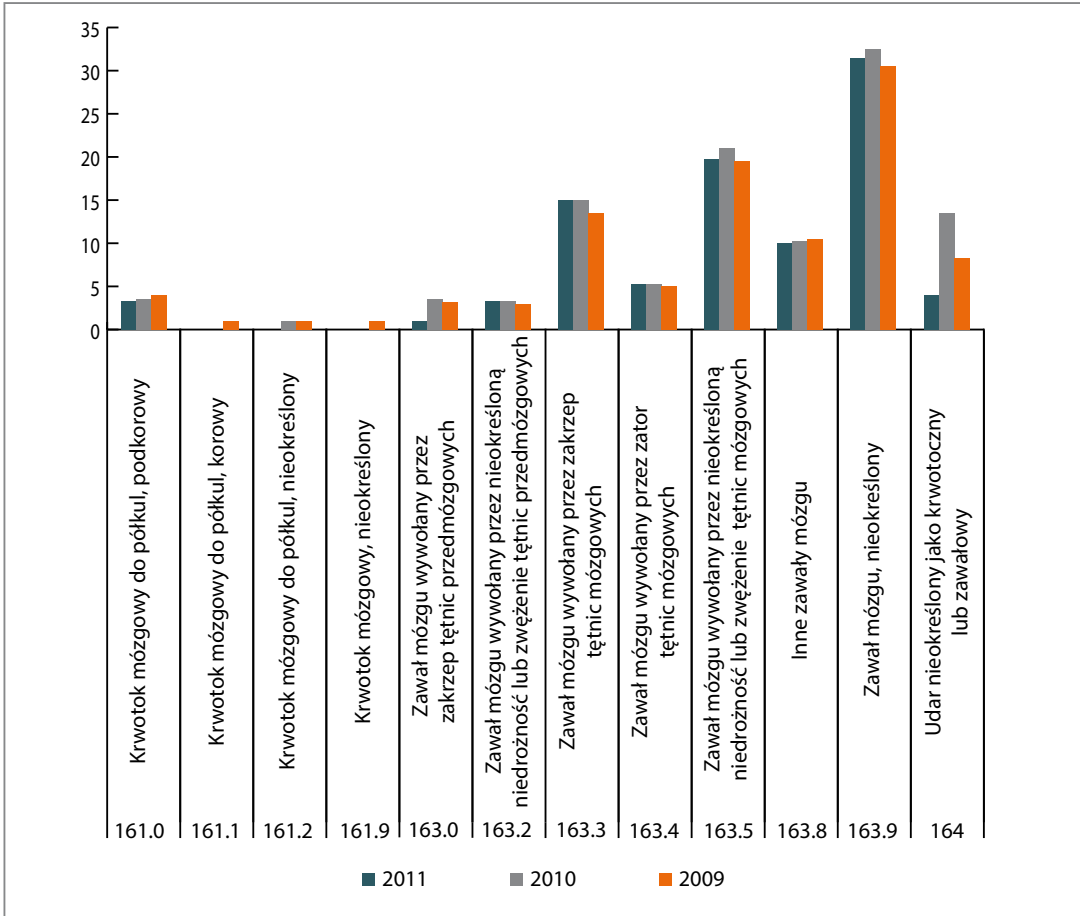
Najczęstszym rozpoznaniem w tej kategorii w klasyfikacji ICD-10 w latach 2009-2011 był „zawał mózgu, nieokreślony – ICD 163.9” (ponad 30 proc. wszystkich rozpoznań), następnie „zawał mózgu wywołany przez nieokreśloną niedrożność lub zwężenie tętnic mózgowych – ICD 163.5” (około 20 proc. rozpoznań) oraz „zawał mózgu wywołany przez zakrzep tętnic mózgowych – ICD 163.3” (około 15 proc. rozpoznań). Szczegółowo przedstawiają to tabela nr 9 i wykres nr 4.

Tabela 9. Odsetek procedur według ICD-10 w ramach kategorii procedur: A49 – Udar mózgu – leczenie > 3 dni finansowanych przez NFZ w ramach JGP w latach 2009-2011

A49 - Udar mózgu - leczenie > 3 dni		2011	2010	2009
ICD 10	Kody dodatkowe listy A48	Udział proc.	Udział proc.	Udział proc.
I61.0	Krwotok mózgowy do półkul, podkorowy	2,85	3,11	3,72
I61.1	Krwotok mózgowy do półkul, korowy			1,12
I61.2	Krwotok mózgowy do półkul, nieokreślony		1,13	1,1
I61.9	Krwotok mózgowy, nieokreślony			1,05
I63.0	Zawał mózgu wywołany przez zakrzep tętnic przedmózgowych	1,17	3,3	2,7
I63.2	Zawał mózgu wywołany przez nieokreśloną niedrożność lub zwężenie tętnic przedmózgowych	3,02	2,98	2,42
I63.3	Zawał mózgu wywołany przez zakrzep tętnic mózgowych	15,28	15,2	13,42
I63.4	Zawał mózgu wywołany przez zator tętnic mózgowych	5,33	5,44	5,07
I63.5	Zawał mózgu wywołany przez nieokreśloną niedrożność lub zwężenie tętnic mózgowych	19,75	20,94	19,36
I63.8	Inne zawały mózgu	10,98	11,35	11,74
I63.9	Zawał mózgu, nieokreślony	31,57	32,21	30,84
I64	Udar, nieokreślony jako krwotoczny lub zawałowy	3,96	13,35	8

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Wykres 4. Odsetek procedur według ICD-10 w ramach kategorii procedur: A49 – Udar mózgu – leczenie > 3 dni finansowanych przez NFZ w ramach JGP w latach 2009-2011



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

3.1.3.3. Kategoria procedur A50 – Udar mózgu – leczenie

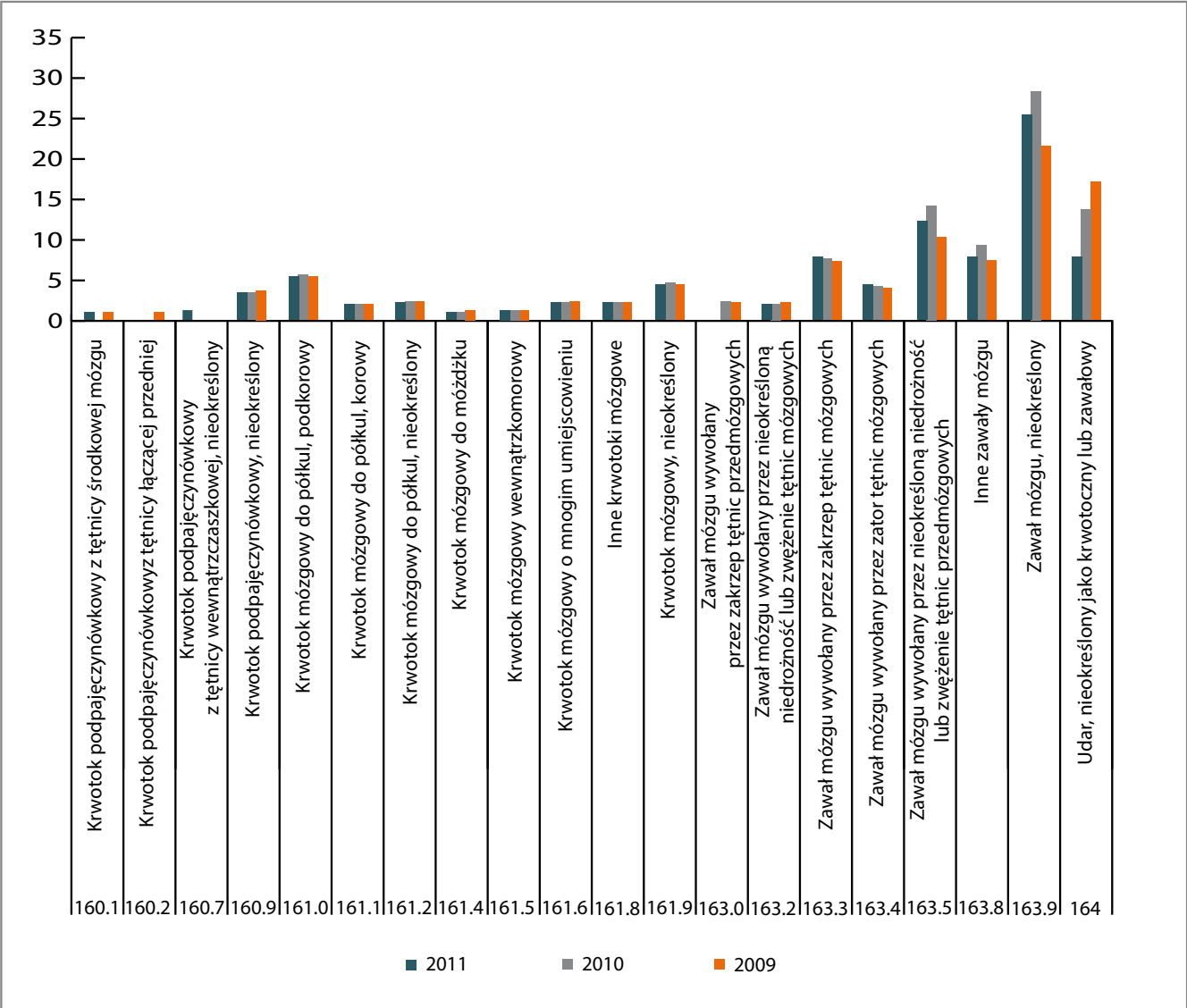
Najczęstszym rozpoznaniem w tej kategorii w klasyfikacji ICD-10 w latach 2009-2011 był „zawał mózgu, nieokreślony – ICD 163.9” (ponad 25 proc. wszystkich rozpoznań), następnie „zawał mózgu wywołany przez nieokreśloną niedrożność lub zwężenie tętnic mózgowych – ICD 163.5” (około 12 proc. rozpoznań) oraz „zawał mózgu wywołany przez zakrzep tętnic mózgowych – ICD 163.3” (około 8 proc. rozpoznań) i „inne zawały mózgu – ICD 163.8” (około 8 proc. rozpoznań). Szczegółowo przedstawiają to tabela nr 10 i wykres nr 5.

Tabela 10. Odsetek procedur według ICD-10 w ramach kategorii procedur: A50 – Udar mózgu – leczenie finansowanych przez NFZ w ramach JGP w latach 2009-2011

A50 - Udar mózgu - leczenie		2011	2010	2009
ICD 10	Kody listy kierunkowej	Udział proc.	Udział proc.	Udział proc.
I60.1	Krwotok podpajęczynówkowy z tętnicy środkowej mózgu	1		1
I60.2	Krwotok podpajęczynówkowy z tętnicy łączącej przedniej			1,09
I60.7	Krwotok podpajęczynówkowy z tętnicy wewnątrzczaszkowej, nieokreślony	1,49		
I60.9	Krwotok podpajęczynówkowy, nieokreślony	2,49	2,49	2,98
I61.0	Krwotok mózgowy do półkul, podkorowy	7,11	7,32	7
I61.1	Krwotok mózgowy do półkul, korowy	1,95	1,96	1,9
I61.2	Krwotok mózgowy do półkul, nieokreślony	2,19	2,43	2,54
I61.4	Krwotok mózgowy do móżdżku	1,04	1	1,1
I61.5	Krwotok mózgowy wewnątrzkomorowy	1,27	1,25	1,28
I61.6	Krwotok mózgowy o mnogim umiejscowieniu	2,16	1,9	2,49
I61.8	Inne krwotoki mózgowe	1,86	1,87	1,92
I61.9	Krwotok mózgowy, nieokreślony	3,41	3,83	3,21
I63.0	Zawał mózgu wywołany przez zakrzep tętnic przedmózgowych		2,51	1,84
I63.2	Zawał mózgu wywołany przez nieokreśloną niedrożność lub zwężenie tętnic przedmózgowych	1,23	1,39	1,61
I63.3	Zawał mózgu wywołany przez zakrzep tętnic mózgowych	8,11	7,88	7,24
I63.4	Zawał mózgu wywołany przez zator tętnic mózgowych	4,22	4,03	3,39
I63.5	Zawał mózgu wywołany przez nieokreśloną niedrożność lub zwężenie tętnic mózgowych	12,06	14,45	10,71
I63.8	Inne zawały mózgu	8,39	9,65	7,22
I63.9	Zawał mózgu, nieokreślony	26,16	28,9	22,01
I64	Udar, nieokreślony, jako krwotoczny lub zawałowy	7,8	14,15	17,31

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Wykres 5. Odsetek procedur według ICD-10 w ramach kategorii procedur: A50 – Udar mózgu – leczenie finansowanych przez NFZ w ramach JGP w latach 2009-2011



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

3.1.3.4. Kategoria procedur A51 – Udar mózgu – leczenie trombolityczne > 7 dni w oddziale udarowym

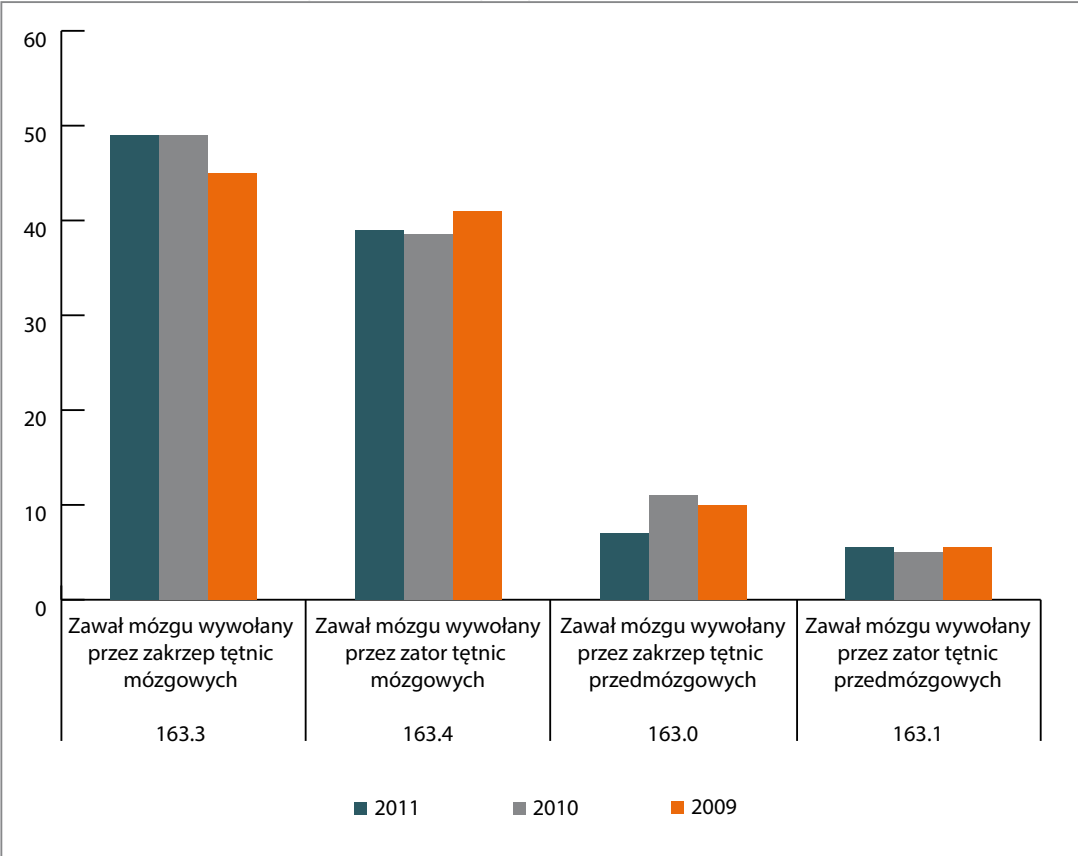
Najczęstszym rozpoznaniem w tej kategorii w klasyfikacji ICD-10 w latach 2009-2011 był „zawał mózgu wywołany przez zakrzep tętnic mózgowych – ICD 163.3” (około 50 proc. rozpoznań) oraz „zawał mózgu wywołany przez zator tętnic mózgowych – ICD 163.4” (około 40 proc. rozpoznań). Szczegółowo przedstawiają to tabela nr 11 i wykres nr 6.

Tabela 11. Odsetek procedur według ICD-10 w ramach kategorii procedur: A51 – Udar mózgu – leczenie trombolityczne > 7 dni w oddziale udarowym finansowanych przez NFZ w ramach JGP w latach 2009-2011

A51 - Udar mózgu - leczenie trombolityczne > 7 dni w oddziale udarowym		2011	2010	2009
ICD 10	Kody dodatkowe listy A51	Udział proc.	Udział proc.	Udział proc.
I63.3	Zawał mózgu wywołany przez zakrzep tętnic mózgowych	48,67	48,67	44,17
I63.4	Zawał mózgu wywołany przez zator tętnic mózgowych	38,91	38,37	41,11
I63.0	Zawał mózgu wywołany przez zakrzep tętnic przedmózgowych	7,31	10,96	10,35
I63.1	Zawał mózgu wywołany przez zator tętnic przedmózgowych	5,12	4,9	5,25

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Wykres 6. Odsetek procedur według ICD-10 w ramach kategorii procedur: A51 – Udar mózgu – leczenie trombolityczne > 7 dni w oddziale udarowym finansowanych przez NFZ w ramach JGP w latach 2009-2011



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

3.1.4. Analiza liczby wystąpień oraz średniej wartości hospitalizacji w ramach systemu JGP tytułem leczenia udaru mózgu w rozbiciu na poszczególne kategorie procedur A48-A51 w latach 2009-2011 według oddziałów wojewódzkich NFZ

Poniżej przedstawiono wyniki analizy liczby wystąpień oraz średniej wartości hospitalizacji w ramach systemu JGP tytułem leczenia udaru mózgu w rozbiciu na poszczególne kategorie procedur A48-A51 w latach 2009-2011 według oddziałów wojewódzkich NFZ.

3.1.4.1. A48 – Kompleksowe leczenie udarów mózgu > 7 dni w oddziale udarowym

Pod względem liczby wystąpień kategorii procedur: A48 – Kompleksowe leczenie udarów mózgu > 7 dni w oddziale udarowym w latach 2009-2011, pierwsze miejsce zajęły *ex aequo* województwa śląskie (6 682 wystąpień w 2011 roku) i mazowieckie (6 569). Następnymi w klasyfikacji były województwa: pomorskie (3 559), lubelskie (3 231) i kujawsko-pomorskie (3 029 wystąpień w 2011 roku). Najmniej kategorii procedur wykonano w 2011 roku w województwach: lubuskim (949), podlaskim (1 062), opolskim (1 107) oraz zachodniopomorskim (1 103 wystąpień w 2011 roku). Najwyższa średnia wartość hospitalizacji wystąpiła w województwach: lubelskim (8 604,42 zł w 2011 roku) oraz zachodniopomorskim (8 574,38 zł). Najmniej płacono za hospitalizację w województwach: kujawsko-pomorskim (8 292,71 zł), warmińsko-mazurskim (8 292,12 zł) oraz opolskim (8 262,00 zł). Szczegółowe zestawienie przedstawia tabela nr 12.

Tabela 12. Liczba wystąpień oraz średnia wartość hospitalizacji w ramach systemu JGP tytułem leczenia udaru mózgu w kategorii procedur: A48 – Kompleksowe leczenie udarów mózgu > 7 dni w oddziale udarowym w latach 2009-2011 według oddziałów wojewódzkich NFZ

A48 - Kompleksowe leczenie udarów mózgu > 7 dni w oddziale udarowym							
Nr	Nazwa OW NFZ	2011		2010		2009	
		Liczba wystąpień	Średnia wartość hospitalizacji w zł	Liczba wystąpień	Średnia wartość hospitalizacji w zł	Liczba wystąpień	Średnia wartość hospitalizacji w zł
1	Dolnośląski	2 307	4 002,78	2 409	4 040,90	3 368	3 895,38
2	Kujawsko-Pomorski	835	3 989,30	1 103	3 993,95	1 551	3 974,61
3	Lubelski	1 661	4 184,83	1 745	4 149,00	2 160	4 149,79
4	Lubuski	1 208	4 057,30	1 381	4 059,30	1 173	4 179,35
5	Łódzki	3 695	4 061,55	3 506	4 036,27	5 335	4 022,79
6	Małopolski	3 400	4 055,22	3 196	3 917,04	4 448	4 041,06
7	Mazowiecki	3 265	4 027,66	3 425	4 086,03	4 048	4 034,34
8	Opolski	1 054	3 946,39	1 243	3 848,29	1 410	3 973,84
9	Podkarpacki	1 874	4 067,86	2 069	4 074,90	2 479	4 075,95
10	Podlaski	1 361	4 068,35	1 165	4 081,79	1 362	3 930,38
11	Pomorski	940	4 037,46	1 102	3 996,21	1 115	3 963,79
12	Śląski	2 948	4 076,89	3 142	4 036,66	4 889	4 055,77
13	Świętokrzyski	789	3 943,55	768	3 925,30	1 090	3 963,52
14	Warmińsko-Mazurski	1 284	3 968,46	1 352	3 951,23	1 788	3 922,73
15	Wielkopolski	2 979	4 022,94	2 835	4 036,16	4 357	3 919,81
16	Zachodniopomorski	1 834	4 009,65	1 977	4 016,67	2 326	3 970,59
	Średnia wartość jednostkowa dla Polski	4 041,54 zł					

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

3.1.4.2. A49 – Udar mózgu – leczenie > 3 dni

Pod względem liczby wystąpień kategorii procedur: A49 – Udar mózgu – leczenie > 3 dni w latach 2009-2011, w czołówce uplasowały się województwa: łódzkie (3 695 wystąpień w 2011 roku), małopolskie (3 400) i mazowieckie (3 265), wielkopolskie (2 979) i śląskie (2 948). Najmniej kategorii procedur wykonano w 2011 roku w województwach: świętokrzyskim (789), kujawsko-pomorskim (835) oraz pomorskim (940 wystąpień w 2011 roku). Najwyższa średnia wartość hospitalizacji wystąpiła w województwach: lubelskim (4 184,83 zł w 2011 roku) oraz śląskim (4 076,89 zł). Najmniej płacono za hospitalizacje w województwach: opolskim (3 946,39 zł) i świętokrzyskim (3 943,55 zł). Szczegółowe zestawienie przedstawia tabela nr 13.

Tabela 13. Liczba wystąpień oraz średnia wartość hospitalizacji w ramach systemu JGP tytułem leczenia udaru mózgu w kategorii procedur: A49 – Udar mózgu – leczenie > 3 dni, w latach 2009-2011 według oddziałów wojewódzkich NFZ

A49 - Udar mózgu - leczenie > 3 dni							
Nr	Nazwa OW NFZ	2011		2010		2009	
		Liczba wystąpień	Średnia wartość hospitalizacji w zł	Liczba wystąpień	Średnia wartość hospitalizacji w zł	Liczba wystąpień	Średnia wartość hospitalizacji w zł
1	Dolnośląski	2 307	4 002,78	2 409	4 040,90	3 368	3 895,38
2	Kujawsko-Pomorski	835	3 989,30	1 103	3 993,95	1 551	3 974,61
3	Lubelski	1 661	4 184,83	1 745	4 149,00	2 160	4 149,79
4	Lubuski	1 208	4 057,30	1 381	4 059,30	1 173	4 179,35
5	Łódzki	3 695	4 061,55	3 506	4 036,27	5 335	4 022,79
6	Małopolski	3 400	4 055,22	3 196	3 917,04	4 448	4 041,06
7	Mazowiecki	3 265	4 027,66	3 425	4 086,03	4 048	4 034,34
8	Opolski	1 054	3 946,39	1 243	3 848,29	1 410	3 973,84
9	Podkarpacki	1 874	4 067,86	2 069	4 074,90	2 479	4 075,95
10	Podlaski	1 361	4 068,35	1 165	4 081,79	1 362	3 930,38
11	Pomorski	940	4 037,46	1 102	3 996,21	1 115	3 963,79
12	Śląski	2 948	4 076,89	3 142	4 036,66	4 889	4 055,77
13	Świętokrzyski	789	3 943,55	768	3 925,30	1 090	3 963,52
14	Warmińsko-Mazurski	1 284	3 968,46	1 352	3 951,23	1 788	3 922,73
15	Wielkopolski	2 979	4 022,94	2 835	4 036,16	4 357	3 919,81
16	Zachodniopomorski	1 834	4 009,65	1 977	4 016,67	2 326	3 970,59
	Średnia wartość jednostkowa dla Polski	4 041,54 zł					

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

3.1.4.3. A50 – Udar mózgu – leczenie

Pod względem liczby wystąpień kategorii procedur: A50 – Udar mózgu – leczenie w latach 2009-2011 przodowały województwa: śląskie (2 160 wystąpień w 2011 roku), łódzkie (2 127) i mazowieckie (2 099). Najmniej kategorii procedur wykonano w 2011 roku w województwach: zachodniopomorskim (522) oraz opolskim (507). Najwyższa średnia wartość hospitalizacji wystąpiła w województwach: małopolskim (1 969,16 zł w 2011 roku), lubelskim (1 965,12 zł) oraz pomorskim (1 961,16 zł). Najmniej płacono za hospitalizacje w województwach: opolskim (1 895,30 zł) i podlaskim (1 895,82 zł). Szczegółowe zestawienie przedstawia tabela nr 14.

Tabela 14. Liczba wystąpień oraz średnia wartość hospitalizacji w ramach systemu JGP tytułem leczenia udaru mózgu w kategorii procedur: A50 – Udar mózgu – leczenie w latach 2009-2011 według oddziałów wojewódzkich NFZ

A50 - Udar mózgu - leczenie							
Nr	Nazwa OW NFZ	2011		2010		2009	
		Liczba wystąpień	Średnia wartość hospitalizacji w zł	Liczba wystąpień	Średnia wartość hospitalizacji w zł	Liczba wystąpień	Średnia wartość hospitalizacji w zł
1	Dolnośląski	1582	1 934,00	1726	1 936,61	1348	1 818,52
2	Kujawsko-Pomorski	654	1 907,35	758	1 892,18	592	1 896,30
3	Lubelski	857	1 965,12	950	2 018,04	763	1 904,65
4	Lubuski	552	1 923,79	467	1 891,00	414	1 853,90
5	Łódzki	2127	1 939,22	2632	1 969,64	1315	1 907,84
6	Małopolski	1324	1 969,16	1690	1 877,96	955	1 917,60
7	Mazowiecki	2099	1 935,26	2143	1 969,53	1597	1 909,30
8	Opolski	507	1 895,30	552	1 862,23	442	1 890,12
9	Podkarpacki	791	1 907,31	1017	1 971,10	693	1 903,78
10	Podlaski	659	1 895,82	729	1 969,43	595	1 763,45
11	Pomorski	588	1 961,16	726	1 937,14	579	1 869,63
12	Śląski	2160	1 951,95	2287	1 959,85	1517	1 900,10
13	Świętokrzyski	639	1 902,80	822	1 875,58	578	1 896,18
14	Warmińsko-Mazurski	624	1 904,69	731	1 878,95	512	1 845,06
15	Wielkopolski	1509	1 907,68	1939	1 940,54	849	1 844,99
16	Zachodniopomorski	522	1 918,07	526	1 949,25	485	1 936,21
	Średnia wartość jednostkowa dla Polski	1 932,05 zł					

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

3.1.4.4. A51 – Udar mózgu – leczenie trombolityczne > 7 dni w oddziale udarowym

Pod względem liczby wystąpień kategorii procedur: A51 – Udar mózgu – leczenie trombolityczne > 7 dni w oddziale udarowym w latach 2009-2011, w czołówce uplasowały się województwa: mazowieckie (369 wystąpień w 2011 roku), wielkopolskie (272) oraz śląskie (234). Najmniej tej kategorii procedur wykonano w 2011 roku w województwach łódzkim (42) oraz lubuskim (17). Najwyższa średnia wartość hospitalizacji wystąpiła w województwach zachodniopomorskim (12 634,50 zł) oraz pomorskim (12 626,25 zł). Najmniej płacono za hospitalizację (12 342,00 zł) w województwach: opolskim, małopolskim, warmińsko-mazurskim oraz łódzkim. Szczegółowe zestawienie przedstawia tabela nr 15.

Tabela 15. Liczba wystąpień oraz średnia wartość hospitalizacji w ramach systemu JGP tytułem leczenia udaru mózgu w kategorii procedur: A51 – Udar mózgu – leczenie trombolityczne > 7 dni w oddziale udarowym, w latach 2009-2011 według oddziałów wojewódzkich NFZ

A51 - Udar mózgu - leczenie trombolityczne > 7 dni w oddziale udarowym							
Nr	Nazwa OW NFZ	2011		2010		2009	
		Liczba wystąpień	Średnia wartość hospitalizacji w zł	Liczba wystąpień	Średnia wartość hospitalizacji w zł	Liczba wystąpień	Średnia wartość hospitalizacji w zł
1	Dolnośląski	131	12 433,10	81	12 364,67	32	12 361,13
2	Kujawsko-Pomorski	121	12 369,82	72	12 342,00	47	12 342,00
3	Lubelski	55	12 564,55	12	12 367,50	16	12 973,13
4	Lubuski	17	12 468,00	5	12 342,00	4	12 342,00
5	Łódzki	42	12 342,00	15	12 342,00	6	12 342,00
6	Małopolski	113	12 342,00	34	10 107,75	5	12 342,00
7	Mazowiecki	369	12 478,00	251	12 387,11	155	12 401,23
8	Opolski	175	12 342,00	97	12 342,00	60	12 342,00
9	Podkarpacki	144	12 382,38	73	12 463,56	28	13 336,50
10	Podlaski	84	12 498,64	22	12 467,18	7	10 931,49
11	Pomorski	197	12 626,25	101	12 240,40	79	12 263,81
12	Śląski	234	12 472,77	112	12 525,05	52	12 400,85
13	Świętokrzyski	146	12 417,45	90	12 227,84	101	12 363,21
14	Warmińsko-Mazurski	49	12 342,00	27	12 432,67	20	12 342,00
15	Wielkopolski	272	12 445,50	140	12 359,49	49	12 165,69
16	Zachodniopomorski	136	12 634,50	72	12 465,25	25	12 342,00
	Średnia wartość jednostkowa dla Polski	12 457,70 zł					

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

3.2. Finansowanie neurologii – hospitalizacji A48, A51 (leczenie w oddziale udarowym)

Zgodnie z definicją NFZ świadczenia wykonywane w trybie hospitalizacji to całodobowe udzielanie świadczeń gwarantowanych w trybie planowym albo nagłym, obejmujące proces diagnostyczno-terapeutyczny oraz proces pielęgnowania i rehabilitacji, od chwili przyjęcia świadczeniobiorcy do szpitala do jego wypisu albo zgonu.

Narodowy Fundusz Zdrowia na 2013 r. (stan na 31 marca 2013 r.) zawarł umowy na świadczenia w ramach neurologii – hospitalizacji A48, A51 (leczenie w oddziale udarowym) z 164 świadczeniodawcami. Najwięcej świadczeniodawców zawarło umowy w województwach: śląskim (25), mazowieckim (21) i lubelskim (14), zaś najmniej w województwach: opolskim (2), lubuskim (4) oraz podlaskim (5).

Tabela 16. Liczba świadczeniodawców, którzy podpisali w 2013 r. umowy w zakresie neurologii – hospitalizacji A48, A51 (leczenie w oddziale udarowym)

Nr OW NFZ	Nazwa OW NFZ	Liczba świadczeniodawców
01	Dolnośląski	10
02	Kujawsko-Pomorski	8
03	Lubelski	14
04	Lubuski	4
05	Łódzki	10
06	Małopolski	10
07	Mazowiecki	21
08	Opolski	2
09	Podkarpacki	12
10	Podlaski	5
11	Pomorski	11
12	Śląski	25
13	Świętokrzyski	7
14	Warmińsko-Mazurski	6
15	Wielkopolski	12
16	Zachodniopomorski	7
Razem		164

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Wartość umów zawartych przez NFZ ze świadczeniodawcami w 2013 r. wynosi ponad 409 mln zł. Umowy o największej wartości zawarły oddziały wojewódzkie NFZ ze świadczeniodawcami w województwach: śląskim (66 mln zł), mazowieckim (53 mln zł) oraz pomorskim (33 mln zł). Umowy o najniższej wartości podpisano w województwach: opolskim (11 mln zł), lubuskim (12 mln zł) oraz zachodniopomorskim (13 mln zł).

Tabela 17. Wartość umów w 2013 r. na świadczenia w zakresie neurologii – hospitalizacji A48, A51 (leczenie w oddziale udarowym)

Nr OW NFZ	Nazwa OW NFZ	Wartości kontraktów w zł
01	Dolnośląski	26 293 384,00
02	Kujawsko-Pomorski	27 228 864,00
03	Lubelski	27 279 980,00
04	Lubuski	11 686 584,00
05	Łódzki	15 951 807,00
06	Małopolski	19 769 464,00
07	Mazowiecki	53 219 140,00
08	Opolski	11 513 840,00
09	Podkarpacki	21 140 652,00
10	Podlaski	15 222 584,00
11	Pomorski	32 584 396,00
12	Śląski	66 213 182,00
13	Świętokrzyski	20 907 030,00
14	Warmińsko-Mazurski	15 096 900,00
15	Wielkopolski	32 509 360,00
16	Zachodniopomorski	13 011 544,00
Razem		409 628 711,00

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ¹.

Najwyższe wartości umów w kraju w tym zakresie posiadają następujące podmioty (świadczeniodawcy):

- Wojewódzki Specjalistyczny Zespół Neuropsychiatryczny im. św. Jadwigi w Opolu – 11,2 mln zł, tj. 2,74 proc. łącznej wartości wszystkich umów w tym zakresie;
- Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. NMP w Częstochowie – 8,8 mln zł, tj. 2,15 proc. łącznej wartości wszystkich umów w tym zakresie;
- Wojewódzki Szpital Zespolony w Kielcach – 7,1 mln zł, tj. 1,74 proc. łącznej wartości wszystkich umów w tym zakresie.

Dostępność do świadczeń definiowana jest jako zespół czynników decydujących o możliwości uzyskania świadczenia opieki zdrowotnej w danym czasie i miejscu.

Na ocenę dostępności pacjentów do świadczeń z zakresu neurologii – hospitalizacji A48, A51 istotny wpływ ma ilość środków przeznaczonych przez oddział wojewódzki NFZ na jednego ubezpieczonego w danym województwie (tzw. wartość *per capita*).

Na podstawie tego wskaźnika najlepsza dostępność pacjentów do świadczeń z tego zakresu występuje w województwach: świętokrzyskim (16,32 zł), pomorskim (14,3 zł) oraz śląskim (14,3 zł), zaś najmniejsza w małopolskim (5,92 zł), łódzkim (6,28 zł) i zachodniopomorskim (7,55 zł).

Tabela 18. Wartość umów *per capita* w 2013 r. na świadczenia w zakresie neurologii – hospitalizacji A48, A51

Nr OW NFZ	Nazwa OW NFZ	Wartości kontraktów w zł	Liczba ludności 2011 – GUS	Wartość kontraktu <i>per capita</i> w zł
01	Dolnośląski	26 293 384,00	2 915 200,00	9,02
02	Kujawsko-Pomorski	27 228 864,00	2 097 600,00	12,98
03	Lubelski	27 279 980,00	2 175 700,00	12,54
04	Lubuski	11 686 584,00	1 022 800,00	11,43
05	Łódzki	15 951 807,00	2 538 700,00	6,28
06	Małopolski	19 769 464,00	3 337 500,00	5,92
07	Mazowiecki	53 219 140,00	5 268 700,00	10,10
08	Opolski	11 513 840,00	1 016 200,00	11,33
09	Podkarpacki	21 140 652,00	2 127 300,00	9,94
10	Podlaski	15 222 584,00	1 202 400,00	12,66
11	Pomorski	32 584 396,00	2 276 200,00	14,32
12	Śląski	66 213 182,00	4 630 400,00	14,30
13	Świętokrzyski	20 907 030,00	1 280 700,00	16,32
14	Warmińsko-Mazurski	15 096 900,00	1 452 100,00	10,40
15	Wielkopolski	32 509 360,00	3 447 400,00	9,43
16	Zachodniopomorski	13 011 544,00	1 722 900,00	7,55
Razem		409 628 711,00	38 511 800,00	10,64

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

W zdecydowanej większości przypadków świadczenia te zostały zakontraktowane w cenie jednostkowej 52 zł za 1 punkt rozliczeniowy.

Jednak w sześciu przypadkach (na 163 świadczeniodawców) umowy zostały zawarte na niższą niż „ogólnopolska” cenę punktu rozliczeniowego (52 zł).

Ta sytuacja dotyczy niektórych świadczeniodawców z województwa łódzkiego, śląskiego i świętokrzyskiego. Szczegółowe dane zostały przedstawione w tabeli nr 19.

¹ http://www.stat.gov.pl/gus/5840_13164_PLK_HTML.htm

Tabela 19. Świadczeniodawcy o średniej wartości punktu rozliczeniowego poniżej 52 zł w zakresie neurologii – hospitalizacji A48, A51 (leczenie w oddziale udarowym)

OW NFZ	Nazwa świadczeniodawcy	Miasto	Średnia cena za punkt w zł
Łódzki	Centrum Dializa sp. z o.o.	Sosnowiec	51,5
	SPZOZ im. kard. Stefana Wyszyńskiego w Sieradzu	Sieradz	51,3
	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. M. Kopernika w Łodzi	Łódź-Górna	51
	Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1 im. prof. Stanisława Szyszko SUM w Katowicach	Zabrze	51,5
Śląski	Szpital Pszczyna	Pszczyna	50
Świętokrzyski	Powiatowy Zakład Opieki Zdrowotnej - Starachowice	Starachowice	51
	Zespół Opieki Zdrowotnej w Skarżysku-Kamiennej	Skarżysko-Kamienna	51

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

3.3. Finansowanie rehabilitacji neurologicznej

Świadczenia rehabilitacji neurologicznej w warunkach stacjonarnych przeznaczone są dla świadczeniobiorców ze wszystkich grup wiekowych ze schorzeniami neurologicznymi, którzy ze względu na kontynuację leczenia wymagają stosowania kompleksowych czynności rehabilitacyjnych oraz całodobowego nadzoru medycznego. Rehabilitacja neurologiczna zawiera aspekty znacznie szersze niż rehabilitacja poudarowa. Autorzy nie mieli możliwości wyodrębnienia w analizie tylko części kosztów i świadczeń związanych z rehabilitacją poudarową. Można estymować, że ok. 60 proc. całości rehabilitacji neurologicznej związane jest z rehabilitacją poudarową.

Narodowy Fundusz Zdrowia na 2013 r. (stan na 31 marca 2013 r.) zawarł umowy na świadczenia w ramach rehabilitacji neurologicznej z 181 świadczeniodawcami. Najwięcej świadczeniodawców zawarło umowy w województwach: mazowieckim (31), śląskim (18) i małopolskim (17), zaś najmniej w: lubuskim (5), opolskim (5) oraz podlaskim (6) i świętokrzyskim (6).

Tabela 20. Liczba świadczeniodawców, którzy podpisali w 2013 r. umowy w zakresie rehabilitacji neurologicznej

Nr OW NFZ	Nazwa OW NFZ	Liczba świadczeniodawców
01	Dolnośląski	16
02	Kujawsko-Pomorski	10
03	Lubelski	13
04	Lubuski	5
05	Łódzki	9
06	Małopolski	17
07	Mazowiecki	31
08	Opolski	5
09	Podkarpacki	9
10	Podlaski	6
11	Pomorski	7
12	Śląski	18
13	Świętokrzyski	6
14	Warmińsko-Mazurski	10
15	Wielkopolski	12
16	Zachodniopomorski	7
Razem		181

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Wartość umów zawartych przez NFZ ze świadczeniodawcami w 2013 r. wynosi ponad 260 mln zł. Umowy o największej wartości zawarły oddziały wojewódzkie NFZ ze świadczeniodawcami w województwach: mazowieckim (49 mln zł), śląskim (42 mln zł) oraz małopolskim (28 mln zł). Z kolei umowy o najniższej wartości podpisano w województwach: pomorskim (6 mln zł), świętokrzyskim (6 mln zł) oraz podlaskim (7 mln zł).

Tabela 21. Wartość umów w 2013 r. na świadczenia w zakresie rehabilitacji neurologicznej

Nr OW NFZ	Nazwa OW NFZ	Wartości kontraktów w zł
01	Dolnośląski	21 733 478,43
02	Kujawsko-Pomorski	8 984 109,12
03	Lubelski	9 816 822,00
04	Lubuski	9 220 099,70
05	Łódzki	10 463 060,89
06	Małopolski	27 653 442,43
07	Mazowiecki	48 789 707,00
08	Opolski	9 122 422,54
09	Podkarpacki	13 965 946,74
10	Podlaski	7 300 570,44
11	Pomorski	6 236 489,90
12	Śląski	42 367 581,00
13	Świętokrzyski	6 464 642,10
14	Warmińsko-Mazurski	11 616 320,55
15	Wielkopolski	21 399 755,60
16	Zachodniopomorski	9 254 523,09
Razem		264 388 971,53

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Najwyższe wartości umów w kraju w tym zakresie posiadają następujące podmioty (świadczeniodawcy):

- SPZOZ „Repty” Górnośląskie Centrum Rehabilitacji w Tarnowskich Górach – 19,1 mln zł, tj. 7,23 proc. łącznej wartości wszystkich umów w tym zakresie;
- Boni Fraters Marysiniensis sp. z o.o. Szpital Zakonu Bonifratrów św. Benedykta Menni w Piaskach – 5,8 mln zł, tj. 2,2 proc. łącznej wartości wszystkich umów w tym zakresie;
- Szpital Grochowski im. dr. med. Rafała Masztaka SPZOZ w Warszawie – 4,3 mln zł, tj. 1,6 proc. łącznej wartości wszystkich umów w tym zakresie.

Dostępność do świadczeń definiowana jest jako zespół czynników decydujących o możliwości uzyskania świadczenia opieki zdrowotnej w danym czasie i miejscu.

Na ocenę dostępności pacjentów do świadczeń z zakresu rehabilitacji neurologicznej istotny wpływ ma ilość środków przeznaczonych przez oddział wojewódzki NFZ na jednego ubezpieczonego w danym województwie (tzw. wartość *per capita*).

Na podstawie tego wskaźnika najlepsza dostępność pacjentów do świadczeń z tego zakresu występuje w województwach: mazowieckim (9,26 zł), śląskim (9,15 zł) oraz lubuskim (9,01 zł), zaś najmniejsza w: pomorskim (2,74 zł), kujawsko-pomorskim (4,28 zł) i lubelskim (4,51 zł).

Tabela 22. Wartość umów *per capita* w 2013 r. na świadczenia w zakresie rehabilitacji neurologicznej

Nr OW NFZ	Nazwa OW NFZ	Wartości kontraktów w zł	Liczba ludności 2011 – GUS	Wartość kontraktu <i>per capita</i> w zł
01	Dolnośląski	21 733 478,43	2 915 200,00	7,46
02	Kujawsko-Pomorski	8 984 109,12	2 097 600,00	4,28
03	Lubelski	9 816 822,00	2 175 700,00	4,51
04	Lubuski	9 220 099,70	1 022 800,00	9,01
05	Łódzki	10 463 060,89	2 538 700,00	4,12
06	Małopolski	27 653 442,43	3 337 500,00	8,29
07	Mazowiecki	48 789 707,00	5 268 700,00	9,26
08	Opolski	9 122 422,54	1 016 200,00	8,98
09	Podkarpacki	13 965 946,74	2 127 300,00	6,57
10	Podlaski	7 300 570,44	1 202 400,00	6,07
11	Pomorski	6 236 489,90	2 276 200,00	2,74
12	Śląski	42 367 581,00	4 630 400,00	9,15
13	Świętokrzyski	6 464 642,10	1 280 700,00	5,05
14	Warmińsko-Mazurski	11 616 320,55	1 452 100,00	8,00
15	Wielkopolski	21 399 755,60	3 447 400,00	6,21
16	Zachodniopomorski	9 254 523,09	1 722 900,00	5,37
Razem		264 388 971,53	38 511 800,00	6,87

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ i GUS².

W zdecydowanej większości przypadków świadczenia te zostały zakontraktowane w cenie jednostkowej powyżej 1 zł za 1 punkt rozliczeniowy. Jednak w pięciu przypadkach (na 181 świadczeniodawców) umowy zostały zawarte na cenę poniżej 1 zł za punkt rozliczeniowy.

Ta sytuacja dotyczy świadczeniodawców z województwa kujawsko-pomorskiego i lubelskiego. Szczegółowe dane zostały przedstawione w tabeli nr 23. Na uwagę zasługuje również fakt, że w przypadku dwóch OW NFZ: Mazowieckiego i Śląskiego wszyscy świadczeniodawcy otrzymali jednakową cenę 1 zł za punkt rozliczeniowy. W pozostałych oddziałach wojewódzkich NFZ wartość punktu rozliczeniowego przekroczyła 1 zł.

Tabela 23. Świadczeniodawcy o średniej wartości punktu rozliczeniowego poniżej 1 zł w zakresie rehabilitacji neurologicznej

OW NFZ	Nazwa świadczeniodawcy	Miasto	Średnia cena za punkt w zł
Kujawsko-Pomorski	NZOZ „Solanki” Uzdrawisko Inowrocław - „Solanki” Uzdrawisko Inowrocław sp. z o.o.	Inowrocław	0,98
	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Droga Życia”	Mircze	0,9
	Samodzielny Publiczny Szpital Wojewódzki im. Papieża Jana Pawła II w Zamościu	Zamość	0,9
	Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Hrubieszowie	Hrubieszów	0,9
Lubelski	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Stefana Kard. Wyszyńskiego Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej	Lublin	0,9

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

3.4. Finansowanie oraz ocena dostępności do leczenia udarów w poszczególnych województwach

3.4.1. Województwo dolnośląskie

Charakterystyka województwa:

- W systemie JGP w 2011 roku średni koszt hospitalizacji wyniósł w ramach procedury:
 - A48: 8 401,59 zł (średnia dla Polski: 8 420,04 zł),
 - A49: 4 002,78 zł (średnia dla Polski: 4 041,54 zł),
 - A50: 1 934,00 zł (średnia dla Polski: 1 932,05 zł),
 - A51: 12 433,10 zł (średnia dla Polski: 12 457,70 zł).
- Dolnośląski Szpital Specjalistyczny im. T. Marciniaka – Centrum Medycyny Ratunkowej we Wrocławiu ma kontrakt o największej wartości w zakresie neurologii – hospitalizacji A48, A51 (4,6 mln zł) w województwie dolnośląskim.
- „Jolly Med” Szpital Rehabilitacyjny w Lubomierzu ma kontrakt o największej wartości w zakresie rehabilitacji neurologicznej (2,3 mln zł) w województwie dolnośląskim.

2 http://www.stat.gov.pl/gus/5840_13164_PLK_HTML.htm

Tabela 24. Dolnośląski OW NFZ – neurologia – hospitalizacja A48, A51 (leczenie w oddziale udarowym)

Lp.	Nazwa świadczeniodawcy	Miasto	Sumaryczna kwota kontraktu w zł
1.	Dolnośląski Szpital Specjalistyczny im. T. Marciniaka - Centrum Medycyny Ratunkowej	Wrocław	4 595 240,00
2.	Specjalistyczny Szpital im. dr. Alfreda Sokołowskiego	Wałbrzych	3 834 220,00
3.	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Legnicy	Legnica	3 420 144,00
4.	Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Świdnicy	Świdnica	2 879 812,00
5.	Wielospecjalistyczny Szpital - Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Zgorzelcu	Zgorzelec	2 402 608,00
6.	4 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej we Wrocławiu	Wrocław-Krzyki	2 295 072,00
7.	Wojewódzkie Centrum Szpitalne Kotliny Jeleniogórskiej	Jelenia Góra	2 276 248,00
8.	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. J. Gromkowskiego	Wrocław	2 112 188,00
9.	„Zespół Opieki Zdrowotnej” w Kłodzku	Kłodzko	1 387 464,00
10.	Akademicki Szpital Kliniczny im. Jana Mikulicza-Radeckiego we Wrocławiu	Wrocław	1 090 388,00
Razem			26 293 384,00

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Tabela 25. Dolnośląski OW NFZ – rehabilitacja neurologiczna

Lp.	Nazwa świadczeniodawcy	Miasto	Sumaryczna kwota kontraktu w zł
1.	„Jolly Med” Szpital Rehabilitacyjny	Lubomierz	2 250 526,80
2.	Zespół Profilaktyki i Rehabilitacji w Janowicach Wielkich SPZOZ	Janowice Wielkie	2 012 241,00
3.	Dolnośląski Szpital Specjalistyczny im. T. Marciniaka - Centrum Medycyny Ratunkowej	Wrocław	1 849 998,99
4.	Dolnośląskie Centrum Rehabilitacji sp. z o.o. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Kamiennej Górze	Kamienna Góra	1 770 236,30
5.	Specjalistyczny Zakład Profilaktyczno-Leczniczy Provita	Wrocław-Psie Pole	1 703 651,40
6.	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Wrocławskie Centrum Rehabilitacji i Medycyny Sportowej sp. z o.o.	Wrocław	1 656 423,00
7.	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Wrocławiu	Wrocław	1 641 751,20
8.	Specjalistyczne Centrum Medyczne w Polanicy-Zdroju SPZOZ	Polanica-Zdrój	1 457 233,20
9.	Specjalistyczny Szpital im. dr. Alfreda Sokołowskiego	Wałbrzych	1 320 000,00
10.	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Legnicy	Legnica	1 179 472,80
11.	NZOZ Powiatowe Centrum Medyczne w Wołowie	Wołów	1 112 813,90
12.	Wielospecjalistyczny Szpital SPZOZ w Zgorzelcu	Zgorzelec	931 318,80
13.	Uzdrowisko Łądek-Długopole S.A.	Łądek Zdrój	880 443,60
14.	Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Bolesławcu	Bolesławiec	752 893,92
15.	NZOZ Powiatowe Centrum Zdrowia w Kowarach	Kowary	742 617,92
16.	Powiatowy Zespół Szpitali	Oleśnica	471 855,60
Razem			21 733 478,43

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

3.4.2. Województwo kujawsko-pomorskie

Charakterystyka województwa:

- W systemie JGP w 2011 roku średni koszt hospitalizacji wyniósł w ramach procedury:
 - A48: 8 292,71 zł (średnia dla Polski: 8 420,04 zł),
 - A49: 3 989,30 zł (średnia dla Polski: 4 041,54 zł),
 - A50: 1 907,35 zł (średnia dla Polski: 1 932,05 zł),
 - A51: 12 369,82 zł (średnia dla Polski: 12 457,70 zł).
- Szpital Uniwersytecki nr 1 im. dr. Antoniego Jurasza w Bydgoszczy ma kontrakt o największej wartości w zakresie neurologii – hospitalizacji A48, A51 (6,3 mln zł) w województwie kujawsko-pomorskim.
- SPZOZ 10 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką w Bydgoszczy ma kontrakt o największej wartości w zakresie rehabilitacji neurologicznej (2,6 mln zł) w województwie kujawsko-pomorskim.

Tabela 26. Kujawsko-Pomorski OW NFZ – neurologia – hospitalizacja A48, A51 (leczenie w oddziale udarowym)

Lp.	Nazwa świadczeniodawcy	Miasto	Sumaryczna kwota kontraktu w zł
1.	Szpital Uniwersytecki nr 1 im. dr. Antoniego Jurasza w Bydgoszczy	Bydgoszcz	6 344 000,00
2.	Szpital Uniwersytecki nr 2 im. dr. Jana Biziela w Bydgoszczy	Bydgoszcz	5 824 000,00
3.	Wojewódzki Szpital Zespolony im. L. Rydygiera w Toruniu	Toruń	4 212 000,00
4.	Publiczny Specjalistyczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Inowrocławiu	Inowrocław	3 588 624,00
5.	NZOZ Nowy Szpital sp. z o.o. prowadzony przez Nowy Szpital sp. z o.o.	Świecie	2 756 000,00
6.	Regionalny Szpital Specjalistyczny im. dr. Władysława Biegańskiego w Grudziądzu	Grudziądz	1 954 784,00
7.	NZOZ Szpital Lipno utworzony przez Szpital Lipno sp. z o.o.	Lipno	1 664 000,00
8.	SPZOZ 10 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką	Bydgoszcz	885 456,00
Razem			27 228 864,00

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Tabela 27. Kujawsko-Pomorski OW NFZ – rehabilitacja neurologiczna

Lp.	Nazwa świadczeniodawcy	Miasto	Sumaryczna kwota kontraktu w zł
1.	SPZOZ 10 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką	Bydgoszcz	2 640 390,00
2.	Szpital Uniwersytecki nr 1 im. dr. Antoniego Jurasza w Bydgoszczy	Bydgoszcz	2 572 965,00
3.	SPZOZ Specjalistyczny Szpital Miejski im. M. Kopernika	Toruń	738 015,00
4.	Wielospecjalistyczny Szpital Miejski im. dr. E. Warmińskiego SPZOZ w Bydgoszczy	Bydgoszcz	610 735,00
5.	NZOZ „Solanki” Uzdrawisko Inowrocław - „Solanki” Uzdrawisko Inowrocław sp. z o.o.	Inowrocław	560 510,02
6.	Szpital Rehabilitacyjny Barska	Włocławek	546 109,00
7.	NZOZ Nowy Szpital sp. z o.o. prowadzony przez Nowy Szpital sp. z o.o.	Świecie	546 079,00
8.	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej	Radziejów	378 723,00
9.	SPZOZ 22 Wojskowy Szpital Uzdrawiskowo Rehabilitacyjny SPZOZ Ciechocinek	Ciechocinek	220 583,00
10.	Samodzielny Publiczny Wielospecjalistyczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych w Bydgoszczy	Bydgoszcz	170 000,10
Razem			8 984 109,12

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

3.4.3. Województwo lubelskie

Charakterystyka województwa:

- W systemie JGP w 2011 roku średni koszt hospitalizacji wyniósł w ramach procedury:
 - A48: 8 604,42 zł (średnia dla Polski: 8 420,04 zł),
 - A49: 4 184,83 zł (średnia dla Polski: 4 041,54 zł),
 - A50: 1 965,12 zł (średnia dla Polski: 1 932,05 zł),
 - A51: 12 564,55 zł (średnia dla Polski: 12 457,70 zł).
- Samodzielny Publiczny Szpital Wojewódzki im. Papieża Jana Pawła II w Zamościu ma kontrakt o największej wartości w zakresie neurologii – hospitalizacji A48, A51(4,2 mln zł) w województwie lubelskim.
- Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 4 w Lublinie ma kontrakt o największej wartości w zakresie rehabilitacji neurologicznej (1,6 mln zł) w województwie lubelskim.

Tabela 28. Lubelski OW NFZ – neurologia – hospitalizacja A48, A51 (leczenie w oddziale udarowym)

Lp.	Nazwa świadczeniodawcy	Miasto	Sumaryczna kwota kontraktu w zł
1.	Samodzielny Publiczny Szpital Wojewódzki im. Papieża Jana Pawła II w Zamościu	Zamość	4 194 372,00
2.	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Białej Podlaskiej	Biała Podlaska	2 808 000,00
3.	Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 4 w Lublinie	Lublin	2 400 008,00
4.	Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Chełmie	Chełm	2 392 000,00
5.	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Stefana Kard. Wyszyńskiego SPZOZ	Lublin	2 314 000,00
6.	Szpital Neuropsychiatryczny im. prof. M. Kaczyńskiego SPZOZ	Lublin	2 151 812,00
7.	Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Krasnymstawie	Krasnystaw	1 702 480,00
8.	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Łukowie	Łuków	1 612 000,00
9.	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Kraśniku	Kraśnik	1 560 000,00
10.	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Lubartowie	Lubartów	1 509 144,00
11.	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Radzynie Podlaskim	Radzyń Podlaski	1 425 528,00
12.	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Puławach	Puławy	1 375 088,00
13.	SPZOZ Ministerstwa Spraw Wewnętrznych w Lublinie	Lublin	1 322 776,00
14.	1 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką SPZOZ w Lublinie	Lublin	512 772,00
Razem			27 279 980,00

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Tabela 29. Lubelski OW NFZ – rehabilitacja neurologiczna

Lp.	Nazwa świadczeniodawcy	Miasto	Sumaryczna kwota kontraktu w zł
1.	Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 4 w Lublinie	Lublin	1 625 859,00
2.	Samodzielny Publiczny Szpital Wojewódzki im. Papieża Jana Pawła II w Zamościu	Zamość	1 620 000,00
3.	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Kraśniku	Kraśnik	1 332 741,00
4.	Szpital Neuropsychiatryczny im. prof. M. Kaczyńskiego SPZOZ	Lublin	1 279 180,00
5.	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Stefana Kard. Wyszyńskiego SPZOZ	Lublin	752 567,40
6.	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Puławach	Puławy	735 802,00
7.	1 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką SPZOZ w Lublinie	Lublin	608 798,00
8.	Dziecięcy Szpital Kliniczny im. prof. A. Gębali w Lublinie	Lublin	551 040,00
9.	Instytut Medycyny Wsi im. Witolda Chodźki	Lublin	315 460,00
10.	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Droga Życia”	Mircze	299 262,60
11.	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Łukowie	Łuków	295 200,00
12.	Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Hrubieszowie	Hrubieszów	263 934,00
13.	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Białej Podlaskiej	Biała Podlaska	136 978,00
	Razem		9 816 822,00

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

3.4.4. Województwo lubuskie

Charakterystyka województwa:

1. W systemie JGP w 2011 roku średni koszt hospitalizacji wyniósł w ramach procedury:
- A48: 8 327,46 zł (średnia dla Polski: 8 420,04 zł),
 - A49: 4 057,30 zł (średnia dla Polski: 4 041,54 zł),
 - A50: 1 923,79 zł (średnia dla Polski: 1 932,05 zł),
 - A51: 12 468,00 zł (średnia dla Polski: 12 457,70 zł).
2. Samodzielny Publiczny Szpital Wojewódzki w Gorzowie Wielkopolskim ma kontrakt o największej wartości w zakresie neurologii – hospitalizacji A48, A51 (3,5 mln zł) w województwie lubuskim.
3. Samodzielny Publiczny Szpital Wojewódzki w Gorzowie Wielkopolskim ma kontrakt o największej wartości w zakresie rehabilitacji neurologicznej (2,1 mln zł) w województwie lubuskim.

Tabela 30. Lubuski OW NFZ – neurologia – hospitalizacja A48, A51 (leczenie w oddziale udarowym)

Lp.	Nazwa świadczeniodawcy	Miasto	Sumaryczna kwota kontraktu w zł
1.	Samodzielny Publiczny Szpital Wojewódzki w Gorzowie Wlkp.	Gorzów Wielkopolski	3 500 016,00
2.	Szpital Wojewódzki SPZOZ w Zielonej Górze	Zielona Góra	2 999 984,00
3.	105 Szpital Wojskowy z Przychodnią SPZOZ w Żarach	Żary	2 620 800,00
4.	Wielospecjalistyczny Szpital w Nowej Soli	Nowa Sól	2 565 784,00
	Razem		11 686 584,00

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Tabela 31. Lubuski OW NFZ – rehabilitacja neurologiczna

Lp.	Nazwa świadczeniodawcy	Miasto	Sumaryczna kwota kontraktu w zł
1.	Samodzielny Publiczny Szpital Wojewódzki w Gorzowie Wlkp.	Gorzów Wielkopolski	2 119 999,70
2.	SPZOZ Ministerstwa Spraw Wewnętrznych w Zielonej Górze	Zielona Góra	2 074 565,50
3.	Szpital Wojewódzki SPZOZ w Zielonej Górze	Zielona Góra	2 074 542,50
4.	Samodzielny Publiczny Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Międzyrzeczu	Międzyrzecz	1 704 334,50
5.	Wielospecjalistyczny Szpital w Nowej Soli	Nowa Sól	1 246 657,50
	Razem		9 220 099,70

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

3.4.5. Województwo łódzkie

Charakterystyka województwa:

1. W systemie JGP w 2011 roku średni koszt hospitalizacji wyniósł w ramach procedury:
- A48: 8 496,45 zł (średnia dla Polski: 8 420,04 zł),
 - A49: 4 061,55 zł (średnia dla Polski: 4 041,54 zł),
 - A50: 1 939,22 zł (średnia dla Polski: 1 932,05 zł),
 - A51: 12 342,00 zł (średnia dla Polski: 12 457,70 zł).
2. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. M. Kopernika w Łodzi ma kontrakt o największej wartości w zakresie neurologii – hospitalizacji A48, A51 (niespełna 4 mln zł) w województwie łódzkim.
3. III Szpital Miejski im. dr. Karola Jonschera w Łodzi ma kontrakt o największej wartości w zakresie rehabilitacji neurologicznej (2,2 mln zł) w województwie łódzkim.

Tabela 32. Łódzki OW NFZ – neurologia – hospitalizacja A48, A51 (leczenie w oddziale udarowym)

Lp.	Nazwa świadczeniodawcy	Miasto	Sumaryczna kwota kontraktu w zł
1.	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. M. Kopernika w Łodzi	Łódź-Górna	3 977 031,00
2.	III Szpital Miejski im. dr. Karola Jonschera w Łodzi	Łódź-Widzew	1 909 596,00
3.	Wojewódzki Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej Centrum Leczenia Chorób Płuc i Rehabilitacji w Łodzi	Łódź-Bałuty	1 866 072,00
4.	Szpital Wojewódzki im. Jana Pawła II w Bełchatowie	Bełchatów	1 556 672,00
5.	SPZOZ Uniwersytecki Szpital Kliniczny nr 1 im. Norberta Barlickiego Uniwersytetu Medycznego	Łódź-Śródmieście	1 448 928,00
6.	SPZOZ Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Wojskowej Akademii Medycznej UM w Łodzi Centralny Szpital Weteranów	Łódź-Polesie	1 280 084,00
7.	NZOZ Pabianickie Centrum Medyczne	Pabianice	1 169 376,00
8.	SPZOZ im. Kard. Stefana Wyszyńskiego w Sieradzu	Sieradz	1 116 288,00
9.	Centrum Dializa sp. zo.o.	Sosnowiec	1 033 296,00
10.	NZOZ Kutnowski Szpital Samorządowy	Kutno	594 464,00
	Razem		15 951 807,00

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Tabela 33. Łódzki OW NFZ – rehabilitacja neurologiczna

Lp.	Nazwa świadczeniodawcy	Miasto	Sumaryczna kwota kontraktu w zł
1.	III Szpital Miejski im. dr. Karola Jonschera w Łodzi	Łódź-Widzew	2 201 582,00
2.	NZOZ Pabianickie Centrum Medyczne	Pabianice	1 464 000,00
3.	SPZOZ im. Kard. Stefana Wyszyńskiego w Sieradzu	Sieradz	1 328 658,77
4.	SPZOZ Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Wojskowej Akademii Medycznej UM w Łodzi Centralny Szpital Weteranów	Łódź-Polesie	1 262 899,07
5.	Specjalistyczny im. Marii Skłodowskiej-Curie w Zgierzu	Zgierz	1 247 119,65
6.	Samodzielny Szpital Wojewódzki im. Mikołaja Kopernika w Piotrkowie Trybunalskim	Piotrków Trybunalski	1 205 538,00
7.	Szpital Wojewódzki im. Jana Pawła II w Bełchatowie	Bełchatów	1 052 744,00
8.	Centrum Dializa sp. z o.o.	Sosnowiec	359 319,40
9.	NZOZ Kutnowski Szpital Samorządowy	Kutno	341 200,00
	Razem		10 463 060,89

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

3.4.6. Województwo małopolskie

Charakterystyka województwa:

- W systemie JGP w 2011 roku średni koszt hospitalizacji wyniósł w ramach procedury:
 - A48: 8 429,50 zł (średnia dla Polski: 8 420,04 zł),
 - A49: 4 055,22 zł (średnia dla Polski: 4 041,54 zł),
 - A50: 1 969,16 zł (średnia dla Polski: 1 932,05 zł),
 - A51: 12 342,00 zł (średnia dla Polski: 12 457,70 zł).
- Podhalański Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II w Nowym Targu ma kontrakt o największej wartości w zakresie neurologii – hospitalizacji A48, A51 (3,6 mln zł) w województwie małopolskim.
- Szpital Specjalistyczny im. Ludwika Rydygiera w Krakowie ma kontrakt o największej wartości w zakresie rehabilitacji neurologicznej (3,5 mln zł) w województwie małopolskim.

Tabela 34. Małopolski OW NFZ – neurologia – hospitalizacja A48, A51 (leczenie w oddziale udarowym)

Lp.	Nazwa świadczeniodawcy	Miasto	Sumaryczna kwota kontraktu w zł
1.	Podhalański Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II w Nowym Targu	Nowy Targ	3 552 692,00
2.	SPZOZ Szpital Uniwersytecki w Krakowie	Kraków-Śródmieście	2 918 552,00
3.	Szpital Powiatowy w Chrzanowie	Chrzanów	2 401 360,00
4.	Szpital Specjalistyczny im. Józefa Dietla w Krakowie	Kraków	2 279 524,00
5.	Szpital Specjalistyczny im. Ludwika Rydygiera w Krakowie	Kraków-Nowa Huta	1 802 112,00
6.	5 WSZKZP SPZOZ Szpital	Kraków	1 621 568,00
7.	Szpital Specjalistyczny im. Stefana Żeromskiego	Kraków-Nowa Huta	1 618 656,00
8.	Szpital Specjalistyczny im. dr. Józefa Babińskiego w Krakowie - lecznictwo szpitalne	Kraków	1 361 568,00
9.	Szpital Specjalistyczny im. Henryka Klimontowicza w Gorlicach	Gorlice	1 213 420,00
10.	Szpital Miejski Specjalistyczny im. G. Narutowicza w Krakowie	Kraków-Krowodrza	1 000 012,00
	Razem		19 769 464,00

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Tabela 35. Małopolski OW NFZ – rehabilitacja neurologiczna

Lp.	Nazwa świadczeniodawcy	Miasto	Sumaryczna kwota kontraktu w zł
1.	Szpital Specjalistyczny im. Ludwika Rydygiera w Krakowie	Kraków-Nowa Huta	3 458 421,76
2.	Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Brzesku	Brzesko	2 864 258,40
3.	Zespół Opieki Zdrowotnej w Oświęcimiu	Oświęcim	2 430 863,50
4.	NZOZ RehStab Oddział Rehabilitacji	Limanowa	2 349 304,25
5.	Centrum Rehabilitacji Tukan Mariola Pawlak	Nowy Sącz	2 224 777,20
6.	Szpital Powiatowy w Chrzanowie	Chrzanów	1 890 583,20
7.	Ośrodek Rehabilitacji Narządu Ruchu Krzeszowice SPZOZ w Krzeszowicach	Krzeszowice	1 887 280,50
8.	Szpital Wojewódzki im. św. Łukasza SPZOZ w Tarnowie - lecznictwo ambulatoryjne	Tarnów	1 881 667,00
9.	Podhalański Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II w Nowym Targu	Nowy Targ	1 489 152,55
10.	Wojewódzki Szpital Rehabilitacyjny im. dr. S. Jasińskiego w Zakopanem - lecznictwo szpitalne	Zakopane	1 425 894,40
11.	Krakowskie Centrum Rehabilitacji i Ortopedii - lecznictwo szpitalne	Kraków	1 424 303,00
12.	NZOZ Pasternik w Modlniczce	Modlniczka	1 398 601,89
13.	Szpital Specjalistyczny im. Henryka Klimontowicza w Gorlicach	Gorlice	1 115 889,68
14.	Zespół Opieki Zdrowotnej w Dąbrowie Tarnowskiej	Dąbrowa Tarnowska	660 271,50
15.	Szpital Specjalistyczny im. Józefa Dietla w Krakowie	Kraków	551 420,10
16.	Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy im. św. Ludwika w Krakowie	Kraków-Śródmieście	302 366,00
17.	Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie	Kraków-Podgórze	298 387,50
	Razem		27 653 442,43

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

3.4.7. Województwo mazowieckie

Charakterystyka województwa:

- W systemie JGP w 2011 roku średni koszt hospitalizacji wyniósł w ramach procedury:
 - A48: 8 431,19 zł (średnia dla Polski: 8 420,04 zł),
 - A49: 4 027,66 zł (średnia dla Polski: 4 041,54 zł),
 - A50: 1 935,26 zł (średnia dla Polski: 1 932,05 zł),
 - A51: 12 478,00 zł (średnia dla Polski: 12 457,70 zł).
- Szpital Wolski im. dr Anny Gostyrńskiej SPZOZ w Warszawie ma kontrakt o największej wartości w zakresie neurologii – hospitalizacji A48, A51 (5,1 mln zł) w województwie mazowieckim.
- Szpital Grochowski im. dr. med. Rafała Masztaka SPZOZ w Warszawie ma kontrakt o największej wartości w zakresie rehabilitacji neurologicznej (4,3 mln zł) w województwie mazowieckim.

Tabela 36. Mazowiecki OW NFZ – neurologia – hospitalizacja A48, A51 (leczenie w oddziale udarowym)

Lp.	Nazwa świadczeniodawcy	Miasto	Sumaryczna kwota kontraktu w zł
1.	Szpital Wolski im. dr Anny Gostyrńskiej SPZOZ	Warszawa	5 071 820,00
2.	Szpital Bielański im. ks. Jerzego Popiełuszki SPZOZ	Warszawa	4 472 000,00
3.	Samodzielny Publiczny Centralny Szpital Kliniczny	Warszawa	3 819 088,00
4.	Instytut Psychiatrii i Neurologii	Warszawa	3 754 140,00
5.	Wojskowy Instytut Medyczny	Warszawa	3 265 600,00
6.	Międzyleski Szpital Specjalistyczny w Warszawie	Warszawa	2 964 000,00
7.	Poliklinika Bródnowskiego Centrum Klinicznego	Warszawa	2 689 700,00
8.	Centralny Szpital Kliniczny MSW w Warszawie	Warszawa	2 592 720,00
9.	Mazowiecki Szpital Specjalistyczny im. dr. Józefa Psarskiego w Ostrołęce	Ostrołęka	2 503 800,00
10.	Szpital Powiatowy w Wołominie Samodzielny Zespół Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej	Wołomin	2 495 740,00
11.	Szpital Specjalistyczny / Zespół Poradni Specjalistycznych i Ratownictwa Medycznego	Grójec	2 393 196,00
12.	Siedlecki Szpital Specjalistyczny	Siedlce	2 340 000,00
13.	Wojewódzki Szpital Zespolony w Płocku	Płock	1 882 400,00
14.	Specjalistyczny Szpital Wojewódzki w Ciechanowie	Ciechanów	1 820 000,00
15.	Radomski Szpital Specjalistyczny im. dr. Tytusa Chałubińskiego	Radom	1 804 504,00
16.	Mazowieckie Specjalistyczne Centrum Zdrowia im. prof. Jana Mazurkiewicza w Pruszkowie	Pruszków	1 765 712,00
17.	Szpital Kolejowy im. dr. med. Włodzimierza Roeflera w Pruszkowie SPZOZ	Pruszków	1 743 456,00
18.	Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny im. prof. W. Orłowskiego CMKP w Warszawie	Warszawa	1 716 000,00
19.	Samodzielny Publiczny Specjalistyczny Szpital Zachodni im. Jana Pawła II	Grodzisk Mazowiecki	1 710 384,00
20.	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Radomiu	Radom	1 644 240,00
21.	Szpital Czerniakowski SPZOZ	Warszawa	770 640,00
	Razem		53 219 140,00

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Tabela 37. Mazowiecki OW NFZ – rehabilitacja neurologiczna

Lp.	Nazwa świadczeniodawcy	Miasto	Sumaryczna kwota kontraktu w zł
1.	Szpital Grochowski im. dr. med. Rafała Masztaka SPZOZ	Warszawa	4 251 300,00
2.	Medi-System NZOZ	Warszawa	3 461 746,00
3.	Niepubliczny Zespół Leczniczo-Rehabilitacyjny Centrum Kompleksowej Rehabilitacji sp. z o.o.	Konstancin-Jeziorna	3 189 036,00
4.	Uzdrowisko Konstancin-Zdrój NZOZ	Konstancin-Jeziorna	2 958 167,00
5.	Centralny Szpital Kliniczny MSW w Warszawie	Warszawa	2 938 956,00
6.	Instytut Psychiatrii i Neurologii	Warszawa	2 422 880,00
7.	Instytut Pomnik Centrum Zdrowia Dziecka w Warszawie	Warszawa	2 341 680,00
8.	Przychodnie Poradni Rodzinnej Zdrowie / Zespół Opieki Długoterminowej Poradnia Rodzinna Zdrowie	Płońsk	2 176 068,00
9.	Samodzielny Wojewódzki Publiczny Zespół Zakładów Psychiatrycznej Opieki Zdrowotnej im. dr Barbary Borzym w Radomiu	Radom	2 173 674,00
10.	NZOZ Mazowieckie Centrum Neurorehabilitacji i Psychiatrii	Zagórze	1 886 322,00
11.	Wojewódzki Samodzielny Zespół Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej im. profesora Eugeniusza Wilczkowskiego w Gostyninie	Gostynin	1 833 170,00
12.	Powiatowe Centrum Zdrowia sp. z o.o.	Otwock	1 666 695,00
13.	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Radomiu	Radom	1 641 680,00
14.	Lux Med Tabita Niepubliczny Zakład Opiekuńczo-Leczniczy	Konstancin-Jeziorna	1 576 700,00
15.	Wojskowy Instytut Medyczny	Warszawa	1 383 300,00
16.	Radomski Szpital Specjalistyczny im. dr. Tytusa Chałubińskiego	Radom	1 357 435,00
17.	Szpital Specjalistyczny Zespół Poradni Specjalistycznych i Ratownictwa Medycznego	Grójec	1 213 090,00
18.	Szpital im. prof. M. Weissa	Konstancin-Jeziorna	1 190 000,00
19.	NZOZ Sawimed Zakład Opiekuńczo-Leczniczy z Rehabilitacją	Warszawa	1 111 656,00
20.	Arion Med sp. zo.o.	Lublin	1 094 630,00
21.	Siedlecki Szpital Specjalistyczny	Siedlce	1 008 020,00
22.	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Sokołowie Podlaskim	Sokołów Podlaski	919 225,00
23.	Międzyleski Szpital Specjalistyczny w Warszawie	Warszawa	810 960,00
24.	Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Przasnyszu	Przasnysz	704 817,00
25.	Samodzielny Specjalistyczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej im. dr. Teodora Dunina	Rudka	673 835,00
26.	Szpital Wolski im. dr Anny Gostyrńskiej SPZOZ	Warszawa	578 754,00
27.	Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej im. Marszałka Józefa Piłsudskiego w Płońsku	Płońsk	518 190,00
28.	Poliklinika Bródnowskiego Centrum Klinicznego	Warszawa	493 030,00
29.	Specjalistyczny Szpital Wojewódzki w Ciechanowie	Ciechanów	411 260,00
30.	Samodzielny Zespół Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej im. „Dzieci Warszawy" w Dziekanowie Leśnym	Dziekanów Leśny	403 431,00
31.	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Mławie	Mława	400 000,00
	Razem		48 789 707,00

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

3.4.8. Województwo opolskie

Charakterystyka województwa:

1. W systemie JGP w 2011 roku średni koszt hospitalizacji wyniósł w ramach procedury:
- A48: 8 262,00 zł (średnia dla Polski: 8 420,04 zł),
 - A49: 3 946,39 zł (średnia dla Polski: 4 041,54 zł),
 - A50: 1 895,30 zł (średnia dla Polski: 1 932,05 zł),
 - A51: 12 342,00 zł (średnia dla Polski: 12 457,70 zł).
2. Wojewódzki Specjalistyczny Zespół Neuropsychiatryczny im. św. Jadwigi w Opolu ma kontrakt o największej wartości w zakresie neurologii – hospitalizacji A48, (11,2 mln zł) w województwie opolskim.
3. Samodzielny Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych im. ks. biskupa Nathana w Branicach ma kontrakt o największej wartości w zakresie rehabilitacji neurologicznej (3 mln zł) w województwie opolskim.

Tabela 38. Opolski OW NFZ – neurologia – hospitalizacja A48, A51 (leczenie w oddziale udarowym)

Lp.	Nazwa świadczeniodawcy	Miasto	Sumaryczna kwota kontraktu w zł
1.	Wojewódzki Specjalistyczny Zespół Neuropsychiatryczny im. św. Jadwigi	Opole	11 201 840,00
2.	Zespół Opieki Zdrowotnej w Nysie	Nysa	312 000,00
	Razem		11 513 840,00

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Tabela 39. Opolski OW NFZ – rehabilitacja neurologiczna

Lp.	Nazwa świadczeniodawcy	Miasto	Sumaryczna kwota kontraktu w zł
1.	Samodzielny Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych im. ks. biskupa Nathana w Branicach	Branice	3 013 805,78
2.	Opolskie Centrum Rehabilitacji	Korfantów	2 436 641,08
3.	Brzeskie Centrum Medyczne	Brzeg	1 345 177,10
4.	Samodzielny Publiczny Zespół Szpitali Pulmonologiczno-Reumatologicznych	Kup	1 163 975,40
5.	EMC Instytut Medyczny Spółka Akcyjna Szpital Świętego Rocha w Ozimku	Wrocław	1 162 823,18
	Razem		9 122 422,54

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

3.4.9. Województwo podkarpackie

Charakterystyka województwa:

1. W systemie JGP w 2011 roku średni koszt hospitalizacji wyniósł w ramach procedury:
- A48: 8 409,90 zł (średnia dla Polski: 8 420,04 zł),
 - A49: 4 067,86 zł (średnia dla Polski: 4 041,54 zł),
 - A50: 1 907,31 zł (średnia dla Polski: 1 932,05 zł),
 - A51: 12 382,38 zł (średnia dla Polski: 12 457,70 zł).
2. Szpital Wojewódzki nr 2 im. św. Jadwigi Królowej w Rzeszowie ma kontrakt o największej wartości w zakresie neurologii – hospitalizacji A48, A51 (2,4 mln zł) w województwie podkarpackim.
3. Szpital Wojewódzki nr 2 im. św. Jadwigi Królowej w Rzeszowie ma kontrakt o największej wartości w zakresie rehabilitacji neurologicznej (4 mln zł) w województwie podkarpackim.

Tabela 40. Podkarpacki OW NFZ – neurologia – hospitalizacja A48, A51 (leczenie w oddziale udarowym)

Lp.	Nazwa świadczeniodawcy	Miasto	Sumaryczna kwota kontraktu w zł
1.	Szpital Wojewódzki nr 2 im. św. Jadwigi Królowej w Rzeszowie	Rzeszów	2 425 800,00
2.	Centrum Opieki Medycznej w Jarosławiu	Jarosław	2 339 584,00
3.	Szpital Powiatowy im. Edmunda Biernackiego w Mielcu	Mielec	2 151 812,00
4.	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej	Przeworsk	2 031 172,00
5.	Szpital Specjalistyczny w Jasle	Jasło	1 981 980,00
6.	Wojewódzki Szpital Podkarpacki im. Jana Pawła II w Krośnie	Krosno	1 929 200,00
7.	Wojewódzki Szpital im. św. Ojca Pio w Przemyślu	Przemyśl	1 839 344,00
8.	Nowe Techniki Medyczne Szpital Specjalistyczny im. św Rodziny sp. z o.o.	Rudna Mała	1 548 976,00
9.	Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Leżajsku	Leżajsk	1 428 076,00
10.	Centrum Medyczne w Łańcutie	Łańcut	1 282 944,00
11.	Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej Powiatowy Szpital Specjalistyczny w Stalowej Woli	Stalowa Wola	1 224 600,00
12.	Zespół Opieki Zdrowotnej	Ropczyce	957 164,00
	Razem		21 140 652,00

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Tabela 41. Podkarpacki OW NFZ – rehabilitacja neurologiczna

Lp.	Nazwa świadczeniodawcy	Miasto	Sumaryczna kwota kontraktu w zł
1.	Szpital Wojewódzki nr 2 im. św. Jadwigi Królowej w Rzeszowie	Rzeszów	3 953 647,95
2.	SPZOZ Ministerstwa Spraw Wewnętrznych w Rzeszowie	Rzeszów	2 029 636,11
3.	Szpital Powiatowy im. Edmunda Biernackiego w Mielcu	Mielec	1 608 197,97
4.	Wojewódzki Szpital Podkarpacki im. Jana Pawła II w Krośnie	Krosno	1 588 307,88
5.	Centrum Medyczne w Łańcut	Łańcut	1 417 170,30
6.	Wojewódzki Szpital im. św. Ojca Pio w Przemyślu	Przemyśl	1 098 876,69
7.	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej	Lubaczów	899 129,97
8.	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej	Przeworsk	703 814,37
9.	Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Lesku	Lesko	667 165,50
	Razem		13 965 946,74

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

3.4.10. Województwo podlaskie

Charakterystyka województwa:

- W systemie JGP w 2011 roku średni koszt hospitalizacji wyniósł w ramach procedury:
 - A48: 8 554,46 zł (średnia dla Polski: 8 420,04 zł),
 - A49: 4 068,35 zł (średnia dla Polski: 4 041,54 zł),
 - A50: 1 895,82 zł (średnia dla Polski: 1 932,05 zł),
 - A51: 12 498,64 zł (średnia dla Polski: 12 457,70 zł).
- Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku ma kontrakt o największej wartości w zakresie neurologii – hospitalizacji A48, A51 (3,4 mln zł) w województwie podlaskim.
- Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Hajnówce ma kontrakt o największej wartości w zakresie rehabilitacji neurologicznej (1,7 mln zł) w województwie podlaskim.

Tabela 42. Podlaski OW NFZ – neurologia – hospitalizacja A48, A51 (leczenie w oddziale udarowym)

Lp.	Nazwa świadczeniodawcy	Miasto	Sumaryczna kwota kontraktu w zł
1.	Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku	Białystok	3 396 744,00
2.	Samodzielny Publiczny Psychiatryczny Zakład Opieki Zdrowotnej im. dr. Stanisława Deresza w Choroszczy	Choroszcz	3 290 976,00
3.	Szpital Wojewódzki im. Kardynała Stefana Wyszyńskiego	Łomża	2 955 576,00
4.	Szpital Wojewódzki im. dr. Ludwika Rydygiera w Suwałkach	Suwałki	2 875 392,00
5.	SPZOZ Wojewódzki Szpital Zespolony im. J. Śniadeckiego	Białystok	2 703 896,00
	Razem		15 222 584,00

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Tabela 43. Podlaski OW NFZ – rehabilitacja neurologiczna

Lp.	Nazwa świadczeniodawcy	Miasto	Sumaryczna kwota kontraktu w zł
1.	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Hajnówce	Hajnówka	1 693 012,32
2.	SPZOZ Wojewódzki Szpital Zespolony im. J. Śniadeckiego	Białystok	1 679 462,64
3.	Szpital Wojewódzki im. Kardynała Stefana Wyszyńskiego	Łomża	1 522 613,16
4.	SPZOZ Ośrodek Rehabilitacji w Suwałkach	Suwałki	1 227 570,00
5.	Samodzielny Publiczny Psychiatryczny Zakład Opieki Zdrowotnej im. dr. Stanisława Deresza w Choroszczy	Choroszcz	961 815,12
6.	Uniwersytecki Dziecięcy Szpital Kliniczny im. L. Zamenhofa w Białymstoku	Białystok	216 097,20
	Razem		7 300 570,44

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

3.4.11. Województwo pomorskie

Charakterystyka województwa:

- W systemie JGP w 2011 roku średni koszt hospitalizacji wyniósł w ramach procedury:
 - A48: 8 435,85 zł (średnia dla Polski: 8 420,04 zł),
 - A49: 4 037,46 zł (średnia dla Polski: 4 041,54 zł),
 - A50: 1 961,16 zł (średnia dla Polski: 1 932,05 zł),
 - A51: 12 626,25 zł (średnia dla Polski: 12 457,70 zł).
- Pomorskie Centrum Traumatologii im. M. Kopernika w Gdańsku ma kontrakt o największej wartości w zakresie neurologii – hospitalizacji A48, A51 (5 mln zł) w województwie pomorskim.
- Szpital Specjalistyczny w Kościerzynie ma kontrakt o największej wartości w zakresie rehabilitacji neurologicznej (2,5 mln zł) w województwie pomorskim.

Tabela 44. Pomorski OW NFZ – neurologia – hospitalizacja A48, A51 (leczenie w oddziale udarowym)

Lp.	Nazwa świadczeniodawcy	Miasto	Sumaryczna kwota kontraktu w zł
1.	Pomorskie Centrum Traumatologii im. M. Kopernika w Gdańsku	Gdańsk	5 088 356,00
2.	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Janusza Korczaka	Ślupsk	3 952 000,00
3.	Uniwersyteckie Centrum Kliniczne	Gdańsk	3 692 000,00
4.	Szpital św. Jana	Starogard Gdański	3 554 720,00
5.	Szpital Specjalistyczny św. Wojciecha SPZOZ	Gdańsk	3 104 920,00
6.	Szpital św. Wincentego A Paulo sp. z o.o.	Gdynia	3 042 884,00
7.	Szpital Specjalistyczny im. Floriana Ceynowy	Wejherowo	2 600 000,00
8.	Szpital Polski Sztum	Sztum	2 555 072,00
9.	Szpital Specjalistyczny im. J. K. Łukowicza w Chojnicach	Chojnice	2 201 316,00
10.	7 Szpital Marynarki Wojennej z Przychodnią SPZOZ imienia kontradmirała profesora Wiesława Łasińskiego w Gdańsku	Gdańsk	2 080 000,00
11.	Szpital Specjalistyczny w Kościerzynie	Kościerzyna	713 128,00
	Razem		32 584 396,00

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Tabela 45. Pomorski OW NFZ – rehabilitacja neurologiczna

Lp.	Nazwa świadczeniodawcy	Miasto	Sumaryczna kwota kontraktu w zł
1.	Szpital Specjalistyczny w Kościerzynie	Kościerzyna	2 506 515,85
2.	Szpital św. Wincentego a Paulo sp. z o.o.	Gdynia	941 600,00
3.	Pomorskie Centrum Traumatologii im. M. Kopernika w Gdańsku	Gdańsk	826 251,30
4.	Szpital Tczewskie	Tczew	785 962,80
5.	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Janusza Korczaka	Ślupsk	476 000,00
6.	Szpital Polski Sztum	Sztum	450 259,95
7.	Uniwersyteckie Centrum Kliniczne	Gdańsk	249 900,00
	Razem		6 236 489,90

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

3.4.12. Województwo śląskie

Charakterystyka województwa:

1. W systemie JGP w 2011 roku średni koszt hospitalizacji wyniósł w ramach procedury:
- A48: 8 407,40 zł (średnia dla Polski: 8 420,04 zł),
 - A49: 4 076,89 zł (średnia dla Polski: 4 041,54 zł),
 - A50: 1 951,95 zł (średnia dla Polski: 1 932,05 zł),
 - A51: 12 472,77 zł (średnia dla Polski: 12 457,70 zł).
2. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. NMP w Częstochowie ma kontrakt o największej wartości w zakresie neurologii – hospitalizacji A48, A51 (8,8 mln zł) w województwie śląskim.
3. SPZOZ „Repty” Górnośląskie Centrum Rehabilitacji w Tarnowskich Górach ma kontrakt o największej wartości w zakresie rehabilitacji neurologicznej (19 mln zł) w województwie śląskim.

Tabela 46. Śląski OW NFZ – neurologia – hospitalizacja A48, A51 (leczenie w oddziale udarowym)

Lp.	Nazwa świadczeniodawcy	Miasto	Sumaryczna kwota kontraktu w zł
1.	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. NMP	Częstochowa	8 811 296,00
2.	NZOZ Vito-Med sp. z o.o.	Gliwice	5 471 024,00
3.	SP Szpital Kliniczny nr 7 Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach Górnośląskie Centrum Medyczne im. prof. Leszka Gieca	Katowice	4 978 584,00
4.	SP Centralny Szpital Kliniczny im. prof. Kornela Gibińskiego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach	Katowice	3 339 440,00
5.	Samodzielny Publiczny Szpital Miejski w Sosnowcu	Sosnowiec	3 328 416,00
6.	SPZOZ Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 4 w Bytomiu	Bytom	3 245 216,00
7.	Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Cieszynie	Cieszyn	3 009 968,00
8.	SPZOZ Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 3 w Rybniku	Rybnik	2 846 896,00
9.	Miejski Szpital Zespolony	Częstochowa	2 812 784,00
10.	Szpital Wielospecjalistyczny w Jaworznie	Jaworzno	2 781 792,00
11.	Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 1 im. prof. Stanisława Szyszko SUM w Katowicach	Zabrze	2 571 086,00
12.	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 5 im. św. Barbary w Sosnowcu	Sosnowiec	2 386 384,00
13.	SPZOZ Zespół Szpitali Miejskich w Chorzowie	Chorzów	2 348 944,00
14.	Szpital Specjalistyczny im. Sz. Starkiewicza	Dąbrowa Górnicza	2 270 112,00
15.	Powiatowy Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Rydułtowach i Wodzisławiu Śląskim z siedzibą w Wodzisławiu Śląskim	Wodzisław Śląski	2 208 128,00
16.	Szpital Miejski w Rudzie Śląskiej sp. z o.o.	Ruda Śląska	2 195 856,00
17.	Centrum Zdrowia w Mikołowie sp. z o.o.	Mikołów	1 712 464,00
18.	Powiatowy Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej	Będzin	1 688 336,00
19.	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 2 w Jastrzębiu Zdroju	Jastrzębie Zdrój	1 683 136,00
20.	Megrez sp. z o.o.	Tychy	1 415 232,00
21.	Szpital Pszczyna	Pszczyna	1 205 800,00
22.	Szpital Rejonowy im. dr. Józefa Rostka w Raciborzu	Racibórz	1 100 112,00
23.	SPZOZ Szpital Kolejowy w Wilkowicach-Bystrej	Wilkowice	1 077 024,00
24.	Szpital Powiatowy w Zawierciu	Zawiercie	936 000,00
25.	Zespół Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach sp. z o.o.	Świętochłowice	789 152,00
	Razem		66 213 182,00

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Tabela 47. Śląski OW NFZ – rehabilitacja neurologiczna

Lp.	Nazwa świadczeniodawcy	Miasto	Sumaryczna kwota kontraktu w zł
1.	SPZOZ „Repty” Górnośląskie Centrum Rehabilitacji	Tarnowskie Góry	19 118 111,00
2.	Ośrodek Rehabilitacyjno-Edukacyjny dla Dzieci i Młodzieży Niepełnosprawnej	Rusinowice	3 020 848,00
3.	Beskidzki Zespół Leczniczo-Rehabilitacyjny Szpital Opieki Długoterminowej	Jaworze	3 001 465,00
4.	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 5 im. św. Barbary w Sosnowcu	Sosnowiec	1 848 878,00
5.	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. NMP	Częstochowa	1 784 996,00
6.	SPZOZ Zespół Szpitali Miejskich w Chorzowie	Chorzów	1 671 982,00
7.	Centrum Zdrowia w Mikołowie sp. z o.o.	Mikołów	1 620 173,00
8.	Samodzielny Publiczny Szpital Miejski w Sosnowcu	Sosnowiec	1 281 008,00
9.	Zespół Sanatoryjno-Szpitalny Rehabilitacji Narządu Ruchu „Gwarek”	Goczałkowice-Zdrój	1 251 209,00
10.	SP Centralny Szpital Kliniczny im. prof. Kornela Gibińskiego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach	Katowice	1 238 723,00
11.	SPZOZ Szpital Kolejowy w Wilkowicach-Bystrej	Wilkowice	1 171 254,00
12.	Szpital Specjalistyczny im. Sz. Starkiewicza	Dąbrowa Górnicza	842 314,00
13.	Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Cieszynie	Cieszyn	804 443,00
14.	Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 6 Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach Górnośląskie Centrum Zdrowia Dziecka	Katowice	780 705,00
15.	Powiatowy Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej	Będzin	765 022,00
16.	Zespół Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach sp. z o.o.	Świętochłowice	759 448,00
17.	Wojewódzki Szpital Rehabilitacyjny dla Dzieci w Jastrzębiu Zdroju	Jastrzębie Zdrój	718 332,00
18.	Szpital Miejski Murcki w Katowicach	Katowice	688 670,00
	Razem		42 367 581,00

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

3.4.13. Województwo świętokrzyskie

Charakterystyka województwa:

- W systemie JGP w 2011 roku średni koszt hospitalizacji wyniósł w ramach procedury:
 - A48: 8 332,57 zł (średnia dla Polski: 8 420,04 zł),
 - A49: 3 943,55 zł (średnia dla Polski: 4 041,54 zł),
 - A50: 1 902,80 zł (średnia dla Polski: 1 932,05 zł),
 - A51: 12 417,45 zł (średnia dla Polski: 12 457,70 zł).
- Wojewódzki Szpital Zespolony w Kielcach ma kontrakt o największej wartości w zakresie neurologii – hospitalizacji A48, A51 (7,1 mln zł) w województwie świętokrzyskim.
- W województwie świętokrzyskim Wojewódzki Szpital Zespolony w Kielcach ma kontrakt o największej wartości w zakresie rehabilitacji neurologicznej (2,1 mln zł).

Tabela 48. Świętokrzyski OW NFZ – neurologia – hospitalizacja A48, A51 (leczenie w oddziale udarowym)

Lp.	Nazwa świadczeniodawcy	Miasto	Sumaryczna kwota kontraktu w zł
1.	Wojewódzki Szpital Zespolony w Kielcach	Kielce	7 134 504,00
2.	Zespół Opieki Zdrowotnej w Skarżysku-Kamiennej	Skarżysko-Kamienna	2 762 772,00
3.	Zespół Opieki Zdrowotnej w Ostrowcu Świętokrzyskim	Ostrowiec Świętokrzyski	2 518 984,00
4.	Zespół Opieki Zdrowotnej w Końskich	Końskie	2 464 124,00
5.	Szpital Specjalistyczny Ducha Świętego w Sandomierzu	Sandomierz	2 346 032,00
6.	Powiatowy Zakład Opieki Zdrowotnej – Starachowice	Starachowice	2 142 714,00
7.	Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Staszowie	Staszów	1 537 900,00
	Razem		20 907 030,00

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Tabela 49. Świętokrzyski OW NFZ – rehabilitacja neurologiczna

Lp.	Nazwa świadczeniodawcy	Miasto	Sumaryczna kwota kontraktu w zł
1.	Wojewódzki Szpital Zespolony w Kielcach	Kielce	2 063 143,95
2.	Zespół Opieki Zdrowotnej w Końskich	Końskie	1 102 812,90
3.	Szpital Specjalistyczny Ducha Świętego w Sandomierzu	Sandomierz	950 287,80
4.	Zespół Opieki Zdrowotnej w Ostrowcu Świętokrzyskim	Ostrowiec Świętokrzyski	804 414,45
5.	Powiatowy Zakład Opieki Zdrowotnej – Starachowice	Starachowice	798 126,00
6.	Zespół Opieki Zdrowotnej w Skarżysku-Kamiennej	Skarżysko-Kamienna	745 857,00
	Razem		6 464 642,10

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

3.4.14. Województwo warmińsko-mazurskie

Charakterystyka województwa:

- W systemie JGP w 2011 roku średni koszt hospitalizacji wyniósł w ramach procedury:
 - A48: 8 292,12 zł (średnia dla Polski: 8 420,04 zł),
 - A49: 3 968,46 zł (średnia dla Polski: 4 041,54 zł),
 - A50: 1 904,69 zł (średnia dla Polski: 1 932,05 zł),
 - A51: 12 342,00 zł (średnia dla Polski: 12 457,70 zł).
- Wojewódzki Szpital Zespolony w Elblągu ma kontrakt o największej wartości w zakresie neurologii – hospitalizacji A48, A51 (4,3 mln zł) w województwie warmińsko-mazurskim.
- Szpital Powiatowy im. Jana Pawła II w Bartoszycach ma kontrakt o największej wartości w zakresie rehabilitacji neurologicznej (2,6 mln zł) w województwie warmińsko-mazurskim.

Tabela 50. Warmińsko-Mazurski OW NFZ – neurologia – hospitalizacja A48, A51 (leczenie w oddziale udarowym)

Lp.	Nazwa świadczeniodawcy	Miasto	Sumaryczna kwota kontraktu w zł
1.	Wojewódzki Szpital Zespolony w Elblągu	Elbląg	4 286 048,00
2.	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny	Olsztyn	2 907 788,00
3.	Powiatowy Szpital im. Władysława Biegańskiego w Iławie	Iława	2 127 112,00
4.	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Działdowie	Działdowo	2 019 368,00
5.	SPZOZ Ministerstwa Spraw Wewnętrznych z Warmińsko-Mazurskim Centrum Onkologii w Olsztynie	Olsztyn	1 974 908,00
6.	108 Szpital Wojskowy z Przychodnią SPZOZ w Elku	Elk	1 781 676,00
	Razem		15 096 900,00

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Tabela 51. Warmińsko-Mazurski OW NFZ – rehabilitacja neurologiczna

Lp.	Nazwa świadczeniodawcy	Miasto	Sumaryczna kwota kontraktu w zł
1.	Szpital Powiatowy im. Jana Pawła II w Bartoszczach	Bartoszyce	2 602 680,00
2.	Wojewódzki Szpital Rehabilitacyjny dla Dzieci w Ameryce	Ameryka	1 702 248,40
3.	Mazurskie Centrum Zdrowia Zakład Opieki Zdrowotnej w Elku Pro-Medica w Elku sp. z o.o.	Elk	1 489 943,45
4.	Elbląski Szpital Specjalistyczny z Przychodnią SPZOZ w Elblągu	Elbląg	992 464,95
5.	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Działdowie	Działdowo	980 710,80
6.	Powiatowy Szpital im. Władysława Biegańskiego w Iławie	Iława	946 822,60
7.	Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Olsztynie	Olsztyn	924 341,60
8.	Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej	Morąg	829 529,50
9.	Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy im. prof. dr. Stanisława Popowskiego	Olsztyn	573 847,70
10.	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny	Olsztyn	573 731,55
Razem			11 616 320,55

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

3.4.15. Województwo wielkopolskie

Charakterystyka województwa:

1. W systemie JGP w 2011 roku średni koszt hospitalizacji wyniósł w ramach procedury:
- A48: 8 414,13 zł (średnia dla Polski: 8 420,04 zł),
 - A49: 4 022,94 zł (średnia dla Polski: 4 041,54 zł),
 - A50: 1 907,68 zł (średnia dla Polski: 1 932,05 zł),
 - A51: 12 445,50 zł (średnia dla Polski: 12 457,70 zł).
2. Szpital Wojewódzki w Poznaniu ma kontrakt o największej wartości w zakresie neurologii – hospitalizacji A48, A51 (5,1 mln zł) w województwie wielkopolskim.
3. Boni Fratres Marysiniensis sp. z o.o. Szpital Zakonu Bonifratrów św. Benedykta Menni w Piaskach ma kontrakt o największej wartości w zakresie rehabilitacji neurologicznej (5,8 mln zł) w województwie wielkopolskim.

Tabela 52. Wielkopolski OW NFZ – neurologia – hospitalizacja A48, A51 (leczenie w oddziale udarowym)

Lp.	Nazwa świadczeniodawcy	Miasto	Sumaryczna kwota kontraktu w zł
1.	Szpital Wojewódzki w Poznaniu	Poznań-Jeżyce	5 064 124,00
2.	Wojewódzki Szpital Zespolony w Koninie	Konin	4 058 028,00
3.	Wielospecjalistyczny Szpital Miejski im. Józefa Strusia z Zakładem Opiekuńczo-Lecznicznym. SPZOZ z siedzibą w Poznaniu	Poznań-Nowe Miasto	3 443 648,00
4.	Szpital Specjalistyczny w Pile im. Stanisława Staszica	Piła	2 903 992,00
5.	Centrum Medyczne HCP sp. z o.o. NZOZ Centrum Medyczne HCP - lecznictwo stacjonarne	Poznań	2 755 376,00
6.	Wojewódzki Szpital Zespolony im. Ludwika Perzyny w Kaliszu	Kalisz	2 704 520,00
7.	SPZOZ Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych Dziekanka im. Aleksandra Piotrowskiego	Gniezno	2 132 936,00
8.	Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej Ostrów Wielkopolski	Ostrów Wielkopolski	2 125 084,00
9.	Wojewódzki Szpital Zespolony w Lesznie	Leszno	2 030 236,00
10.	Szpital w Śremie sp. z o.o.	Śrem	1 940 172,00
11.	SPZOZ Ministerstwa Spraw Wewnętrznych w Poznaniu im. prof. Ludwika Bierkowskiego	Poznań-Jeżyce	1 926 028,00
12.	SPZOZ im. dr. Kazimierza Hologi	Nowy Tomyśl	1 425 216,00
Razem			32 509 360,00

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Tabela 53. Wielkopolski OW NFZ – rehabilitacja neurologiczna

Lp.	Nazwa świadczeniodawcy	Miasto	Sumaryczna kwota kontraktu w zł
1.	Boni Fratres Marysiniensis sp. z o.o. Szpital Zakonu Bonifratrów św. Benedykta Menni w Piaskach	Piaski	5 812 127,20
2.	Ortopedyczno-Rehabilitacyjny Szpital Kliniczny im. Wiktora Degi Uniwersytetu Medycznego im.Karola Marcinkowskiego	Poznań-Wilda	2 752 587,00
3.	SPZOZ Szpital Rehabilitacyjny MSW	Górzno	1 885 226,20
4.	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Krotoszynie	Krotoszyn	1 829 971,00
5.	Wojewódzki Szpital Neuropsychiatryczny im. Oskara Bielawskiego w Kościanie	Kościan	1 653 686,10
6.	Wojewódzki Szpital Zespolony im. Ludwika Perzyny w Kaliszu	Kalisz	1 381 613,20
7.	SPZOZ Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych Dziekanka im. Aleksandra Piotrowskiego	Gniezno	1 273 726,30
8.	Szpital w Śremie sp. z o.o.	Śrem	1 263 513,90
9.	Wojewódzki Szpital Zespolony w Koninie	Konin	1 225 145,90
10.	Szpital Wojewódzki w Poznaniu	Poznań-Jeżyce	1 174 608,00
11.	Szpital Powiatowy we Wrześni sp. z o.o.	Września	656 510,80
12.	Pleszewskie Centrum Medyczne sp. z o.o. NZZOZ	Pleszew	491 040,00
Razem			21 399 755,60

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

3.4.16. Województwo zachodniopomorskie

Charakterystyka województwa:

- W systemie JGP w 2011 roku średni koszt hospitalizacji wyniósł w ramach procedury:
 - A48: 8 574,38 zł (średnia dla Polski: 8 420,04 zł),
 - A49: 4 009,65 zł (średnia dla Polski: 4 041,54 zł),
 - A50: 1 918,07 zł (średnia dla Polski: 1 932,05 zł),
 - A51: 12 634,50 zł (średnia dla Polski: 12 457,70 zł).
- Szpital Wojewódzki im. M. Kopernika w Koszalinie ma kontrakt o największej wartości w zakresie neurologii – hospitalizacji A48, A51 (3,3 mln zł) w województwie zachodniopomorskim.
- Szpital Powiatowy w Białogardzie ma kontrakt o największej wartości w zakresie rehabilitacji neurologicznej (3,9 mln zł) w województwie zachodniopomorskim.

Tabela 54. Zachodniopomorski OW NFZ – neurologia – hospitalizacja A48, A51 (leczenie w oddziale udarowym)

Lp.	Nazwa świadczeniodawcy	Miasto	Sumaryczna kwota kontraktu w zł
1.	Szpital Wojewódzki im. M. Kopernika w Koszalinie	Koszalin	3 292 380,00
2.	Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Gryficach	Gryfice	3 134 664,00
3.	Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 1 im. prof. Tadeusza Sokołowskiego PUM	Szczecin	2 640 456,00
4.	Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Zespolony	Szczecin	2 059 200,00
5.	Regionalny Szpital w Kołobrzegu	Kołobrzeg	1 458 756,00
6.	SPZOZ Ministerstwa Spraw Wewnętrznych w Szczecinie	Szczecin	325 000,00
7.	107 Szpital Wojskowy z Przychodnią SPZOZ w Wałczu	Wałcz	101 088,00
	Razem		13 011 544,00

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Tabela 55. Zachodniopomorski OW NFZ – rehabilitacja neurologiczna

Lp.	Nazwa świadczeniodawcy	Miasto	Sumaryczna kwota kontraktu w zł
1.	Szpital Powiatowy w Białogardzie	Białogard	3 907 035,45
2.	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Choszcznie	Choszczno	2 402 278,40
3.	Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Stargardzie Szczecińskim	Stargard Szczeciński	1 023 053,75
4.	Regionalny Szpital w Kołobrzegu	Kołobrzeg	999 808,00
5.	Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Zespolony	Szczecin	381 861,60
6.	Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Gryficach	Gryfice	362 033,43
7.	SPZOZ Szpital Specjalistyczny Ministerstwa Spraw Wewnętrznych w Złocieniu	Złocieniec	178 452,46
	Razem		9 254 523,09

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

4. NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY SPOWODOWANA CHOROBIAMI NACZYŃ MÓZGOWYCH W BADANIACH PROWADZONYCH PRZEZ ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH

Obowiązujący w Polsce system ubezpieczeń społecznych gwarantuje m.in. ochronę ubezpieczonych zagrożonych utratą zdolności do pracy. Katalog świadczeń przyznawanych i wypłacanych przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych obejmuje zarówno czasową, jak i długoterminową niezdolność do pracy.

Z uwagi na fakt realizowania wypłaty tych świadczeń Zakład Ubezpieczeń Społecznych dysponuje wieloma informacjami nie tylko o wysokości wypłat, ale też o cechach społeczno-demograficznych ubezpieczonych. Gromadzone w Zakładzie dane umożliwiają prowadzenie szczegółowych analiz w różnych przekrojach, przykładowo z dokładnością do jednostki chorobowej (zdefiniowanej zgodnie z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych Rewizja Dziesiąta ICD-10).

Prezentowana analiza dotyczy niezdolności do pracy spowodowanej chorobami zaklasyfikowanymi do jednej z podgrup chorób układu krążenia, tj. podgrupy chorób naczyń mózgowych.

4.1. Czasowa niezdolność do pracy – absencja chorobowa

W 2012 r. w Rejestrze zaświadczeń lekarskich KSI ZUS odnotowano 16 600,1 tys. zaświadczeń lekarskich o czasowej niezdolności do pracy z tytułu choroby własnej wydanych osobom ubezpieczonym w ZUS. Łączna liczba dni absencji chorobowej wyniosła 206 776,3 tys.

Absencja chorobowa z tytułu chorób układu krążenia (obejmująca jednostki chorobowe od I00 do I99) to 12 605,6 tys. dni w 2012 r. (tj. ponad 6 proc. absencji ogółem).

Choroby naczyń mózgowych stanowiły przyczynę wydania zaświadczeń lekarskich w 46 tys. przypadków na łączną liczbę 1 017,5 tys. dni absencji chorobowej. W tej podgrupie chorób największą liczbę dni absencji chorobowej odnotowano z tytułu następstw chorób naczyń mózgowych, tj. 38,7 proc. ogółu dni absencji tej podgrupy, oraz w związku z zawałem mózgu – 30,6 proc. liczby dni absencji.

W porównaniu z 2011 r. liczba dni absencji chorobowej spowodowanej chorobami naczyń mózgowych utrzymała się na zbliżonym poziomie.

Przeciętna długość zaświadczenia lekarskiego w 2012 r. wyniosła 12,46 dnia. W przypadku niezdolności do pracy spowodowanej chorobami naczyń mózgowych – 22,14 dnia (w 2011 r. odpowiednio 12,23 dnia i 22,03 dnia).

Tabela 56. Absencja chorobowa z tytułu choroby własnej osób ubezpieczonych w ZUS w latach 2011-2012

Wyszczególnienie	2011			2012		
	Razem	Mężczyźni	Kobiety	Razem	Mężczyźni	Kobiety
Liczba dni w tys.						
OGÓŁEM (A00-Z99)	207 420,8	92 533,5	114 839,7	206 776,3	92 368,0	114 328,2
w tym:						
Choroby układu krążenia I00 - I99	12 733,9	8 522,5	4 209,0	12 605,6	8 528,0	4 074,3
w tym:						
Choroby naczyń mózgowych I60 - I69	1 010,8	672,9	337,6	1 017,5	672,1	345,4
z tego:						
Krwotok podpajęczynówkowy I60	61,7	31,1	30,6	63,2	33,7	29,5
Krwotok mózgowy I61	56,7	42,1	14,6	52,2	39,8	12,4
Inne nieurazowe krwotoki mózgowie I62	7,0	4,7	2,3	5,5	3,7	1,8
Zawał mózgu I63	301,9	223,2	77,7	311,8	226,0	85,8
Udar, nieokreślony jako krwotoczny lub zawałowy I64	48,8	36,2	12,5	40,8	30,5	10,3
Niedrożność i zwężenie tętnic przedmózgowych niepowodujące zawału mózgu I65	42,0	25,5	16,5	38,2	25,1	13,1
Niedrożność i zwężenie tętnic mózgowych niepowodujące zawału mózgu I66	15,3	8,5	6,8	15,5	8,3	7,2
Inne choroby naczyń mózgowych I67	93,7	48,5	45,2	88,3	39,9	48,4
Zaburzenia naczyń mózgowych w chorobach występujących gdzie indziej I68	9,9	5,7	4,2	8,2	4,7	3,5
Następstwa chorób naczyń mózgowych I69	374,7	247,4	127,2	393,8	260,4	133,4

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych ZUS.

W 2012 r. liczba osób ubezpieczonych w ZUS, które przynajmniej raz w ciągu roku przebywały na zwolnieniu lekarskim z tytułu chorób naczyń mózgowych, wyniosła 19,1 tys. (w 2011 r. 19,2 tys. osób). Przeciętna absencja chorobowa skumulowana (wynikająca z sumy dni absencji w roku dla danej osoby) przypadająca na jedną osobę w 2012 r. wyniosła 53,2 dnia (w 2011 r. 52,7 dnia). Przeciętna absencja chorobowa skumulowana w przypadku poszczególnych jednostek chorobowych tej podgrupy wahała się od 22,6 dni (zaburzenia naczyń mózgowych w chorobach występujących gdzie indziej) do 49 dni (krwotok podpajęczynówkowy).

Z ogólnej liczby dni absencji chorobowej spowodowanej chorobami naczyń mózgowych 66,0 proc. (tj. 672,1 tys. dni) stanowiła absencja mężczyzn. Podobna proporcja wystąpiła również w 2011 r.

W przypadku mężczyzn najwyższy udział dni absencji w podgrupie chorób naczyń mózgowych stanowiła absencja spowodowana zawałami mózgu – 33,6 proc. oraz wywołana następstwami chorób naczyń mózgowych – 38,7 proc.

W przypadku kobiet te dwie jednostki chorobowe spowodowały w 2012 r. 63,4 proc. absencji.

Tabela 57. Struktura liczby dni absencji chorobowej z tytułu choroby własnej osób ubezpieczonych w ZUS spowodowanej chorobami naczyń mózgowych w latach 2011-2012

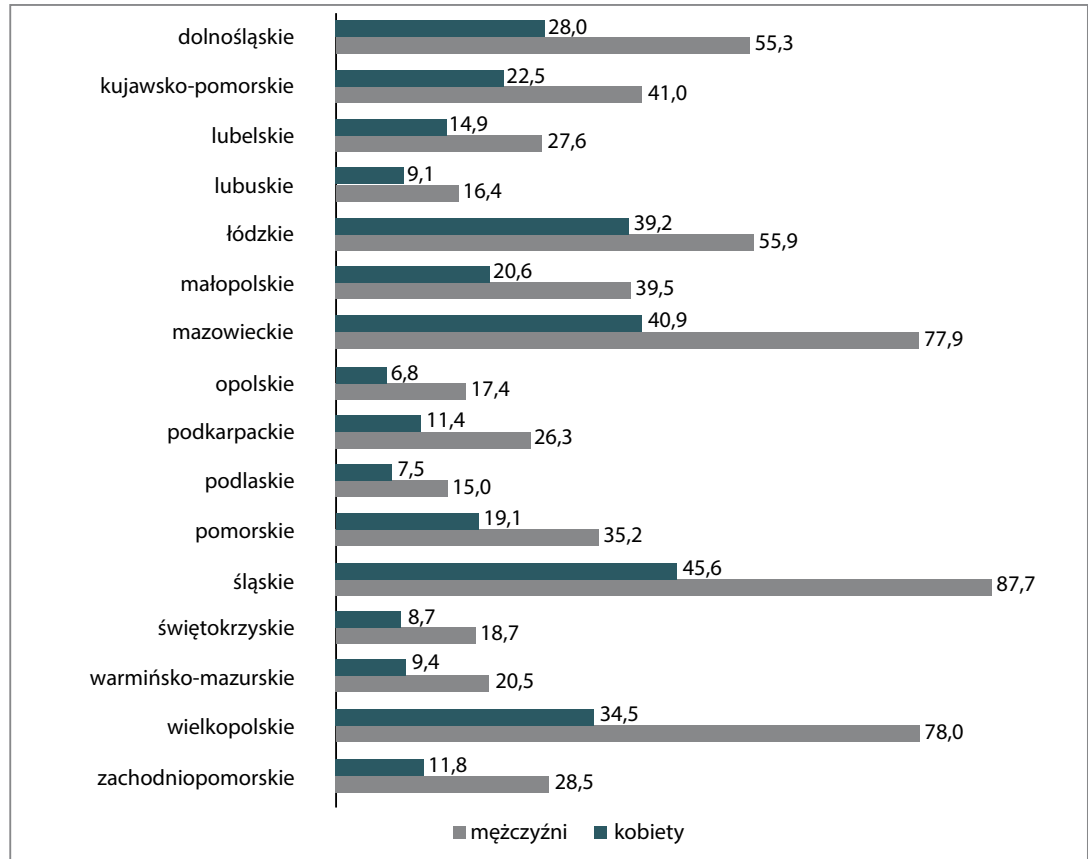
Wyszczególnienie	2011			2012		
	Razem	Mężczyźni	Kobiety	Razem	Mężczyźni	Kobiety
Choroby naczyń mózgowych I60 - I69	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
z tego:						
Krwotok podpajęczynówkowy I60	6,1	4,6	9,1	6,2	5,0	8,5
Krwotok mózgowy I61	5,6	6,2	4,3	5,2	5,9	3,6
Inne nieurazowe krwotoki mózgowie I62	0,7	0,7	0,7	0,5	0,6	0,5
Zawał mózgu I63	29,8	33,2	23,0	30,6	33,6	24,8
Udar, nieokreślony jako krwotoczny lub zawałowy I64	4,8	5,4	3,7	4,0	4,5	3,1
Niedrożność i zwężenie tętnic przedmózgowych niepowodujące zawału mózgu I65	1,1	3,8	4,9	3,8	3,7	3,8
Niedrożność i zwężenie tętnic mózgowych niepowodujące zawału mózgu I66	1,5	1,3	2,0	1,5	1,2	2,1
Inne choroby naczyń mózgowych I67	9,3	7,2	13,4	8,7	6,0	14,0
Zaburzenia naczyń mózgowych w chorobach występujących gdzie indziej I68	1,0	0,8	1,2	0,8	0,8	1,0
Następstwa chorób naczyń mózgowych I69	37,1	36,8	37,7	38,7	38,7	38,6

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych ZUS.

Analizując liczbę dni absencji chorobowej z tytułu chorób naczyń mózgowych w 2012 r., obserwujemy znacznie wyższą absencję chorobową mężczyzn niż kobiet. I tak, w województwie dolnośląskim jest ona wyższa o prawie 100 proc., a w województwie opolskim o ponad 155,9 proc.

Analogiczna tendencja występowała w 2011 r.

Wykres nr 7. Liczba dni absencji chorobowej z tytułu choroby własnej osób ubezpieczonych w ZUS z powodu chorób naczyń mózgowych w poszczególnych województwach według płci w 2012 r.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych ZUS.

Tabela 58. Liczba dni absencji chorobowej z tytułu choroby własnej osób ubezpieczonych w ZUS z powodu chorób naczyń mózgowych w 2011 r. według województw

Wyszczególnienie	Ogółem I60-I69		Liczba dni absencji chorobowej w tys.																z tego jednostki chorobowe:			
	Razem	w tym:																	I66	I67	I68	I69
			Mężczyźni	Kobiety	I60	I61	I62	I63	I64	I65	I66	I67	I68	I69								
Ogółem	1 010,8	672,9	337,6	61,7	56,7	7,0	301,0	48,7	42,0	15,3	93,8	9,9	374,7									
Dolnośląskie	86,4	60,8	25,6	3,8	4,4	0,7	27,2	5,7	4,0	0,5	7,0	0,4	32,7									
Kujawsko-pomorskie	64,7	40,9	23,8	2,9	2,6	0,1	17,6	1,9	2,9	0,9	9,6	0,9	25,3									
Lubelskie	40,3	25,8	14,5	2,2	1,8	0,2	12,3	1,2	1,0	0,5	5,5	0,8	14,8									
Lubuskie	24,8	16,4	8,4	1,7	1,9	0,3	7,7	1,8	0,4	0,2	1,5	0,3	9,0									
Łódzkie	96,1	60,9	35,2	5,1	4,7	0,8	23,2	7,9	3,8	4,9	13,0	1,2	31,5									
Małopolskie	56,3	37,5	18,8	5,1	3,9	0,4	22,4	2,0	2,4	0,3	4,2	0,3	15,3									
Mazowieckie	117,4	78,8	38,6	6,5	6,6	0,7	32,7	6,9	3,1	0,5	11,6	1,0	47,8									
Opolskie	25,0	19,0	6,0	1,6	2,0	0,2	7,6	1,4	1,0	0,1	0,8	0,2	10,1									
Podkarpackie	32,4	22,8	9,6	2,6	2,1	0,6	8,4	1,0	1,9	0,2	2,7	0,5	12,4									
Podlaskie	21,9	13,5	8,4	1,4	1,4	0,1	8,2	0,3	0,2	0,2	2,3	0,1	7,7									
Pomorskie	53,9	35,0	18,9	2,8	2,9	0,4	18,4	3,4	1,2	0,7	4,9	1,0	18,2									
Śląskie	136,3	87,9	48,4	9,5	8,5	0,3	40,7	2,9	11,6	1,9	12,1	0,8	48,0									
Świętokrzyskie	31,3	22,4	8,9	1,4	1,6	0,0	8,4	0,5	1,1	0,3	1,6	0,6	15,8									
Warmińsko-mazurskie	28,8	19,3	9,5	2,8	1,7	0,3	7,1	1,9	0,8	0,3	2,5	0,3	11,1									
Wielkopolskie	101,4	69,2	32,2	5,9	5,9	0,4	30,8	3,8	3,5	1,1	7,5	0,5	42,0									
Zachodniopomorskie	38,0	26,4	11,6	2,9	2,1	0,4	13,2	3,4	0,7	0,6	1,7	0,3	12,7									
Nieustalone województwo	55,8	36,3	19,2	3,5	2,6	1,1	15,1	2,7	2,4	2,1	5,3	0,7	20,3									

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych ZUS.

Tabela 59. Struktura liczby dni absencji chorobowej z tytułu choroby własnej osób ubezpieczonych w ZUS z powodu chorób naczyń mózgowych w 2011 r. według województw

Wyszczególnienie	Razem	Ogółem I60-I69		z tego jednostki chorobowe:												
		w tym:		Liczba dni absencji chorobowej w tys.												
		Mężczyźni	Kobiety	I60	I61	I62	I63	I64	I65	I66	I67	I68	I69			
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	100,0	100,0	100,0	100,0
Dolnośląskie	8,5	9,0	7,6	6,2	7,8	10,0	9,0	11,7	9,5	3,3	7,5	4,0	8,7			
Kujawsko-pomorskie	6,4	6,1	7,1	4,7	4,6	1,4	5,9	3,9	6,9	5,9	10,2	9,1	6,7			
Lubelskie	4,0	3,8	4,3	3,6	3,2	2,9	4,1	2,5	2,4	3,3	5,9	8,1	3,9			
Lubuskie	2,5	2,4	2,5	2,8	3,3	4,3	2,6	3,7	1,0	1,3	1,6	3,0	2,4			
Łódzkie	9,5	9,1	10,4	8,3	8,3	11,4	7,7	16,2	9,0	32,0	13,9	12,1	8,4			
Małopolskie	5,6	5,6	5,6	8,3	6,9	5,7	7,4	4,1	5,7	1,9	4,5	3,0	4,1			
Mazowieckie	11,6	11,7	11,4	10,5	11,6	10,0	10,9	14,2	7,4	3,3	12,4	10,1	12,8			
Opolskie	2,5	2,8	1,8	2,6	3,5	2,9	2,5	2,9	2,4	0,6	0,8	2,0	2,7			
Podkarpackie	3,2	3,4	2,8	4,2	3,7	8,6	2,8	2,1	4,5	1,3	2,9	5,1	3,3			
Podlaskie	2,2	2,0	2,5	2,3	2,5	1,4	2,7	0,6	0,5	1,3	2,4	1,0	2,1			
Pomorskie	5,3	5,2	5,6	4,5	5,1	5,7	6,1	7,0	2,9	4,6	5,2	10,1	4,9			
Śląskie	13,5	13,1	14,4	15,4	15,0	4,3	13,5	5,9	27,6	12,4	12,9	8,1	12,8			
Świętokrzyskie	3,1	3,3	2,6	2,3	2,8	0,0	2,8	1,0	2,6	2,0	1,7	6,1	4,2			
Warmińsko-mazurskie	2,8	2,9	2,8	4,5	3,0	4,3	2,4	3,9	1,9	2,0	2,7	3,0	3,0			
Wielkopolskie	10,0	10,3	9,5	9,5	10,4	5,7	10,2	7,8	8,3	7,2	8,0	5,1	11,2			
Zachodniopomorskie	3,8	3,9	3,4	4,7	3,7	5,7	4,4	7,0	1,7	3,9	1,8	3,0	3,4			
Nieustalone województwo	5,5	5,4	5,7	5,6	4,6	15,7	5,0	5,5	5,7	13,7	5,6	7,1	5,4			

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych ZUS.

Tabela 60. Liczba dni absencji chorobowej z tytułu choroby własnej osób ubezpieczonych w ZUS z powodu chorób naczyń mózgowych w 2012 r. według województw

Wyszczególnienie	Razem	Ogółem I60-I69		z tego jednostki chorobowe:												
		w tym:		Liczba dni absencji chorobowej w tys.												
		Mężczyźni	Kobiety	I60	I61	I62	I63	I64	I65	I66	I67	I68	I69			
Ogółem	1 017,8	672,1	345,4	63,2	52,2	5,5	311,9	40,8	38,2	15,6	88,3	8,2	393,9			
Dolnośląskie	83,3	55,3	28,0	4,9	4,6	0,5	23,5	5,9	3,0	0,5	6,8	0,2	33,4			
Kujawsko-pomorskie	63,5	41,0	22,5	2,9	2,1	0,3	19,1	1,9	1,9	1,0	9,4	0,9	24,0			
Lubelskie	42,5	27,6	14,9	1,7	2,2	0,4	14,2	1,0	1,4	0,5	4,7	0,3	16,1			
Lubuskie	25,5	16,4	9,1	1,3	1,1	0,0	8,8	1,7	0,6	0,0	1,3	0,1	10,6			
Łódzkie	95,1	55,9	39,2	5,6	4,6	0,6	25,0	5,8	4,4	5,3	9,5	0,7	33,6			
Małopolskie	60,1	39,5	20,6	5,2	3,7	0,3	23,5	2,2	2,3	0,4	5,0	0,2	17,3			
Mazowieckie	118,8	77,9	40,9	6,2	5,4	0,4	33,8	5,9	3,9	0,7	11,0	1,1	50,4			
Opolskie	24,2	17,4	6,8	2,2	0,9	0,0	6,8	0,6	0,6	0,2	1,6	0,2	11,1			
Podkarpackie	37,7	26,3	11,4	3,0	1,9	0,2	11,8	1,3	1,6	0,6	3,0	0,1	14,2			
Podlaskie	22,5	15,0	7,5	1,3	1,1	0,2	8,2	0,4	0,3	0,0	1,9	0,0	9,1			
Pomorskie	54,3	35,2	19,1	4,3	3,0	0,6	18,2	1,4	1,6	0,7	4,6	0,6	19,3			
Śląskie	133,3	87,7	45,6	9,2	6,4	0,8	41,8	1,9	9,2	1,1	11,4	1,5	50,0			
Świętokrzyskie	27,4	18,7	8,7	1,9	0,9	0,2	5,9	0,7	0,9	0,4	1,4	0,7	14,4			
Warmińsko-mazurskie	29,9	20,5	9,4	1,9	1,6	0,0	9,3	2,3	1,0	0,2	1,8	0,1	11,7			
Wielkopolskie	112,5	78,0	34,5	5,7	6,7	0,6	34,2	3,6	3,4	1,5	8,8	0,9	47,1			
Zachodniopomorskie	40,3	28,5	11,8	2,8	3,5	0,3	13,5	2,5	0,8	0,2	2,5	0,2	14,0			
Nieustalone województwo	46,9	31,2	15,4	3,1	2,5	0,1	14,3	1,7	1,3	2,3	3,6	0,4	17,6			

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych ZUS.

Tabela 61. Struktura liczby dni absencji chorobowej z tytułu choroby własnej osób ubezpieczonych w ZUS z powodu chorób naczyń mózgowych w 2012 r. według województw

Wyszczególnienie	Ogółem I60-I69		z tego jednostki chorobowe:																		
	Razem	w tym:	Mężczyźni		Kobiety		I60	I61	I62	I63	I64	I65	I66	I67	I68	I69	Liczba dni absencji chorobowej w odsetkach				
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	100,0	100,0	100,0	100,0					
Dolnośląskie	8,2	8,2	8,1	7,7	8,8	8,8	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0					
Kujawsko-pomorskie	6,2	6,1	6,5	4,6	4,0	4,0	5,5	5,5	6,1	4,7	4,7	5,0	6,4	10,6	11,10	6,1					
Lubelskie	4,2	4,1	4,3	2,7	4,2	4,2	7,3	7,3	4,6	2,4	2,4	3,7	3,2	5,3	3,80	4,1					
Lubuskie	2,5	2,4	2,6	2,1	2,1	2,1	0,0	0,0	2,8	4,2	4,2	1,6	0,0	1,5	1,22	2,7					
Łódzkie	9,3	8,3	11,4	8,9	8,8	8,8	10,9	10,9	8,0	14,2	14,2	11,5	34,0	10,8	8,54	8,5					
Małopolskie	5,9	5,9	6,0	8,2	7,1	7,1	5,5	5,5	7,5	5,4	5,4	6,0	2,6	5,7	2,44	4,4					
Mazowieckie	11,7	11,6	11,8	9,8	10,3	10,3	7,3	7,3	10,8	14,5	14,5	10,2	4,5	12,5	13,41	12,8					
Opolskie	2,4	2,7	2,0	3,5	1,7	1,7	0,0	0,0	2,2	1,5	1,5	1,6	1,3	1,8	2,44	2,8					
Podkarpackie	3,7	3,9	3,3	4,7	3,6	3,6	3,6	3,6	3,8	3,2	3,2	4,2	3,8	3,4	1,22	3,6					
Podlaskie	2,2	2,2	2,2	2,1	2,1	2,1	3,6	3,6	2,6	1,0	1,0	0,8	0,0	2,1	0,00	2,3					
Pomorskie	5,3	5,2	5,5	6,8	5,8	5,8	10,9	10,9	5,8	3,4	3,4	4,2	4,5	5,2	7,32	4,9					
Śląskie	13,1	13,1	13,2	14,6	12,3	12,3	14,5	14,5	13,4	4,6	4,6	24,1	7,0	12,9	18,29	12,7					
Świętokrzyskie	2,7	2,8	2,5	3,0	1,7	1,7	3,6	3,6	1,9	1,7	1,7	2,3	2,6	1,6	8,54	3,7					
Warmińsko-mazurskie	2,9	3,1	2,7	3,0	3,1	3,1	0,0	0,0	3,0	5,6	5,6	2,6	1,3	2,0	1,22	3,0					
Wielkopolskie	11,1	11,6	10,0	9,0	12,8	12,8	10,9	10,9	11,0	8,8	8,8	8,9	9,6	10,0	10,98	11,9					
Zachodniopomorskie	4,0	4,2	3,4	4,4	6,7	6,7	5,5	5,5	4,3	6,1	6,1	2,1	1,3	2,8	2,44	3,5					
Nieustalone województwo	4,6	4,6	4,5	4,9	4,9	4,9	1,8	1,8	4,7	4,2	4,2	3,4	14,7	4,1	4,88	4,5					

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych ZUS.

Rozkład dni absencji chorobowej w 2012 r. z tytułu chorób naczyń mózgowych według województw wskazuje na najwyższy udział województwa śląskiego (13,1 proc.) w ogólnej liczbie dni absencji chorobowej z powodu tej podgrupy chorób. W województwie mazowieckim było to 11,7 proc., w województwie wielkopolskim 11,1 proc. W 2011 r. również w tych województwach odnotowano najwyższy odsetek absencji.

W ocenie poziomu absencji chorobowej istotny jest wskaźnik liczby dni absencji chorobowej przypadającej na 1 tys. osób objętych obowiązkowym ubezpieczeniem zdrowotnym.

Kształtowanie się tego wskaźnika w 2012 r. w poszczególnych województwach prezentuje tabela nr 62.

Tabela 62. Wskaźnik liczby dni absencji chorobowej z tytułu chorób naczyń mózgowych w 2012 r. osób ubezpieczonych w ZUS w przeliczeniu na 1 tys. osób objętych ubezpieczeniem zdrowotnym w poszczególnych województwach

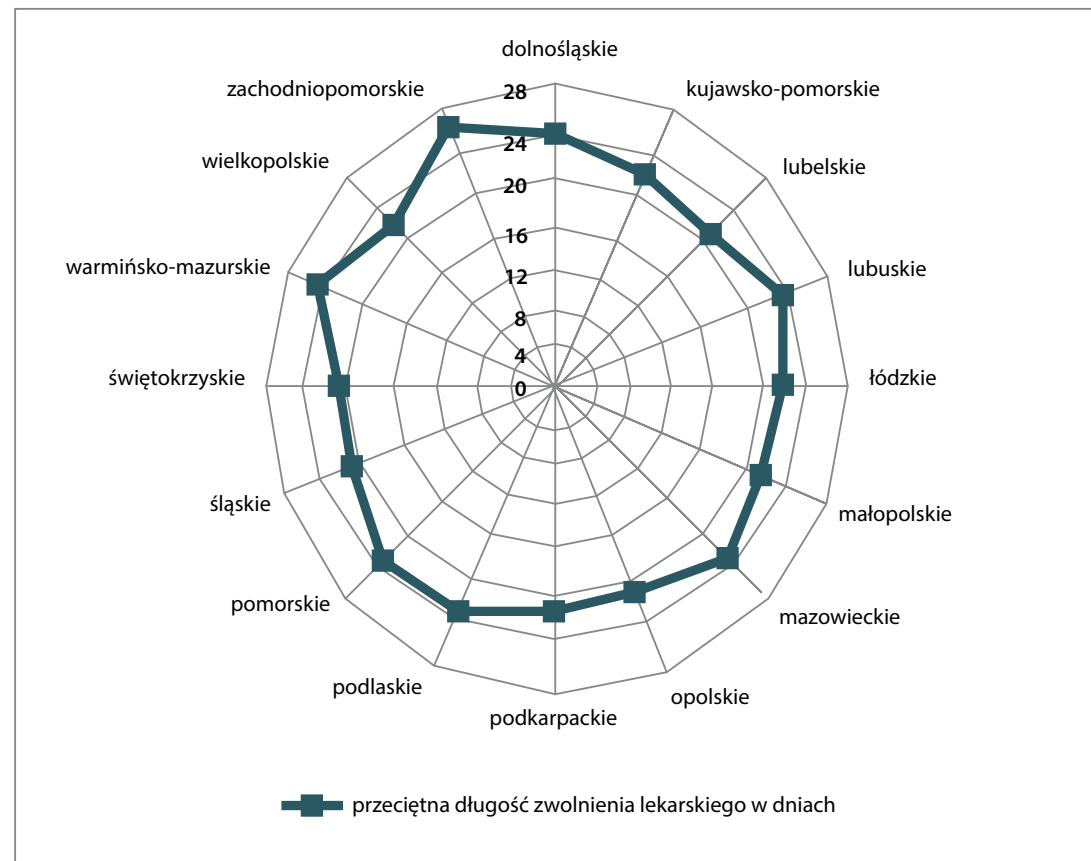
Wyszczególnienie	Liczba dni absencji chorobowej w tys.	Wskaźnik liczby dni absencji chorobowej na 1 tys. osób objętych obowiązkowym ubezpieczeniem zdrowotnym
Ogółem	1 017,8	42,66
w tym:		
Dolnośląskie	83,3	44,03
Kujawsko-pomorskie	63,5	48,79
Lubelskie	42,5	36,29
Lubuskie	25,5	38,77
Łódzkie	95,1	57,98
Małopolskie	60,1	30,29
Mazowieckie	118,8	35,91
Opolskie	24,2	41,73
Podkarpackie	37,7	30,61
Podlaskie	22,5	36,46
Pomorskie	54,3	38,46
Śląskie	133,3	42,58
Świętokrzyskie	27,4	36,77
Warmińsko-mazurskie	29,9	33,64
Wielkopolskie	112,5	52,04
Zachodniopomorskie	40,3	36,83

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych ZUS.

Wskaźniki wyższe od wskaźnika ogółem, wynoszącego 42,66, odnotowano w czterech województwach: łódzkim, wielkopolskim, kujawsko-pomorskim i dolnośląskim.

Przeciętną długość zaświadczenia lekarskiego z tytułu chorób naczyń mózgowych w poszczególnych województwach w 2012 r. przedstawia wykres nr 8. W stosunku do przeciętnej ogółem (22,14 dnia) w ponad połowie województw długość zaświadczenia lekarskiego była przeciętnie o 1 dzień niższa.

Wykres 8. Przeciętna długość zaświadczenia lekarskiego wystawionego z tytułu choroby własnej osobom ubezpieczonym w ZUS z powodu chorób naczyń mózgowych w poszczególnych województwach w 2012 r.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych ZUS.

Najwyższy odsetek osób ubezpieczonych, które w 2012 r. otrzymały przynajmniej jedno zaświadczenie lekarskie z tytułu niezdolności do pracy spowodowanej chorobami naczyń mózgowych, to osoby w wieku od 50 do 59 lat (48,5 proc.), co oznacza, że prawie co druga osoba była w wieku z tego przedziału. W przypadku kobiet odsetek ten wyniósł 51,5 proc.

Tabela 63. Struktura osób ubezpieczonych w ZUS, którym w latach 2011-2012 wydano w danym roku przynajmniej jedno zaświadczenie lekarskie z tytułu niezdolności do pracy spowodowanej chorobami naczyń mózgowych, według płci i wieku ubezpieczonych

Wiek ubezpieczonych	2011			2012		
	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety
Ogółem	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
19 lat i mniej	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2	0,1
20 - 29	3,6	3,3	4,3	3,4	3,0	4,0
30 - 39	9,1	7,3	11,9	9,1	6,9	12,6
40 - 49	19,7	15,9	25,9	18,8	15,6	23,9
50 - 59	49,1	48,5	50,0	48,5	46,6	51,5
60 - 64	14,3	19,7	5,5	15,9	22,2	5,7
65 i więcej	4,1	5,2	2,3	4,1	5,5	2,2
Nieustalony wiek						

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych ZUS.

4.2. Krótkoterminowa niezdolność do pracy – orzeczenia pierwszorazowe i ponowne uprawniające do świadczenia rehabilitacyjnego

Zgodnie z przepisami, świadczenie rehabilitacyjne przysługuje ubezpieczonemu, który po wykorzystaniu zasiłku chorobowego jest nadal niezdolny do pracy, ale leczenie i / lub rehabilitacja lecznicza rokują odzyskanie zdolności do pracy. Świadczenie rehabilitacyjne przysługuje na okres nie dłuższy niż 12 miesięcy.

W 2012 r. orzeczenia pierwszorazowe lekarzy orzeczników, w których ustalono uprawnienia do świadczenia rehabilitacyjnego, otrzymało 81,4 tys. osób. W porównaniu do 2011 r. liczba ta wzrosła o 7,5 proc. Z tytułu chorób układu krążenia liczba orzeczeń pierwszorazowych wyniosła 9,2 tys., w tym z powodu chorób naczyń mózgowych 1,7 tys. (wzrost o 15,1 proc. w stosunku do 2011 r.). Najwięcej orzeczeń z podgrupy chorób naczyń mózgowych (1 tys.) wydano z powodu następstw chorób naczyń mózgowych.

Tabela 64. Orzeczenia ustalające uprawnienia do świadczenia rehabilitacyjnego wydane przez lekarzy orzeczników w latach 2011-2012

Wyszczególnienie	Orzeczenia pierwszorazowe		Orzeczenia ponowne	
	2011	2012	2011	2012
Ogółem (A00-Z99)	75 711	81 352	56 575	67 305
w tym:				
Choroby układu krążenia I00 - I99	8 748	9 193	5 923	6 828
w tym:				
Choroby naczyń mózgowych I60 - I69	1 454	1 674	800	1 114
z tego:				
Krwotok podpajęczynówkowy I60	96	106	46	70
Krwotok mózgowy I61	67	68	34	33
Inne nieurazowe krwotoki mózgowe I62	9	6	6	7
Zawał mózgu I63	233	300	84	113
Udar, nieokreślony jako krwotoczny lub zawałowy I64	37	41	13	23
Niedrożność i zwężenie tętnic przedmózgowych niepowodujące zawału mózgu I65	13	20	8	9
Niedrożność i zwężenie tętnic mózgowych niepowodujące zawału mózgu I66	5	7	3	3
Inne choroby naczyń mózgowych I67	117	98	50	83
Zaburzenia naczyń mózgowych w chorobach występujących gdzie indziej I68	15	9	8	9
Następstwa chorób naczyń mózgowych I69	862	1 019	548	764

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych ZUS.

W populacji badanych w 2012 r., dla których przyczyną orzeczenia uprawniającego do świadczenia rehabilitacyjnego były choroby naczyń mózgowych, 65,7 proc. stanowili mężczyźni. W porównaniu z 2011 r. liczba orzeczeń wydanych mężczyznom z tego tytułu wzrosła o 19,3 proc.

Tabela 65. Orzeczenia pierwszorazowe ustalające uprawnienia do świadczenia rehabilitacyjnego z tytułu chorób naczyń mózgowych wydane przez lekarzy orzeczników w 2011 r. według wieku i jednostek chorobowych tej podgrup

Wyszczególnienie	Ogółem I60-I69			z tego jednostki chorobowe:									
	Razem	w tym:		I60	I61	I62	I63	I64	I65	I66	I67	I68	I69
		Mężczyźni	Kobiety										
Liczba orzeczeń pierwszorazowych													
Ogółem (I60 - I69)	1 454	921	530	96	67	9	233	37	13	5	117	15	862
19 lat i mniej	2	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1
20 - 29	59	34	25	8	4	1	6	1	-	-	4	1	34
30 - 39	147	75	72	14	6	2	20	4	-	-	18	3	80
40 - 49	374	184	190	39	24	4	67	14	4	1	34	3	184
50 - 59	775	534	241	34	28	2	126	14	9	4	55	7	496
60 - 64	93	91	2	1	4	-	14	3	-	-	6	-	65
65 lat i więcej	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Nieustalony wiek	3	-	-	-	1	-	-	1	-	-	-	-	1

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych ZUS.

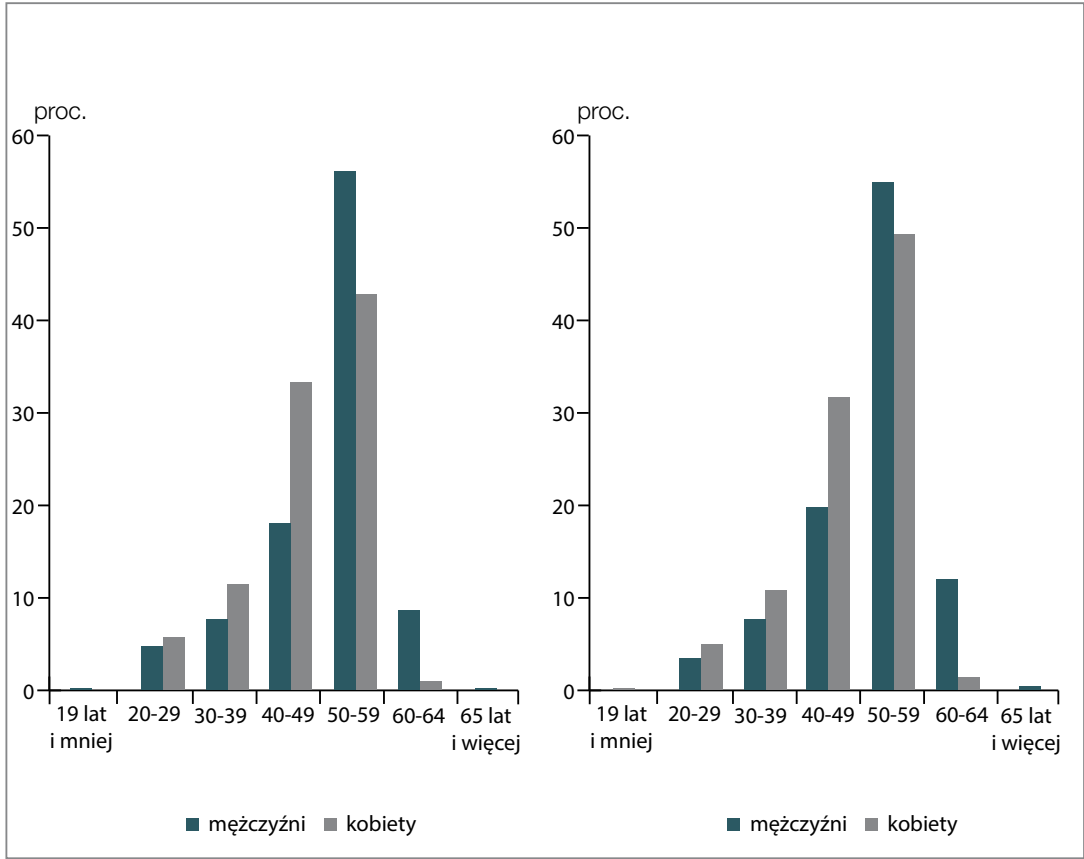
Tabela 66. Orzeczenia pierwszorazowe ustalające uprawnienia do świadczenia rehabilitacyjnego z tytułu chorób naczyń mózgowych wydane przez lekarzy orzeczników w 2012 r. według wieku i jednostek chorobowych tej podgrup

Wyszczególnienie	Ogółem I60-I69			z tego jednostki chorobowe:									
	Razem	w tym:		I60	I61	I62	I63	I64	I65	I66	I67	I68	I69
		Mężczyźni	Kobiety										
Liczba orzeczeń pierwszorazowych													
Ogółem (I60 - I69)	1 674	1 099	573	106	68	6	300	41	20	7	98	9	1 019
19 lat i mniej	1	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
20 - 29	53	26	27	6	3	-	7	1	1	-	8	1	26
30 - 39	145	81	64	16	5	1	21	9	1	1	9	-	82
40 - 49	418	232	186	46	18	3	79	7	1	-	19	2	243
50 - 59	901	614	287	36	36	1	168	22	13	4	56	4	561
60 - 64	150	142	8	1	6	1	23	1	4	2	6	2	104
65 lat i więcej	4	4	-	-	-	-	1	1	-	-	-	-	2
Nieustalony wiek	2	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych ZUS.

Najwyższy odsetek mężczyzn z ustalonym uprawnieniem do świadczenia rehabilitacyjnego wystąpił w przedziale wiekowym od 50 do 59 lat (55,9 proc.). W przypadku kobiet również ten przedział wiekowy był dominujący (50,1 proc.). W 2011 r. odsetek wynosił odpowiednio 58,0 proc. i 45,5 proc.

Wykres 9. Struktura wieku osób z orzeczoną po raz pierwszy świadczeniem rehabilitacyjnym z tytułu chorób naczyń mózgowych w latach 2011-2012



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych ZUS.

Tabele 67 i 68 ilustrują orzeczenia pierwszorazowe i ponowne ustalające uprawnienia do świadczenia rehabilitacyjnego wydane w 2012 r. z tytułu chorób naczyń mózgowych.

Najwyższy odsetek orzeczeń, zarówno pierwszorazowych, jak i ponownych, wydano na okres od 4 do 6 miesięcy.

Tabela 67. Orzeczenia pierwszorazowe ustalające uprawnienia do świadczenia rehabilitacyjnego z tytułu chorób naczyń mózgowych wydane przez lekarzy orzeczników w 2012 r. według przewidywanego okresu trwania tej niezdolności oraz średni wiek badanych osób

Wyszczególnienie	Ogółem liczba orzeczeń I60 - I69	Średni wiek ogółem w latach	z tego: orzeczenia wydane na okres:						nieustalony okres		
			do 3 miesięcy		4 - 6 miesięcy		7 - 9 miesięcy		10 - 12 miesięcy		Średni wiek
			Liczba	Średni wiek	Liczba	Średni wiek	Liczba	Średni wiek	Liczba	Średni wiek	Liczba
Choroby naczyń mózgowych I60 - I69	1 674	50,3	179	49,4	1 101	50,5	134	49,0	209	50,8	51
z tego:											
Krwotok podpańczynówkowy I60	106	45,3	11	45,3	71	45,7	10	41,7	12	46,8	2
Krwotok mózgowy I61	68	49,6	1	64,0	36	47,5	8	50,1	21	51,6	2
Inne nieurazowe krwotoki mózgowe I62	6	47,5	-	-	4	48,5	-	-	1	43,0	1
Zawał mózgu I63	300	50,6	28	46,0	180	50,4	36	51,4	50	52,4	6
Udar, nieokreślony jako krwotoczny lub zawałowy I64	41	48,2	4	47,0	32	49,0	-	-	3	47,3	2
Niedrożność i zwężenie tętnic przedmózgowych niepowodujące zawału mózgu I65	20	53,4	3	52,0	13	52,4	1	55,0	3	58,3	-
Niedrożność i zwężenie tętnic mózgowych niepowodujące zawału mózgu I66	7	53,1	-	-	5	53,0	1	54,0	-	-	1
Inne choroby naczyń mózgowych I67	98	48,8	15	48,7	68	49,1	3	46,7	10	49,4	2
Zaburzenia naczyń mózgowych w chorobach występujących gdzie indziej I68	9	52,0	1	47,0	6	50,2	1	61,0	-	-	1
Następstwa chorób naczyń mózgowych I69	1 019	50,9	116	50,6	686	51,3	74	48,5	109	50,4	34

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych ZUS.

Tabela 68. Orzeczenia ponowne ustalające uprawnienia do świadczenia rehabilitacyjnego z tytułu chorób naczyń mózgowych wydane przez lekarzy orzeczników w 2012 r. według przewidywanego okresu trwania tej niezdolności oraz średni wiek badanych osób

Wyszczególnienie	Ogółem liczba orzeczeń I60 - I69	Średni wiek ogółem w latach	z tego: orzeczenia wydane na okres:						nieustalony okres		
			do 3 miesięcy		4 - 6 miesięcy		7 - 9 miesięcy		10 - 12 miesięcy		Średni wiek
			Liczba	Średni wiek	Liczba	Średni wiek	Liczba	Średni wiek	Liczba	Średni wiek	Liczba
Choroby naczyń mózgowych I60 - I69	1 114	50,3	256	50,3	700	50,1	60	50,9	6	57,0	92
z tego:											
Krwotok podpańczynówkowy I60	70	47,1	19	48,5	42	46,8	5	42,6	-	-	4
Krwotok mózgowy I61	33	45,3	11	41,3	19	46,8	-	-	-	-	3
Inne nieurazowe krwotoki mózgowe I62	7	41,0	1	38,0	5	38,4	-	-	-	-	1
Zawał mózgu I63	113	51,1	23	53,8	79	50,1	5	47,8	1	62,0	5
Udar, nieokreślony jako krwotoczny lub zawałowy I64	23	49,1	5	46,2	14	49,1	4	53,0	-	-	-
Niedrożność i zwężenie tętnic przedmózgowych niepowodujące zawału mózgu I65	9	52,7	6	54,7	3	48,7	-	-	-	-	-
Niedrożność i zwężenie tętnic mózgowych niepowodujące zawału mózgu I66	3	56,7	2	57,0	1	56,0	-	-	-	-	-
Inne choroby naczyń mózgowych I67	83	48,5	17	51,3	48	47,1	9	51,7	-	-	9
Zaburzenia naczyń mózgowych w chorobach występujących gdzie indziej I68	9	47,9	1	37,0	8	49,3	-	-	-	-	-
Następstwa chorób naczyń mózgowych I69	764	51,0	171	50,6	481	51,0	37	52,1	5	56,0	70

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych ZUS.

Jak wynika z analizy liczby orzeczeń pierwszorazowych ustalających uprawnienia do świadczenia rehabilitacyjnego wydanych w 2012 r., najczęściej orzekano w województwach wielkopolskim (14,0 proc.), śląskim (11,0 proc.), łódzkim (10,3 proc.) oraz w mazowieckim (10,2 proc.). Najmniej orzeczeń wydano ubezpieczonym w województwach opolskim (2,2 proc.), podlaskim (2,4 proc.), świętokrzyskim (2,6 proc.) oraz warmińsko-mazurskim (2,8 proc.)

Inaczej jest w przypadku wskaźnika liczby orzeczeń pierwszorazowych ustalających uprawnienia do świadczenia rehabilitacyjnego w przeliczeniu na 1 tys. ubezpieczonych objętych obowiązkowym ubezpieczeniem zdrowotnym (bez emerytów i rencistów). Wskaźnik ten dla kraju ogółem w 2012 r. wyniósł 0,11. Wyższe wskaźniki, od wskaźnika dla kraju ogółem, wystąpiły w województwach wielkopolskim i łódzkim (po 0,16), lubuskim (0,14), pomorskim (0,13) oraz dolnośląskim (0,12), czyli w województwach, w których udział orzeczeń do ogółu wydanych nie był najwyższy.

Tabela 69. Orzeczenia pierwszorazowe ustalające uprawnienia do świadczenia rehabilitacyjnego z tytułu chorób naczyń mózgowych wydane przez lekarzy orzeczników w 2012 r. według województw

Wyszczególnienie		Ogółem I60-I69			z tego jednostki chorobowe:															
Razem		w tym:		I60	I61	I62	I63	I64	I65	I66	I67	I68	I69							
		Mężczyźni	Kobiety																	
Liczba orzeczeń pierwszorazowych																				
Ogółem	1 674	1 099	573	106	68	6	300	41	20	7	98	9	1 019							
Dolnośląskie	143	92	51	7	2		8	2	1	1	8		114							
Kujawsko-pomorskie	94	65	29	5	2		18	2	1	1	7	1	57							
Lubelskie	72	49	23	4	3		8	1			7		49							
Lubuskie	63	43	20			2	3	6			1		51							
Łódzkie	172	107	64	11	12	1	27	3	2	1	15		100							
Małopolskie	113	68	45	8	5		31	2	2		1	2	62							
Mazowieckie	171	122	49	6	6		27	7	2		8	1	114							
Opolskie	36	27	9	2			2				1		31							
Podkarpackie	67	45	22	10	7		24	2	1		2		21							
Podlaskie	40	29	11	5	1		15	1					18							
Pomorskie	121	77	44	10	3	1	19	8	1	3	9	1	66							
Śląskie	184	105	78	13	6		28	2	5	1	19		110							
Świętokrzyskie	43	33	10		1			1			3		38							
Warmińsko-mazurskie	47	32	15	8	2		18	1			2		16							
Wielkopolskie	235	157	78	6	12	2	54	3	5		7	2	144							
Zachodniopomorskie	73	48	25	11	6		18				8	2	28							

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych ZUS.

4.3. Orzeczenia ustalające niezdolność do pracy wydane przez lekarzy orzeczników do celów rentowych

W myśl obowiązujących przepisów orzeczenia o niezdolności do pracy wydawane przez lekarzy orzeczników Zakładu Ubezpieczeń Społecznych stanowią podstawową przesłankę do przyznania renty z tytułu niezdolności do pracy.

W 2012 r. lekarze orzecznicy ZUS wydali ogółem 44,5 tys. orzeczeń pierwszorazowych, w tym z tytułu chorób układu krążenia – 9,9 tys., z czego 2,5 tys. orzeczeń z tytułu chorób naczyń mózgowych, tj. na zbliżonym poziomie do 2011 roku.

Ponowne badanie rencistów umożliwia ustalenie zmian zdolności do pracy badanych po upływie czasu określonego w orzeczeniu poprzednim.

W 2012 r. z tytułu chorób naczyń mózgowych wydano 11,6 tys. orzeczeń ponownych, o 8,3 proc. więcej niż w 2011 r.

Tabela 70. Orzeczenia ustalające niezdolność do pracy wydane przez lekarzy orzeczników w latach 2011-2012

Wyszczególnienie	Orzeczenia pierwszorazowe		Orzeczenia ponowne	
	2011	2012	2011	2012
Ogółem (A00-Z99)	43 277	44 465	268 595	266 976
w tym:				
Choroby układu krążenia I00 - I99	9 265	9 910	59 447	58 231
w tym:				
Choroby naczyń mózgowych I60 - I69	2 281	2 513	10 679	11 571
z tego:				
Krwotok podpajęczynówkowy I60	109	97	311	316
Krwotok mózgowy I61	124	135	314	392
Inne nieurazowe krwotoki mózgowo I62	10	15	45	48
Zawał mózgu I63	390	478	1 444	1 593
Udar, nieokreślony jako krwotoczny lub zawałowy I64	64	63	255	218
Niedrożność i zwężenie tętnic przedmózgowych niepowodujące zawału mózgu I65	11	17	123	87
Niedrożność i zwężenie tętnic mózgowych niepowodujące zawału mózgu I66	4	6	32	29
Inne choroby naczyń mózgowych I67	81	82	396	377
Zaburzenia naczyń mózgowych w chorobach występujących gdzie indziej I68	11	6	38	42
Następstwa chorób naczyń mózgowych I69	1 477	1 614	7 721	8 469

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych ZUS.

Wśród osób, którym wydano orzeczenie pierwszorazowe w związku z niezdolnością do pracy spowodowaną chorobami naczyń mózgowych, dominowali mężczyźni. Stanowili oni 74,6 proc. tej populacji.

W populacji mężczyzn w 2012 r. orzeczenia pierwszorazowe z tytułu chorób naczyń mózgowych otrzymywali głównie mężczyźni w wieku od 50 do 59 lat (56,7 proc.). W przypadku kobiet odsetek osób z tego przedziału wiekowego wyniósł 63,6 proc.

Tabela 71. Struktura orzeczeń pierwszorazowych ustalających niezdolność do pracy z tytułu chorób naczyń mózgowych wydanych przez lekarzy orzeczników w 2012 r. według wieku badanych osób

Wyszczególnienie	Ogółem I60-I69			z tego jednostki chorobowe:									
	Razem	w tym:		I60	I61	I62	I63	I64	I65	I66	I67	I68	I69
		Mężczyźni	Kobiety										
Liczba orzeczeń pierwszorazowych													
Ogółem (I60 - I69)	2 513	1 875	623	97	135	15	478	63	17	6	82	6	1 614
20 - 29	30	16	14	3	4	-	3	-	-	-	1	-	19
30 - 39	104	56	48	7	11	1	12	5	-	-	6	-	62
40 - 49	397	242	154	27	22	3	70	11	2	1	14	-	247
50 - 59	1 460	1 063	396	53	76	6	285	40	9	2	49	5	935
60 lat i więcej	509	498	11	7	18	2	107	6	6	3	12	1	347
Nieustalony wiek	0	-	-	-	4	3	1	1	-	-	-	-	4

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych ZUS.

W grupie badanych, którzy w 2012 r. otrzymali orzeczenie pierwszorazowe o niezdolności do pracy spowodowanej chorobami naczyń mózgowych, uznano:

- za całkowicie niezdolnych do pracy i samodzielnej egzystencji 18,4 proc. osób,
- za całkowicie niezdolnych do pracy 39,5 proc. osób,
- za częściowo niezdolnych do pracy 42,1 proc. osób.

W grupie badanych, którzy otrzymali orzeczenie ponowne o niezdolności do pracy spowodowanej chorobami naczyń mózgowych, uznano:

- za całkowicie niezdolnych do pracy i samodzielnej egzystencji 30,7 proc. osób,
- za całkowicie niezdolnych do pracy 30,6 proc. osób,
- za częściowo niezdolnych do pracy 38,7 proc. osób.

W przypadku orzeczeń pierwszorazowych najwyższy udział w podgrupie naczyń mózgowych stanowiły następstwa chorób naczyń mózgowych (64,2 proc.) oraz zawał mózgu (19,0 proc.). W odniesieniu do tych chorób struktura według stopnia niezdolności do pracy kształtowała się następująco:

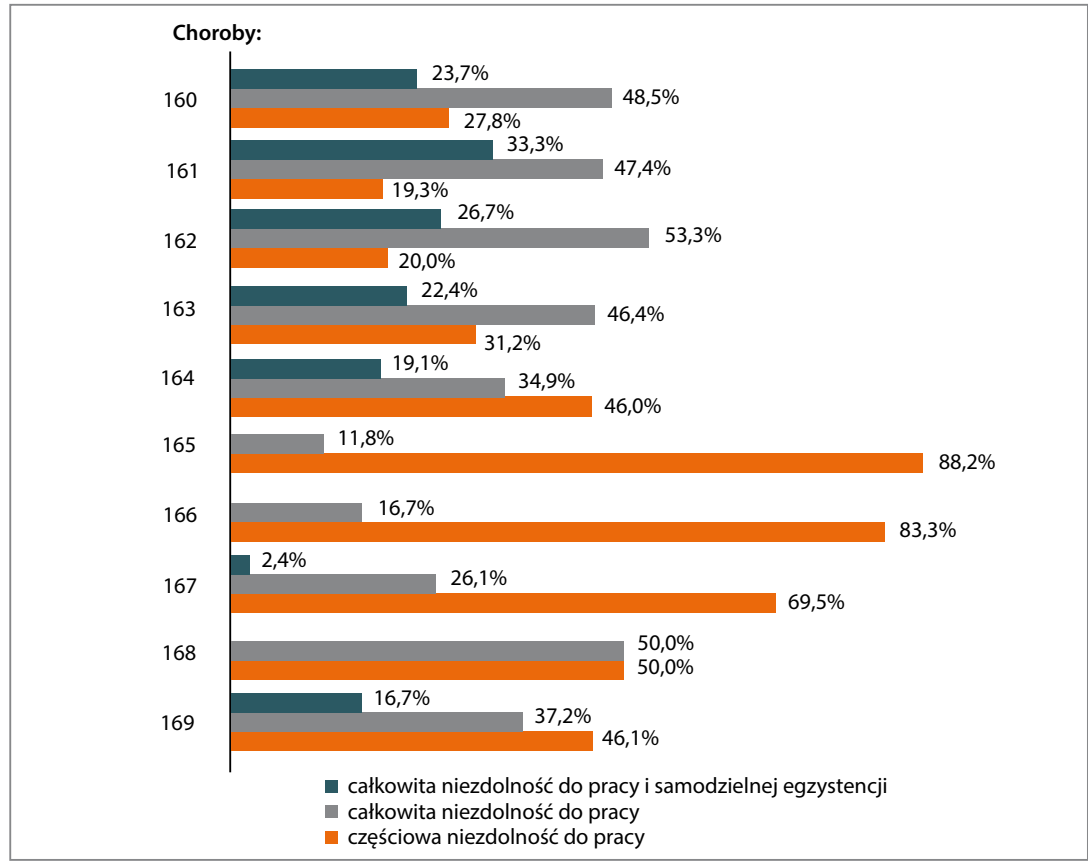
- w orzeczeniach z tytułu następstw chorób naczyń mózgowych uznano:
 - za całkowicie niezdolnych do pracy i samodzielnej egzystencji 16,7 proc. osób,
 - za całkowicie niezdolnych do pracy 37,2 proc. osób,
 - za częściowo niezdolnych do pracy 46,1 proc. osób;
- w orzeczeniach z tytułu zawału mózgu uznano:
 - za całkowicie niezdolnych do pracy i samodzielnej egzystencji 22,4 proc. osób,
 - za całkowicie niezdolnych do pracy 46,4 proc. osób,
 - za częściowo niezdolnych do pracy 31,2 proc. osób.

Tabela 72. Orzeczenia ustalające niezdolność do pracy wydane przez lekarzy orzeczników w 2012 r. według stopnia tej niezdolności

Wyszczególnienie	Ogółem		Wyszczególnienie		Ogółem		Wyszczególnienie		Ogółem		Wyszczególnienie	
	Niezdolność do samodzielnej egzystencji		Całkowita niezdolność do pracy		Częściowa niezdolność do pracy		Niezdolność do samodzielnej egzystencji		Całkowita niezdolność do pracy		Częściowa niezdolność do pracy	
Ogółem (A00-Z99)	44 465	4 550	15 551	24 364	266 976	25 845	64 716	176 415				
w tym:												
Choroby układu krążenia I00 - I99	9 910	592	3 429	5 889	58 231	4 672	13 603	39 956				
w tym:												
Choroby naczyń mózgowych I60 - I69	2 513	462	993	1 058	11 571	3 551	3 543	4 477				
z tego:												
Krwotok podjęczynówkowy I60	97	23	47	27	316	55	105	156				
Krwotok mózgowy I61	135	45	64	26	392	170	134	88				
Inne nieurazowe krwotoki mózgowe I62	15	4	8	3	48	17	15	16				
Zawał mózgu I63	478	107	222	149	1 593	636	487	470				
Udar, niekrośniony jako krwotoczny lub zawałowy I64	63	12	22	29	218	82	76	60				
Niedrożność i zwężenie tętnic przedmózgowych niepowodujące zawału mózgu I65	17	-	2	15	87	1	12	74				
Niedrożność i zwężenie tętnic mózgowych niepowodujące zawału mózgu I66	6	-	1	5	29	1	2	26				
Inne choroby naczyń mózgowych I67	82	2	23	57	377	33	114	230				
Zaburzenia naczyń mózgowych w chorobach występujących gdzie indziej I68	6	-	3	3	42	9	10	23				
Następstwa chorób naczyń mózgowych I69	1 614	269	601	744	8 469	2 547	2 588	3 334				

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych ZUS.

Wykres 10. Struktura orzeczeń pierwszorazowych wydanych w 2012 r. do celów rentowych z tytułu chorób naczyń mózgowych według stopnia niezdolności



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych ZUS.

Wydając orzeczenie, lekarz orzecznik określa przewidywany czas trwania niezdolności do pracy. Po jego upływie dalsze prawo do renty jest uzależnione od wydania nowego orzeczenia przez lekarza orzecznika na wniosek osoby zainteresowanej. W przypadku orzeczeń pierwszorazowych wydanych w 2012 r. ustalających niezdolność do pracy w związku z chorobami naczyń mózgowych najwyższy odsetek stanowiły orzeczenia z okresem ważności od 10 do 12 miesięcy – 41,6 proc., z okresem ważności od 13 do 24 miesięcy – 35,7 proc., wydane na okres od 25 do 36 miesięcy – 8,0 proc. Na czas nieokreślony (bezterminowo) wydano 4,2 proc. orzeczeń.

Struktura orzeczeń ponownych kształtowała się następująco: na okres ważności od 13 do 24 miesięcy wydano 30,7 proc., od 25 do 36 miesięcy – 20,4 proc., z okresem ważności od 10 do 12 miesięcy – 17,3 proc. Na czas nieokreślony wydano 6,8 proc. orzeczeń ponownych.

Tabela 73. Orzeczenia pierwszorazowe ustalające niezdolność do pracy w związku z chorobami naczyń mózgowych wydane do celów rentowych przez lekarzy orzeczników w 2012 r. według przewidywanego okresu trwania tej niezdolności oraz średni wiek osób badanych

Wyszczególnienie	Ogółem liczba orzeczeń l60 - l69	Średni wiek ogółem w latach	z tego: orzeczenia wydane na okres:														nieustalony okres			
			do 3 miesięcy		4 - 6 miesięcy		7 - 9 miesięcy		10 - 12 miesięcy		13 - 24 miesięcy		25 - 36 miesięcy		37 miesięcy i więcej		bezterminowo		Liczba	Średni wiek
			Liczba	Średni wiek	Liczba	Średni wiek	Liczba	Średni wiek	Liczba	Średni wiek	Liczba	Średni wiek	Liczba	Średni wiek	Liczba	Średni wiek	Liczba	Średni wiek		
Choroby naczyń mózgowych l60 - l69	2 513	55,8	5	55,6	110	51,1	77	53,3	1 046	52,8	897	53,7	200	55,3	32	56,3	106	56,4	40	53,6
z tego:																				
Krwotok podajęczynnikowy l60	97	49,8	1	46,0	4	46,5	3	53,3	41	47,2	37	52,1	7	50,3			4	60,0	2	52,5
Krwotok mózgowy l61	135	50,5			5	50,6	3	46,7	44	50,9	61	50,7	9	55,0	5	57,0	8	38,8		
Inne nieurazowe krwotoki mózgowe l62	15	41,8	-	-	-	-	1	63,0	7	51,9	5	40,2	-	-	-	-	-	-	-	-
Zawał mózgu l63	478	54,4	2	58,5	28	51,0	10	53,9	187	54,6	183	53,9	46	55,8	4	46,5	10	57,4	8	57,3
Udar, nieokreślony jako krwotoczny lub zawałowy l64	63	51,8	-	-	2	56,0	1	57,0	32	51,6	17	50,5	6	50,2	2	44,5	3	64,3	-	-
Niedrożność i zwięźnienie tętnic przedmózgowych niepowodujące zawału mózgu l65	17	56,8	-	-	1	59,0	-	-	3	56,3	9	56,1	2	54,0	-	-	2	62,0	-	-
Niedrożność i zwięźnienie tętnic mózgowych niepowodujące zawału mózgu l66	6	57,5	-	-	-	-	-	-	-	-	4	57,8	-	-	-	-	2	57,0	-	-
Inne choroby naczyń mózgowych l67	82	52,6	1	57,0	3	57,3	1	36,0	37	51,7	36	52,9	2	44,0			1	88,0	1	56,0
Zaburzenia naczyń mózgowych w chorobach występujących gdzie indziej l68	6	56,0	-	-	1	56,0	-	-	2	53,0	1	56,0	2	59,0	-	-	-	-	-	-
Następstwa chorób naczyń mózgowych l69	1 614	53,8	1	58,0	66	50,8	58	53,6	693	52,9	544	54,2	126	55,7	21	57,2	76	58,7	29	52,6

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych ZUS.

Tabela 74. Orzeczenia ponowne ustalające niezdolność do pracy w związku z chorobami naczyń mózgowych wydane do celów rentowych przez lekarzy orzeczników w 2012 r. według przewidywanego okresu trwania tej niezdolności oraz średni wiek osób badanych

Wyszczególnienie	Ogółem liczba orzeczeń I60 - I69	Średni wiek ogółem w latach	z tego: orzeczenia wydane na okres:																		Bezterminowo	Nieustalony okres	
			Do 3 miesięcy		4 - 6 Miesięcy		7 - 9 Miesięcy		10 - 12 Miesięcy		13 - 24 Miesięcy		25 - 36 Miesięcy		37 Miesięcy i więcej		Liczba	Średni wiek	Liczba	Średni wiek			
			Liczba	Średni wiek	Liczba	Średni wiek	Liczba	Średni wiek	Liczba	Średni wiek	Liczba	Średni wiek	Liczba	Średni wiek	Liczba	Średni wiek						Liczba	Średni wiek
Choroby naczyń mózgowych I60 - I69	11 571	54,8	26	54,7	212	52,6	176	53,4	1 996	53,6	3 558	54,2	2 361	54,6	1 428	56,3	784	59,0	1 030	55,4			
z tego:																							
Krwotok podajęczyniowy I60	316	50,4	-	-	12	50,8	2	51,0	66	49,4	90	48,5	62	50,9	33	51,6	18	54,1	33	53,1			
Krwotok mózgowy I61	392	53,1	2	58,0	5	55,8	3	47,3	94	52,8	121	51,8	66	54,3	46	55,5	25	52,0	30	53,9			
Inne nieurazowe krwotoki mózgowe I62	48	52,2	-	-	2	43,5	-	-	14	55,1	13	48,5	10	51,6	5	54,6	1	65,0	3	54,7			
Zawał mózgu I63	1 593	55,6	3	58,0	22	51,4	21	54,0	302	55,4	463,0	55,3	334,0	55,0	172,0	55,9	133,0	59,6	143	55,7			
Udar, nieokreślony jako krwotoczny lub zawałowy I64	218	56,2	-	-	4	52,8	5	53,0	42	53,3	70	56,2	38	57,9	22	56,2	19	60,8	18	56,1			
Niedrożność i zwięźlenie tętnic przedmózgowych niepowodujące zawału mózgu I65	87	56,1	-	-	2	47,5	1	59,0	12	55,5	27	55,3	15	54,9	16	57,6	10	60,0	4	56,3			
Niedrożność i zwięźlenie tętnic mózgowych niepowodujące zawału mózgu I66	29	56,3	-	-	1	55,0	1	46,0	4	53,3	7	57,6	10	56,0	4	59,0	1	56,0	1	63,0			
Inne choroby naczyń mózgowych I67	377	53,8	2	51,0	13	51,5	5	52,8	73	52,5	111	52,8	81	54,4	48	56,3	15	58,7	29	54,5			
Zaburzenia naczyń mózgowych w chorobach występujących gdzie indziej I68	42	55,6	-	-	-	-	1	61,0	8	53,4	11	53,8	4	56,8	9	57,7	6	58,7	3	52,0			
Następstwa chorób naczyń mózgowych I69	8 469	55,2	19	54,2	151	53,6	137	53,4	1 381	54,1	645,0	54,5	1	54,9	1	56,8	556,0	59,3	766	55,8			

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych ZUS.

Rozpatrując liczbę orzeczeń pierwszorazowych ustalających niezdolność do pracy z tytułu chorób naczyń mózgowych wydanych przez lekarzy orzeczników w 2012 r. w poszczególnych województwach, obserwujemy, że najwięcej takich orzeczeń wydano w województwie mazowieckim, tj. 354 (14,9 proc. ogółu orzeczeń), śląskim – 296 (11,8 proc.) i wielkopolskim – 250 (9,9 proc.).

W przypadku orzeczeń ponownych ustalających niezdolność do pracy największą ich liczbę wydano w województwie wielkopolskim – 1403 (12,1 proc. ogółu wydanych orzeczeń), śląskim – 1278 (11,0 proc.) i mazowieckim – 1145 (9,9 proc.).

Wskaźnik liczby orzeczeń pierwszorazowych wydanych w 2012 r. do celów rentowych w przeliczeniu na 1 tys. ubezpieczonych objętych obowiązkowym ubezpieczeniem zdrowotnym (bez ubezpieczonych emerytów i rencistów) wyniósł 0,16. Najwyższe wskaźniki odnotowano w województwach: lubuskim (0,27), kujawsko-pomorskim (0,20) i zachodniopomorskim (0,19).

W przypadku orzeczeń ponownych wskaźnik ogółem wyniósł 0,74. Najwyższe wskaźniki odnotowano w województwach: wielkopolskim i lubelskim po 0,96 i kujawsko-pomorskim – 0,95.

Tabela 75. Orzeczenia pierwszorazowe ustalające niezdolność do pracy z tytułu chorób naczyń mózgowych wydane przez lekarzy orzeczników w 2012 r. według województw

Wyszczególnienie	Ogółem I60-I69		z tego jednostki chorobowe:													I69
	Razem	w tym: Mężczyźni	Kobiety	I60	I61	I62	I63	I64	I65	I66	I67	I68	Liczba orzeczeń pierwszorazowych			I69
Ogółem	2 513	1 875	623	97	135	15	478	63	17	6	82	6	1 614			1 614
Dolnośląskie	217	170	47	4	8	1	16	3	1	-	5	-	179			179
Kujawsko-pomorskie	175	125	48	9	10	1	34	3	3	2	5	1	107			107
Lubelskie	144	111	33	2	4	1	15	1	-	-	11	-	110			110
Lubuskie	117	87	29	2	6	1	2	7	1	-	1	-	97			97
Łódzkie	191	139	50	6	11	-	50	6	1	1	10	-	106			106
Małopolskie	163	126	37	10	9	2	49	7	-	-	4	-	82			82
Mazowieckie	374	276	96	16	19	2	44	11	5	2	10	-	265			265
Opolskie	63	51	11	-	3	-	4	1	-	-	-	-	55			55
Podkarpackie	88	72	14	3	8	-	26	-	-	-	3	2	46			46
Podlaskie	39	28	11	1	5	-	20	1	-	-	1	-	11			11
Pomorskie	83	64	19	4	5	-	11	4	-	-	3	1	55			55
Śląskie	296	208	87	14	13	1	62	3	4	-	7	1	191			191
Świętokrzyskie	74	56	18	-	1	-	-	-	1	-	1	-	71			71
Warmińsko-mazurskie	104	76	27	4	8	1	45	3	-	1	2	1	39			39
Wielkopolskie	250	188	60	14	16	3	65	2	1	-	6	-	148			148
Zachodniopomorskie	135	98	36	8	9	2	35	11	-	-	13	-	57			57

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych ZUS.

Tabela 76. Orzeczenia ponowne ustalające niezdolność do pracy z tytułu chorób naczyń mózgowych wydane przez lekarzy orzeczników w 2012 r. według województw

Wyszczególnienie	Ogółem I60-I69		z tego jednostki chorobowe:													I69
	Razem	w tym: Mężczyźni	Kobiety	I60	I61	I62	I63	I64	I65	I66	I67	I68	Liczba orzeczeń ponownych			I69
Ogółem	11 571	8 538	3 016	316	392	48	1 593	218	87	29	377	42	8 469			8 469
Dolnośląskie	942	709	231	8	25	1	52	24	5	2	19	4	802			802
Kujawsko-pomorskie	830	628	201	27	37	1	129	10	16	14	27	4	565			565
Lubelskie	749	537	212	9	7	3	40	8	1	1	28	9	643			643
Lubuskie	518	385	131	7	20	1	9	21	2	1	22	1	434			434
Łódzkie	939	658	278	35	35	1	167	4	4	1	33	-	659			659
Małopolskie	991	732	257	39	40	5	199	22	4	4	11	3	664			664
Mazowieckie	1 145	862	283	11	33	3	106	39	11	1	29	4	908			908
Opolskie	217	163	54	5	4	3	8	1	-	-	-	-	196			196
Podkarpackie	439	344	95	32	20	7	100	11	5	-	16	5	243			243
Podlaskie	240	177	63	8	13	1	94	-	-	-	11	-	113			113
Pomorskie	527	393	134	14	21	3	56	17	5	-	23	1	387			387
Śląskie	1 278	891	387	56	35	3	159	10	6	2	47	2	958			958
Świętokrzyskie	389	297	92	-	1	1	1	1	6	-	6	-	373			373
Warmińsko-mazurskie	485	349	136	18	19	1	139	4	2	1	16	3	282			282
Wielkopolskie	1 403	1 051	345	22	48	11	244	26	20	2	34	2	994			994
Zachodniopomorskie	479	362	117	25	34	3	90	20	-	-	55	4	248			248

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych ZUS.

4.4. Wydatki na świadczenia z ubezpieczeń społecznych związane z niezdolnością do pracy poniesione w 2010 r.

Wydatki poniesione na świadczenia związane z niezdolnością do pracy obejmują:

- wydatki na renty z tytułu niezdolności do pracy łącznie z dodatkami pielęgnacyjnymi przysługującymi z tytułu tej niezdolności, ponoszone ze środków FUS,
- wydatki na renty socjalne, pokrywane ze środków budżetu państwa,
- wydatki na absencję chorobową, czyli czasową niezdolność do pracy z tytułu choroby własnej, czyli wynagrodzenia wypłacane w okresie niezdolności do pracy z własnych środków przez pracodawcę oraz zasiłki chorobowe wypłacane przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych ze środków FUS,
- wydatki na świadczenia rehabilitacyjne z FUS,
- wydatki na rehabilitację leczniczą w ramach prewencji rentowej ZUS, pokrywane z FUS.

Analizę wydatków poniesionych na świadczenia związane z niezdolnością do pracy spowodowaną chorobami naczyń mózgowych zaprezentowano na podstawie wyników uzyskanych z badania przeprowadzonego za 2010 rok.

W 2010 r. wydatki na świadczenia związane z niezdolnością do pracy ogółem wyniosły 28 661,2 mln zł.

W strukturze wydatków ogółem na świadczenia z tytułu niezdolności do pracy choroby układu krążenia generowały 16,2 proc. ogółu wydatków, natomiast choroby naczyń mózgowych 2,4 proc. W podgrupie chorób naczyń mózgowych najwyższy udział wydatków odnotowano w związku z następstwami chorób naczyń mózgowych – 59,0 proc., w związku z zawałem mózgu – 18,8 proc., oraz z udarem, nieokreślonym jako krwotoczny lub zawałowy – 5,1 proc. Udział wydatków pozostałych jednostek chorobowych tej podgrupy wyniósł łącznie 17,0 proc.

W wydatkach na świadczenia ogółem udział wydatków poniesionych w związku z niezdolnością do pracy mężczyzn był o 14,2 punktu procentowego wyższy niż w związku z niezdolnością kobiet i stanowił 57,1 proc. W przypadku niezdolności mężczyzn udział wydatków na świadczenia związane z chorobami naczyń mózgowych był wyższy o 53 punkty procentowe od wydatków poniesionych w odniesieniu do kobiet.

Tabela 77. Wydatki ogółem na świadczenia związane z niezdolnością do pracy w związku z chorobami naczyń mózgowych poniesione w 2010 r.

Wyszczególnienie	Razem	2010 Mężczyźni Kwota wypłat w tys. zł	Kobiety
Ogółem (A00-Z99)	28 661 177,1	16 358 511,1	12 302 665,0
w tym:			
Choroby układu krążenia I00 - I99	4 640 825,2	3 657 580,5	983 244,7
w tym:			
Choroby naczyń mózgowych I60 - I69	679 049,4	519 302,4	159 747,0
z tego:			
Krwotok podpajęczynówkowy I60	27 813,1	16 959,3	10 853,8
Krwotok mózgowy I61	32 778,8	25 264,3	7 514,5
Inne nieurazowe krwotoki mózgowe I62	5 258,1	4 039,6	1 218,5
Zawał mózgu I63	127 556,3	103 400,2	24 156,1
Udar, nieokreślony jako krwotoczny lub zawałowy I64	34 872,3	27 592,6	7 279,7
Niedrożność i zwężenie tętnic przedmózgowych niepowodujące zawału mózgu I65	12 470,5	8 461,9	4 008,6
Niedrożność i zwężenie tętnic mózgowych niepowodujące zawału mózgu I66	4 186,5	2 625,4	1 561,1
Inne choroby naczyń mózgowych I67	26 521,8	17 408,4	9 113,4
Zaburzenia naczyń mózgowych w chorobach występujących gdzie indziej I68	7 103,1	5 159,3	1 943,8
Następstwa chorób naczyń mózgowych I69	400 488,9	308 391,4	92 097,5

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych ZUS.

Tabela 78. Struktura wydatków ogółem na świadczenia związane z niezdolnością do pracy w związku z chorobami naczyń mózgowych poniesionych w 2010 r.

Wyszczególnienie	Kwota wypłat w odsetkach		
	Razem	Mężczyźni	Kobiety
Choroby naczyń mózgowych I60 - I69	100,0	100,0	100,0
z tego:			
Krwotok podpajęczynówkowy I60	4,1	3,3	6,8
Krwotok mózgowy I61	4,8	4,9	4,7
Inne nieurazowe krwotoki mózgowie I62	0,8	0,8	0,8
Zawał mózgu I63	18,8	19,9	15,1
Udar, nieokreślony jako krwotoczny lub zawałowy I64	5,1	5,3	4,6
Niedrożność i zwężenie tętnic przedmózgowych niepowodujące zawału mózgu I65	1,8	1,6	2,5
Niedrożność i zwężenie tętnic mózgowych niepowodujące zawału mózgu I66	0,6	0,5	1,0
Inne choroby naczyń mózgowych I67	3,9	3,4	5,7
Zaburzenia naczyń mózgowych w chorobach występujących gdzie indziej I68	1,0	1,0	1,2
Następstwa chorób naczyń mózgowych I69	59,0	59,4	57,7

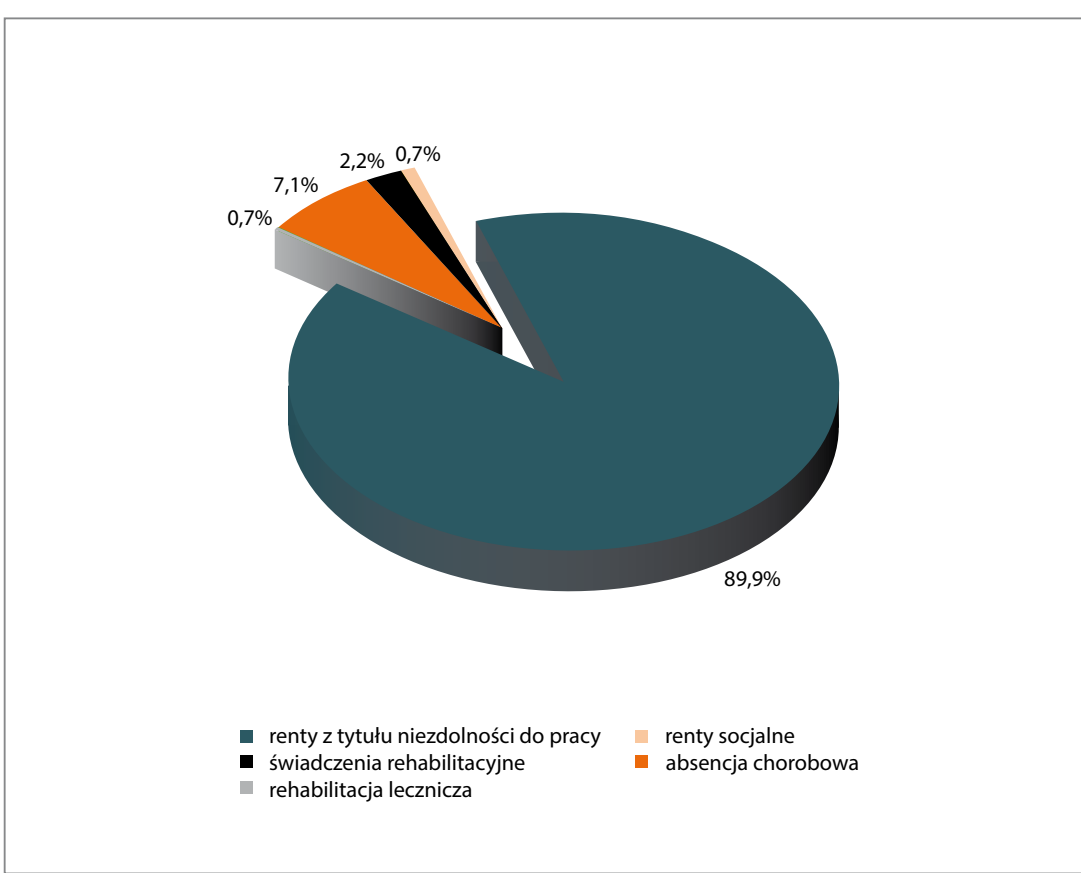
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych ZUS.

Strukturę wydatków w 2010 r. poniesionych na poszczególne świadczenia związane z niezdolnością do pracy spowodowaną chorobami naczyń mózgowych przedstawia wykres nr 11. Najwyższy udział wydatków, wynoszący 89,9 proc., czyli 609 716,2 tys. zł, odnotowano w odniesieniu do rent z tytułu niezdolności do pracy. Udział wydatków związanych z absencją chorobową stanowił 7,1 proc., tj. 48 525 tys. zł. Wydatki na świadczenie rehabilitacyjne poniesiono w kwocie 15 186,6 tys. zł (2,2 proc.) ogółu wydatków. Udział wydatków na renty socjalne wyniósł 0,7 proc., tj. 4 961,6 tys. zł.

Analogiczne proporcje odnotowano podczas analizy wydatków na poszczególne świadczenia w odniesieniu do jednostek chorobowych tej podgrupy. W przypadku jednostek chorobowych I65, I64, I67 i I68 obserwuje się zwiększony udział wydatków na absencję chorobową, mniejszy zaś na renty z tytułu niezdolności do pracy.

W wydatkach na poszczególne świadczenia najwyższy udział stanowiły wydatki poniesione w związku z niezdolnością do pracy spowodowaną następstwami chorób naczyń mózgowych I69. W wydatkach na renty z tytułu niezdolności do pracy udział wydatków w związku z I69 wyniósł 60,4 proc., w wydatkach na świadczenie rehabilitacyjne – 59,7 proc., na renty socjalne – 56,1 proc., na absencję chorobową – 40,5 proc.

Wykres 11. Struktura wydatków w 2010 r. na świadczenia związane z niezdolnością do pracy spowodowaną chorobami naczyń mózgowych według rodzajów świadczeń.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych ZUS.

Tabele 79 – 81 prezentują rozkład kwot wydatków (w tys. zł i w odsetkach) na świadczenia związane z niezdolnością do pracy według jednostek chorobowych z podgrupy chorób naczyń mózgowych.

Tabela 79. Wydatki na świadczenia związane z niezdolnością do pracy poniesione w 2010 r. z tytułu chorób naczyń mózgowych według rodzajów świadczeń

Wyszczególnienie		Ogółem I60-I69			z tego jednostki chorobowe:								
	Razem	Mężczyźni	Kobiety	I60	I61	I62	I63	I64	I65	I66	I67	I68	I69
Kwota wypłat w tys. zł													
Razem	679 049,4	519 302,4	159 747,0	27 813,1	32 778,8	5 258,1	127 556,3	34 872,3	12 470,5	4 186,5	26 521,8	7 103,1	400 488,9
Renty z tytułu niezdolności do pracy	609 716,2	473 695,2	136 021,0	23 721,4	29 262,7	4 779,1	113 054,2	31 334,0	9 830,5	3 138,0	19 967,9	6 103,0	368 525,4
Renty socjalne	4 961,6	2 686,7	2 274,9	321,9	453,1	131,1	481,0	86,4	17,1	0,0	539,0	146,5	2 785,5
Świadczenie rehabilitacyjne	15 186,6	9 567,7	5 618,9	1 159,8	776,9	60,0	2 462,7	440,2	185,2	29,3	921,0	90,6	9 060,9
Absencja chorobowa	48 525,0	32 928,3	15 596,7	2 603,3	2 248,9	287,9	11 434,3	2 983,0	2 432,9	1 015,1	5 084,8	763,0	19 671,8
Rehabilitacja lecznicza	660,0	424,5	235,5	6,7	37,2	0,0	124,1	28,7	4,8	4,1	9,1	0,0	445,3

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych ZUS

Tabela 80. Struktura wydatków na świadczenia związane z niezdolnością do pracy poniesionych w 2010 r. z tytułu chorób naczyń mózgowych według rodzajów świadczeń

Wyszczególnienie		Ogółem I60-I69			z tego jednostki chorobowe:									
	Razem	Mężczyźni	Kobiety	I60	I61	I62	I63	I64	I65	I66	I67	I68	I69	
Kwota wypłat w odsetkach														
Razem	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	
Renty z tytułu niezdolności do pracy	89,9	91,3	85,2	85,2	89,2	90,9	88,6	89,8	78,9	75,0	75,3	85,9	92,0	
Renty socjalne	0,7	0,5	1,4	1,2	1,4	2,5	0,4	0,2	0,1	0,0	2,0	2,1	0,7	
Świadczenie rehabilitacyjne	2,2	1,8	3,5	4,2	2,4	1,1	1,9	1,3	1,5	0,7	3,5	1,3	2,3	
Absencja chorobowa	7,1	6,3	9,8	9,4	6,9	5,5	9,0	8,6	19,5	24,2	19,2	10,7	4,9	
Rehabilitacja lecznicza	0,1	0,1	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,1	

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych ZUS.

Tabela 81. Struktura wydatków na świadczenia związane z niezdolnością do pracy poniesionych w 2010 r. z tytułu chorób naczyń mózgowych według jednostek chorobowych podgrupy I60 – I69

Wyszczególnienie		Ogółem I60-I69		z tego jednostki chorobowe:									
Razem	Mężczyźni	Kobiety	I60	I61	I62	I63	I64	I65	I66	I67	I68	I69	
Kwota wypłat w odsetkach													
Razem	100,0	76,5	23,5	4,1	4,8	0,8	18,8	5,1	1,8	0,6	3,9	1,0	59,1
Renty z tytułu niezdolności do pracy	100,0	77,7	22,3	4,0	4,8	0,8	18,5	5,1	1,6	0,5	3,3	1,0	60,4
Renty socjalne	100,0	54,1	45,9	6,6	9,1	2,6	9,7	1,7	0,3	0,0	10,9	3,0	56,1
Świadczenie rehabilitacyjne	100,0	63,0	37,0	7,6	5,1	0,4	16,2	2,9	1,2	0,2	6,1	0,6	59,7
Absencja chorobowa	100,0	67,9	32,1	5,4	4,6	0,6	23,6	6,1	5,0	2,1	10,5	1,6	40,5
Rehabilitacja lecznicza	100,0	64,3	35,7	1,0	5,6	0,0	18,8	4,3	0,7	0,6	1,5	0,0	67,5

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych ZUS.

W 2010 r. renty z tytułu niezdolności do pracy spowodowanej chorobami naczyń mózgowych pobierało 49,4 tys. świadczeniobiorców na łączną kwotę 609 716,2 tys. zł.

W tej populacji mężczyźni stanowili 77,7 proc. Wydatki na renty wypłacone mężczyznom wyniosły 473 695,2 tys. zł. Największa liczba świadczeniobiorców, tj. 29,8 tys. osób, pobierała renty z tytułu niezdolności do pracy spowodowanej następstwami chorób naczyń mózgowych I69, na łączną kwotę 368 525,4 tys. zł.

Rozpatrując wydatki na renty z tytułu niezdolności do pracy w poszczególnych województwach, obserwujemy, że najwyższe zostały poniesione w województwie śląskim – 13,6 proc. ogółu wydatków z tytułu niezdolności spowodowanej chorobami naczyń mózgowych, wielkopolskim – 11,3 proc., mazowieckim – 10,5 proc. oraz dolnośląskim – 10 proc.

Wydatki na renty z tytułu niezdolności do pracy spowodowanej chorobami I63 oraz I69 stanowiły najwyższy odsetek w każdym z województw.

Przeciętna kwota wypłaty renty z tytułu niezdolności do pracy przyznanej z powodu chorób naczyń mózgowych przypadająca na jednego świadczeniobiorcę w 2010 r. wyniosła 12 342,18 zł, w przypadku mężczyzn przeciętna ta była wyższa od przeciętnej ogółem i wyniosła 13 235,78 zł. Przeciętna wypłata renty w przypadku kobiet była niższa o 24,5 proc. od przeciętnej wypłacanej mężczyznom i wyniosła 9 992,73 zł.

Przeciętny okres pobierania renty z tytułu niezdolności do pracy przyznanej z powodu chorób naczyń mózgowych wynosił w 2010 r. 10 miesięcy i 6 dni. Generalnie przeciętny okres pobierania renty w 2010 r. w poszczególnych województwach i z tytułu jednostek chorobowych podgrupy chorób naczyń mózgowych tylko nieznacznie odbiegał od przeciętnej ogółem dla tej podgrupy. Ilustruje to tabela 82.

Tabela 82. Wydatki na renty z tytułu niezdolności do pracy poniesione w 2010 r. z powodu chorób naczyń mózgowych według województw

Wyszczególnienie	Ogółem I60-I69		z tego jednostki chorobowe:										Kwota wypłat w tys. zł			
	Razem	Mężczyźni	Kobiety	I60	I61	I62	I63	I64	I65	I66	I67	I68	I69			
Ogółem	609 716,2	473 695,2	136 021,0	23 721,4	29 262,7	4 779,1	113 054,2	31 334,0	9 830,5	3 138,0	19 967,9	6 103,0	368 525,4			
Dolnośląskie	61 141,6	48 242,7	12 898,9	674,8	1 933,9	550,1	3 620,5	3 552,8	398,7	325,2	935,5	194,3	48 955,8			
Kujawsko-pomorskie	31 756,9	24 087,1	7 669,8	1 316,8	1 555,5	243,3	3 976,6	1 440,4	1 030,6	485,1	1 630,9	476,9	19 600,8			
Lubelskie	35 590,6	26 716,1	8 874,5	1 189,8	2 043,2	492,5	3 106,1	2 831,2	205,4	164,8	2 597,4	971,6	21 988,6			
Lubuskie	23 583,9	17 933,0	5 650,9	822,5	860,1	134,1	880,9	1 410,2	331,7	125,8	690,3	582,6	17 745,7			
Łódzkie	51 731,4	39 016,7	12 714,7	2 129,5	1 798,3	112,9	8 872,6	1 361,4	733,1	161,9	2 185,2	210,3	34 166,2			
Małopolskie	52 645,0	40 523,1	12 121,9	2 831,1	3 206,7	365,4	17 106,0	1 664,7	997,8	249,0	1 158,8	475,7	24 589,8			
Mazowieckie	63 570,3	48 768,0	14 802,3	1 581,8	2 583,3	434,3	10 728,8	3 259,9	539,8	101,7	1 263,2	332,3	42 745,2			
Opolskie	12 312,2	9 945,7	2 366,5	310,6	489,1	88,7	924,9	1 092,3	44,9	11,8	123,5	47,0	9 179,4			
Podkarpackie	20 385,2	16 208,0	4 177,2	1 648,9	1 756,2	397,1	6 755,6	1 585,3	201,5	64,5	841,3	240,9	6 893,9			
Podlaskie	12 443,8	9 563,9	2 879,9	535,0	1 201,2	59,6	4 500,8	361,4	187,4	151,6	429,6	152,9	4 864,3			
Pomorskie	24 526,4	18 020,1	6 506,3	1 361,4	1 333,4	190,4	3 776,4	993,0	207,0	258,5	2 191,5	945,5	13 269,3			
Śląskie	82 987,1	66 790,8	16 196,3	4 387,6	3 545,2	368,1	18 473,7	2 245,0	2 678,7	447,2	2 094,3	450,9	48 296,4			
Świętokrzyskie	22 207,3	17 665,8	4 541,5	170,9	191,3	170,7	385,9	662,3	236,5	16,4	247,0	16,4	20 109,9			
Warmińsko-mazurskie	20 792,3	16 072,3	4 720,0	1 213,8	1 162,4	265,1	5 335,0	1 451,0	137,0	15,5	703,3	113,2	10 396,0			
Wielkopolskie	69 037,9	54 665,5	14 372,4	2 095,4	3 545,8	584,3	16 120,2	5 756,6	1 779,4	526,7	2 062,3	720,8	35 846,4			
Zachodniopomorskie	25 004,3	19 476,4	5 527,9	1 451,5	2 057,1	322,5	8 490,2	1 666,5	121,0	32,3	813,8	171,7	9 877,7			

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych ZUS.

Tabela 83. Struktura wydatków na renty z tytułu niezdolności do pracy poniesionych w 2010 r. z powodu chorób naczyń mózgowych według województw

Wyszczególnienie	Ogółem I60-I69			z tego jednostki chorobowe:												
	Razem	Mężczyźni	Kobiety	I60	I61	I62	I63	I64	I65	I66	I67	I68	I69			
				Kwota wypłat w odsetkach												
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	100,0			
Dolnośląskie	10,0	10,2	9,5	2,8	6,6	11,5	3,2	11,3	4,1	10,4	4,7	3,2	13,3			
Kujawsko-pomorskie	5,2	5,1	5,6	5,6	5,3	5,1	3,5	4,6	10,5	15,5	8,2	7,8	5,3			
Lubelskie	5,8	5,6	6,5	5,0	7,0	10,3	2,8	9,0	2,1	5,3	13,0	15,9	6,0			
Lubuskie	4,0	3,8	4,2	3,5	2,9	2,8	0,8	4,5	3,4	4,0	3,5	9,6	4,8			
Łódzkie	8,6	8,2	9,3	9,0	6,1	2,4	7,9	4,3	7,5	5,2	10,9	3,4	9,3			
Małopolskie	8,6	8,6	8,9	11,9	11,0	7,7	15,1	5,3	10,1	7,9	5,8	7,8	6,7			
Mazowieckie	10,5	10,3	10,9	6,7	8,8	9,1	9,5	10,4	5,5	3,2	6,3	5,4	11,6			
Opolskie	2,0	2,1	1,7	1,3	1,7	1,9	0,8	3,5	0,5	0,4	0,6	0,8	2,5			
Podkarpackie	3,3	3,4	3,1	7,0	6,0	8,3	6,0	5,1	2,0	2,1	4,2	3,9	1,9			
Podlaskie	2,0	2,0	2,1	2,3	4,1	1,2	4,0	1,2	1,9	4,8	2,2	2,5	1,3			
Pomorskie	4,0	3,8	4,8	5,7	4,6	4,0	3,3	3,2	2,1	8,2	11,0	15,5	3,5			
Śląskie	13,6	14,1	11,9	18,5	12,1	7,7	16,3	7,2	27,2	14,2	10,5	7,4	13,1			
Świętokrzyskie	3,6	3,7	3,3	0,7	0,7	3,6	0,3	2,1	2,4	0,5	1,2	0,3	5,5			
Warmińsko-mazurskie	3,4	3,5	3,5	5,1	4,0	5,5	4,7	4,6	1,4	0,5	3,5	1,9	2,8			
Wielkopolskie	11,3	11,5	10,6	8,8	12,1	12,2	14,3	18,4	18,1	16,8	10,3	11,8	9,7			
Zachodniopomorskie	4,1	4,1	4,1	6,1	7,0	6,7	7,5	5,3	1,2	1,0	4,1	2,8	2,7			

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych ZUS

Tabela 84. Struktura wydatków na renty z tytułu niezdolności do pracy poniesionych w 2010 r. z powodu chorób naczyń mózgowych według jednostek chorobowych tej podgrupy

Wyszczególnienie	Ogółem I60-I69			z tego jednostki chorobowe:												
	Razem	Mężczyźni	Kobiety	I60	I61	I62	I63	I64	I65	I66	I67	I68	I69			
Kwota wypłat w odsetkach																
Ogółem	100,0	77,7	22,3	3,89	4,80	0,78	18,54	5,14	1,61	0,51	3,27	1,00	60,50			
Dolnośląskie	100,0	78,9	21,1	1,10	3,16	0,90	5,92	5,81	0,65	0,53	1,53	0,32	80,07			
Kujawsko-pomorskie	100,0	75,8	24,2	4,20	4,90	0,77	12,52	4,54	3,30	1,53	5,14	1,50	61,72			
Lubelskie	100,0	75,1	24,9	3,34	5,74	1,38	8,73	7,95	0,58	0,46	7,30	2,73	61,78			
Lubuskie	100,0	76,0	24,0	3,49	3,70	0,57	3,74	5,98	1,41	0,53	2,93	2,47	75,24			
Łódzkie	100,0	75,4	24,6	4,12	3,48	0,22	17,15	2,63	1,42	0,31	4,22	0,41	66,10			
Małopolskie	100,0	77,0	23,0	5,38	6,09	0,69	32,49	3,10	1,90	0,47	2,20	0,90	46,71			
Mazowieckie	100,0	76,7	23,3	2,49	4,06	0,68	16,88	5,13	0,85	0,16	1,99	0,52	67,24			
Opolskie	100,0	80,8	19,2	2,52	3,90	0,72	7,51	8,87	0,36	0,10	1,00	0,38	74,56			
Podkarpackie	100,0	79,5	20,5	8,09	8,62	2,00	33,14	7,78	0,99	0,32	4,13	1,18	33,82			
Podlaskie	100,0	76,9	23,1	4,30	9,60	0,48	36,17	2,90	1,51	1,22	3,45	1,23	39,09			
Pomorskie	100,0	73,5	26,5	5,55	5,44	0,78	15,40	4,05	0,84	1,05	8,94	3,86	54,10			
Śląskie	100,0	80,5	19,5	5,29	4,27	0,44	22,40	2,71	3,23	0,54	2,52	0,54	58,20			
Świętokrzyskie	100,0	79,5	20,5	0,77	0,80	0,77	1,74	2,98	1,06	0,07	1,11	0,07	90,50			
Warmińsko-mazurskie	100,0	77,3	22,7	5,84	5,59	1,27	25,60	6,98	0,66	0,07	3,38	0,54	50,00			
Wielkopolskie	100,0	79,2	20,8	3,04	5,14	0,90	23,40	8,34	2,58	0,76	2,99	1,04	51,92			
Zachodniopomorskie	100,0	77,9	22,1	5,81	8,23	1,29	33,95	6,66	0,48	0,13	3,20	0,69	39,50			

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych ZUS.

Tabela 85. Przeciętna kwota wypłaty w 2010 r. na renty z powodu niezdolności do pracy przyznanych z tytułu chorób naczyń mózgowych przypadająca na jednego świadczeniobiorcę według województw

Wyszczególnienie	Ogółem I60-I69		z tego jednostki chorobowe:														
	Razem	Mężczyźni	Kobiety	I60	I61	I62	I63	I64	I65	I66	I67	I68	I69	Przeciętna kwota wypłaty na jednego świadczeniobiorcę w zł			
Ogółem	12 342,18	13 235,78	9 992,73	11 377,17	13 283,11	12 881,67	12 794,73	12 244,63	10 559,08	11 410,91	10 700,91	11 966,67	12 381,17				
Dolnośląskie	13 644,63	14 853,05	10 461,39	10 883,87	15 108,59	15 280,56	14 032,95	14 501,22	10 223,08	11 614,29	12 149,35	14 946,15	13 617,75				
Kujawsko-pomorskie	11 007,59	11 813,19	9 065,96	10 287,50	12 444,00	9 732,00	11 076,88	12 525,22	10 005,83	11 281,40	10 590,26	11 631,71	10 937,95				
Lubelskie	11 781,07	12 637,70	9 784,45	10 915,60	13 899,32	14 485,29	12 835,12	12 583,11	8 930,43	13 733,33	10 389,60	10 916,85	11 634,18				
Lubuskie	11 692,56	12 637,77	9 449,67	11 920,29	13 439,06	10 315,38	11 440,26	10 931,78	10 365,63	8 985,71	9 861,43	12 137,50	11 822,58				
Łódzkie	11 947,21	12 529,45	10 456,17	11 387,70	12 664,08	12 544,44	11 990,00	11 345,00	10 472,86	8 521,05	10 405,71	11 683,33	12 137,19				
Małopolskie	12 824,60	13 839,86	10 298,98	11 747,30	15 197,63	14 616,00	13 281,06	11 976,26	10 729,03	11 318,18	10 932,08	10 341,30	12 714,48				
Mazowieckie	12 411,23	13 078,04	10 626,20	11 298,57	13 454,69	14 476,67	12 726,93	11 050,51	11 485,11	10 170,00	10 269,92	13 845,83	12 505,91				
Opolskie	11 615,28	12 293,82	9 428,29	9 412,12	11 929,27	17 740,00	10 631,03	12 273,03	6 414,29	5 900,00	13 722,22	11 750,00	11 723,37				
Podkarpackie	10 678,47	11 342,20	8 702,50	9 422,29	12 281,12	10 732,43	11 334,90	12 289,15	9 595,24	9 214,29	8 855,79	15 056,25	9 991,16				
Podlaskie	11 608,02	12 277,15	9 829,01	10 700,00	12 916,13	9 933,33	12 364,84	12 046,67	11 712,50	10 828,57	12 274,29	10 921,43	10 809,56				
Pomorskie	11 712,70	12 487,94	9 994,32	11 635,90	11 396,58	11 900,00	12 801,36	12 896,10	9 000,00	18 464,29	11 719,25	12 606,67	11 312,28				
Śląskie	14 350,18	15 800,99	10 408,93	13 626,09	14 529,51	13 146,43	14 650,04	14 031,25	11 114,94	13 551,52	12 247,37	13 261,76	14 684,22				
Świętokrzyskie	11 812,39	12 431,95	9 894,34	10 052,94	14 715,38	15 518,18	13 306,90	11 619,30	12 447,37	16 400,00	9 500,00	8 200,00	11 794,66				
Warmińsko-mazurskie	11 393,04	11 994,25	9 731,96	10 200,00	11 176,92	13 952,63	11 725,27	10 748,15	9 133,33	7 750,00	9 377,33	11 320,00	11 667,79				
Wielkopolskie	11 901,03	12 787,25	9 418,35	11 145,74	12 618,51	11 236,54	12 476,93	11 918,43	10 405,85	10 327,45	10 363,32	12 645,61	11 842,22				
Zachodniopomorskie	12 402,93	13 204,34	10 217,93	11 339,84	13 019,62	12 900,00	13 061,85	12 721,37	11 000,00	10 766,67	10 301,27	9 036,84	12 164,66				

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych ZUS.

Tabela 86. Przeciętny okres pobierania w 2010 r. renty z tytułu niezdolności do pracy przyznanej z powodu chorób naczyń mózgowych według województw

Wyszczególnienie	Ogółem I60 - I69		z tego jednostki chorobowe:														
	I60	I61	I62	I63	I64	I65	I66	I67	I68	I69	Przeciętny okres pobierania renty z tytułu niezdolności do pracy						
Ogółem	10,2	10,4	10,2	10,1	9,9	10,3	10,2	10,0	10,4	10,3							
Dolnośląskie	10,6	10,0	10,5	11,3	11,0	10,6	11,1	10,7	11,8	10,6							
Kujawsko-pomorskie	9,5	9,9	9,3	7,9	8,6	9,5	9,9	9,6	10,1	9,8							
Lubelskie	9,9	10,3	10,2	11,1	9,5	10,7	10,0	9,7	10,3	9,8							
Lubuskie	10,4	10,9	10,9	9,8	10,1	10,8	9,9	9,9	10,9	10,4							
Łódzkie	10,8	10,9	11,0	12,0	10,7	10,3	9,9	10,7	10,8	10,9							
Małopolskie	10,6	10,4	11,0	10,9	10,4	11,1	11,0	10,5	9,8	10,7							
Mazowieckie	10,3	10,5	10,3	10,0	10,5	10,6	10,7	9,8	10,6	10,3							
Opolskie	9,7	10,1	9,6	10,3	8,3	8,0	10,0	10,2	12,0	9,8							
Podkarpackie	9,7	10,3	10,0	10,1	9,9	8,9	8,3	9,7	10,2	9,2							
Podlaskie	9,9	9,2	10,3	9,0	10,0	11,9	9,9	10,8	10,0	9,6							
Pomorskie	9,8	10,3	9,4	11,3	9,8	9,7	10,6	10,1	10,4	9,5							
Śląskie	10,8	11,1	10,7	11,6	10,8	11,1	11,0	10,4	10,2	10,8							
Świętokrzyskie	10,9	9,3	12,0	12,0	10,0	10,6	12,0	10,6	10,0	10,9							
Warmińsko-mazurskie	9,6	10,4	9,6	10,5	9,1	8,8	8,0	9,6	10,3	10,0							
Wielkopolskie	9,7	9,9	9,9	9,6	9,7	9,5	9,8	9,7	10,2	9,7							
Zachodniopomorskie	10,1	10,3	10,6	10,8	10,0	9,2	8,0	9,1	10,0	10,3							

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych ZUS.

5. PODSUMOWANIE RAPORTU, REKOMENDACJE

Zgodnie z raportem WHO udary mózgu są drugim na świecie i trzecim w Europie powodem zgonów. W Polsce udar jest trzecią co do częstości przyczyną zgonów oraz główną przyczyną inwalidztwa osób po 40. roku życia. Zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu chorób naczyniowo-sercowych, w tym udarów mózgu, jest celem strategicznym numer 1. Narodowego Programu Zdrowia na lata 2007-2015.

W 2011 roku zarejestrowano 93 232 hospitalizacji z powodu udaru mózgu. Całkowity koszt leczenia szpitalnego pacjentów po udarach wyniósł 545 050 tys. zł, czyli o 7,61 proc. więcej niż w 2010 roku. Obecnie 5,1 proc. kosztów związanych jest z procedurą A51, z zastosowaniem najnowocześniejszego leczenia trombolitycznego. Udział ten podwaja się co roku. Najczęstszym rozpoznaniem w największej kategorii A48 w latach 2009-2011 był „zawał mózgu, nieokreślony – ICD 163.9” (ponad 20 proc. wszystkich rozpoznań), następnie „zawał mózgu wywołany przez nieokreśloną niedrożność lub zwężenie tętnic mózgowych – ICD 163.5” (około 20 proc.). Razem dają to ponad 40 proc. rozpoznań bez pełnej diagnozy.

Narodowy Fundusz Zdrowia na 2013 r. zawarł umowy na świadczenia w ramach neurologii – hospitalizacji A48, A51 (leczenie w oddziale udarowym) z 164 świadczeniodawcami. Istnieje duża, ponadtrzykrotna różnica w zakontraktowanej dostępności *per capita* pomiędzy województwem małopolskim o najmniejszej dostępności, a województwem świętokrzyskim o największej dostępności.

Całkowita wartość świadczeń rehabilitacji neurologicznych w warunkach stacjonarnych wynosi w 2013 roku 264 389 tys. zł, z czego estymując 60 proc. kosztów jako koszty rehabilitacji osób po udarach, otrzymujemy kwotę około 159 000 tys. zł.

Wydatki ogółem na świadczenia związane z niezdolnością do pracy w związku z chorobami naczyń mózgowych (absencja chorobowa, świadczenia rehabilitacyjne oraz przede wszystkim świadczenia rentowe) poniesione przez ZUS w 2010 r. wyniosły 679 049 tys. zł.

Choroby naczyń mózgowych stanowiły przyczynę wydania w 2012 roku zaświadczeń lekarskich w 46 tys. przypadkach na łączną liczbę 1 017,5 tys. dni absencji chorobowej. Z ogólnej liczby dni absencji chorobowej spowodowanej chorobami naczyń mózgowych 66 proc. stanowiła absencja mężczyzn.

Do wyliczenia kosztów pośrednich związanych z przedwczesną umieralnością przypisano każdemu utraconemu życiu jednakową wartość finansową metodą *value of statistical life* (VSL), zalecaną przez Bank Światowy. Przyjęto wartość 2,8 miliona złotych jako aktualną dla Polski w 2010 roku. Biorąc pod uwagę szacunkową wartość 2,8 miliona złotych za każde utracone życie oraz liczbę zgonów z powodu udaru ok. 32 000, otrzymujemy kwotę około 90 miliardów złotych kosztów pośrednich z powodu przedwczesnej umieralności w tej grupie osób.

Dane demograficzne wskazują na szybki wzrost oczekiwanej długości życia. Ważne jest, aby ten trend utrzymać i jednocześnie zadbać o wzrost ilości lat w zdrowiu (HLY) i możliwej aktywności, w tym zawodowej, Polaków. Jednocześnie należy ograniczyć skutki społeczne i ekonomiczne następstw udarów w Polsce.

W związku z tym autorzy rekomendują:

1. Realizację celu strategicznego numer 1 Narodowego Programu Zdrowia na lata 2007-2015 wraz z monitorowaniem efektów i podsumowaniem osiągniętych celów.
2. Wprowadzenie programu właściwej profilaktyki i prewencji udarów z zastosowaniem elementów zdrowia publicznego oraz nowoczesnych technologii medycznych.
3. Rozwój i właściwe finansowanie oddziałów udarowych oraz centrów rehabilitacji neurologicznej.
4. Przegląd i koordynację kontraktowania świadczeń szpitalnych i rehabilitacyjnych w kierunku pełnej i równej dostępności w kraju.
5. Zaangażowanie pracodawców w działania poprawiające stan zdrowia pracowników i ograniczające absencję chorobową.

6. RECENZJE

6.1. Recenzja raportu autorstwa prof. dr hab. med. Anny Członkowskiej, dr n. med., mgr ekon. Macieja Niewady, dr n. med. Iwony Sarzyńskiej-Długosz

Przedstawione opracowanie jest bardzo ważne z uwagi na zakres zgromadzonego i analizowanego materiału. Są to dane NFZ dotyczące leczenia szpitalnego chorych z udarem mózgu, które zainteresują nie tylko kadrę menadżerską ochrony zdrowia, ale również, a czasami może przede wszystkim, lekarzy, zwłaszcza neurologów zajmujących się udarem mózgu, kardiologów i epidemiologów.

Prezentowane analizy zostały opracowane z wykorzystaniem informacji uzyskanych z NFZ, a więc są oparte na danych kodowanych według jednorodnych grup pacjentów (JGP) oraz międzynarodowej kwalifikacji chorób ICD-10. Należy oczywiście na wstępie zaznaczyć, iż nie jest to opracowanie ściśle naukowe, tj. posługujące się powszechnie stosowaną, zaplanowaną i – co ważne – prospektywną metodologią oraz weryfikacją jakości zgromadzonych danych. Mamy także do czynienia z błędem kwalifikacji związanym z przyjętym a priori sposobem kodowania i raportowania danych, których sprawozdawania oczekuje NFZ. Można jednak przyjąć założenie, że najważniejsze elementy kliniczne opracowania, takie jak np. podział na udary niedokrwienne i krwotoczne, są zachowane i mogą być poddane wiarygodnej analizie. Podział na dalsze podtypy udarów wymaga już pogłębionej i starannej diagnostyki, która wykracza poza obowiązkową sprawozdawczość przedstawianą NFZ. Z tej przyczyny wydaje się, że uzasadnione jest analizowanie zbiorcze danych dla: krwotoku podpajęczynówkowego (zgodnie z ICD: I60), krwotoku mózgowego (I61), zawału mózgu (I63), udaru nieokreślonego (I64). Bardziej szczegółowa analiza podgrup udaru niedokrwiennego (I63) wymaga ostrożnej interpretacji.

W opracowaniu skupiono się na następujących zagadnieniach:

1. Ocena częstości hospitalizacji i ich finansowania w podziale na poszczególne kategorie procedur związane z leczeniem udaru mózgu. Poddano szczegółowej analizie dane z uwzględnieniem rozpoznań według klasyfikacji ICD-10, województw i ośrodków / świadczeniodawców, którzy zawarli kontrakty z NFZ.

Zwraca uwagę, że na przestrzeni lat 2009-2011 zmalała liczba procedur A49 – dotyczących leczenia trwającego dłużej niż 3 dni, a zwiększyła się liczba wystąpień procedur A48 (kompleksowe leczenie udarów mózgu > 7 dni w oddziale udarowym) oraz procedur A50 (udar mózgu – leczenie). Ta obserwacja może świadczyć o pozytywnych lub negatywnych tendencjach. Pierwsze dotyczą faktu coraz częstszego kompleksowego leczenia chorych w ramach oddziałów udarowych, co odpowiada zwiększeniu się liczby procedur A48. Tym samym chorzy są częściej hospitalizowani w oddziałach udarowych i rzadziej w oddziałach internistycznych lub ośrodkach niedysponujących oddziałem udarowym. Jest to pozytywna zmiana z uwagi na dowiedzione korzyści z leczenia w oddziale udarowym. Z drugiej strony zwiększenie odsetka procedur A50 może świadczyć o skróceniu hospitalizacji, a tym samym o zmianach rokowania i wcześniej śmiertelności chorych. Analiza statystyk zbiorczych JGP dostępnych na stronach NFZ potwierdza takie możliwe następstwa (tabela poniżej). Pogłębiona analiza śmiertelności wewnątrzszpitalnej, o której informacje są przekazywane NFZ, z pewnością dostarczyłaby interesujących wniosków w tym zakresie. Procedura A50 z uwagi na sposób jej zdefiniowania wydaje się najbardziej heterogeniczna i zawierająca różne przypadki kliniczne. Z pewnością jednak charakteryzuje się wysoką śmiertelnością oraz wynika z względnie ubogiej diagnostyki, która uniemożliwia rozliczenie hospitalizacji w ramach procedur wyżej wycenionych. Tym samym wzrost liczby tych procedur może świadczyć bądź o pogorszeniu rokowania (większej liczbie zgonów w początkowym okresie hospitalizacji), bądź liczbie hospitalizacji w oddziałach prowadzących bardzo skromną i podstawową diagnostykę. Z pewnością oba te możliwe efekty nie są korzystne.

Tabela 87. Analiza danych JGP NFZ (<http://prog.nfz.gov.pl/app-jgp/>)

	2009			2010			2011		
	Liczba wystąpień	Liczba zgonów	Procent zgonów	Liczba wystąpień	Liczba zgonów	Pocent zgonów	Liczba wystąpień	Liczba zgonów	Procent zgonów
A48 – Kompleksowe leczenie udarów mózgu > 7 dni na oddziale udarowym	38156	2476	6,49	38687	2171	5,61	42319	2407	5,69%
A49 – Udar mózgu – leczenie > 3 dni	42899	7110	16,57	32418	3839	11,84	31434	4003	12,73
A50 – Udar mózgu – leczenie	13234	6865	51,87	19695	8935	45,37	17194	8851	51,48
A51 – Udar mózgu – leczenie trombolityczne > 7 dni na oddziale udarowym	686	42	6,12	1204	57	4,73	2285	127	5,56
Łącznie (n)	94975	16493	17,37	92004	15002	16,31	93232	15388	16,51

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

W końcu, być może mamy do czynienia z przedłużaniem pobytu chorego z trzech do siedmiu i więcej dni, co daje możliwość zakwalifikowania procedury jako A48 i uzyskania dwukrotnie większego finansowania. Na co dzień dążymy do skrócenia pobytu chorego w szpitalu. Największe koszty wynikające z przyjęcia z powodu udaru ponoszone są w pierwszych dniach hospitalizacji i związane są z diagnostyką oraz ewentualnym leczeniem trombolitycznym (osobno kontraktowanym). Poza diagnostyką na koszty składa się leczenie powikłań, rehabilitacja i ewentualnie pogłębiona diagnostyka. Wypisanie więc wczesne chorego, którego stan jest stabilny i który np. jeszcze dodatkowo otrzymał leczenie trombolityczne z dobrym skutkiem, jest nieopłacalne dla szpitali, stąd pobyt pacjentów może być sztucznie przedłużany o kilka dni. Wtedy zostają pokryte koszty i szpital nawet „zarabia”. Z pewnością z całą mocą należy podkreślić, że dotyczy to raczej małego odsetka chorych, ponieważ dłuższy pobyt w szpitalu jest uzasadniony i konieczny w większości przypadków.

Bardzo istotne jest wykazanie wzrostu liczby procedur A51 dotyczących leczenia trombolitycznego. Na przestrzeni analizowanych lat wzrosła liczba tych procedur – z roku na rok średnio dwukrotnie. Jest to zjawisko wysoce korzystne. Dostępność dla pacjentów tej uznanej procedury jest coraz większa, a do niedawna Polska była w tym zakresie w ogonie Europy. Niestety ciągle odsetek ten (około 4-5 proc. wszystkich udarów niedokrwiennych) jest niezadowalający. W województwach, w których częstość procedur była już wysoka przed 2009 rokiem – np. świętokrzyskie i mazowieckie, wzrost liczby procedur A51 był niewielki (odpowiednio z 101 do 146 i z 155 do 369), natomiast znaczny w innych województwach – np. w podlaskim z 7 do 84, małopolskim z 25 do 113. Świadczy to o poprawie dostępności do nowoczesnego leczenia. Jeszcze całkowita częstość zabiegów jest niska, ale odnotowuje się pozytywny trend w zakresie upowszechniania tej skutecznej metody terapeutycznej.

Wydatki poniesione na leczenie *per capita* są zbliżone w poszczególnych województwach i szpitalach. Nie jest to zjawisko zupełnie prawidłowe. Wiadomo, że w szpitalach akademickich wykonywana jest szersza diagnostyka i tam konsultowane są przypadki wymagające pogłębionej diagnostyki i większych nakładów kosztów. Uzyskanie takich samych środków przez szpital, który wykona minimalną diagnostykę, i przez szpital, który prowadzi pogłębione postępowanie diagnostyczne na wyższym poziomie (np. nie tylko badanie tomograficzne, ale i obrazową diagnostykę naczyń mózgowych), jest niesłuszne. Z drugiej strony różnice wartości umów *per capita* w 2013 r. na świadczenia pokazują odmienności w koncepcji finansowania świadczeń neurologicznych i dostępę do nich między oddziałami NFZ.

Niepokojącym zjawiskiem jest estymacja liczby udarów w Polsce w przedstawionym materiale. W ostatnich latach nie mieliśmy wprawdzie dobrych badań epidemiologicznych przeprowadzanych na poziomie krajowym, ale wyliczenie autorów raportu na poziomie około 250 udarów na 100 tys. osób to bardzo dużo. Badania epidemiologiczne z 1992 roku wykazały zapadalność na pierwszy udar na poziomie 127 udarów na 100 tys. mieszkańców. Konieczne jest więc rozważenie, czy ze względu na sposób rozliczeń z NFZ nie mamy do czynienia z „nadrozpoznawalnością” i nadmierną liczbą raportowanych hospitalizacji z powodu udaru mózgu. Na przykład do grupy udarów trafiają być może przemijające objawy niedokrwienia mózgu lub chorzy z niespecyficznymi

objawami. W II Klinice Instytutu Psychiatrii i Neurologii 30 proc. chorych trafiających do izby przyjęć z rozpoznaniem udaru okazuje się mieć inną chorobę. Drugim wnioskiem jest konieczność przeprowadzenia rzetelnego badania epidemiologicznego dotyczącego udarów mózgu w Polsce.

2. Problemy interpretacji danych dotyczących rehabilitacji.

Do tego działu mamy chyba najwięcej uwag. Niestety interpretacja danych NFZ dotyczących rehabilitacji jest trudna w kontekście samego udaru mózgu lub jego następstw z uwagi na zakres raportowanych danych. Autorzy posłużyli się kwalifikacją neurorehabilitacja, zakładając, że średnio obejmuje ona w 60 proc. chorych po udarze mózgu. Jest to duże przybliżenie. Należy bowiem pamiętać, że ośrodki mające zakontraktowaną rehabilitację neurologiczną mogą świadczyć usługi w zakresie:

- rehabilitacji zaburzeń funkcji mózgu – grupy RNM01-04 (w tej grupie znajdują się m.in. chorzy we wczesnym okresie po udarze mózgu),
- rehabilitacji zaburzeń funkcji rdzenia kręgowego i korzeni nerwowych – grupy RNR01-04,
- zaburzeń funkcji obwodowego układu nerwowego i dystrofii mięśniowych – grupy RNO01-02,
- rehabilitacji neurologicznej dziecięcej – grupy RND01-03 (w tej grupie sporadycznie znajdują się dzieci po udarach mózgu),
- rehabilitacji neurologicznej przewlekłej (w tej grupie m.in. znajdują się chorzy w późniejszym okresie od udaru) – grupa RNP01.

Wiele ośrodków z szyldem „neurorehabilitacja” nie przyjmuje chorych w ciężkim stanie po udarze, chorych niesamodzielnych, wymagających wzmoczonego nakładu pracy pielęgniariskiej (np. chorych z odleżynami, wymagających karmienia przez zgłębnik nosowo-żołądkowy, czy też z wykonaną tracheostomią) oraz chorych w okresie wczesnym po ostrej fazie udaru mózgu. Właśnie ci pacjenci odnoszą największe korzyści z rehabilitacji. Ta grupa chorych wymaga dużego nakładu pracy fizjoterapeutów, neuropsychologów, pielęgniarek i oczywiście lekarzy nie tylko ze specjalnością rehabilitacji, ale neurologów, konsultantów internistycznych i innych. Tak więc tzw. procedura wczesnej rehabilitacji neurologicznej zaburzeń funkcji mózgu jest kłopotliwa i uciążliwa, a jednocześnie słabo opłacalna. Z pewnością warto rozważyć pogłębioną analizę poszczególnych typów usług z uwzględnieniem stanu chorego oraz okresu od wystąpienia udaru mózgu. Tylko wyliczenie z podziałem na rehabilitację zaburzeń funkcji mózgu (grupy RNM01-04 z wyodrębnieniem chorych po udarze mózgu) we wczesnym okresie, z uwzględnieniem ciężkości deficytów neurologicznych i niesprawności chorego oraz rehabilitacji w okresie późniejszym (RNP01 z wyodrębnieniem chorych po udarze mózgu) stwarza obraz dostępności do rehabilitacji poudarowej i kosztów z tym związanych.

Z pewnością należy odnotować, iż opracowanie wskazało na różnicę w dostępności do świadczeń neurorehabilitacyjnych pomiędzy województwami. Z kolei dość osobliwą jest obserwacja, iż są szpitale, które mają bardzo niski kontrakt. Trudno uwierzyć, aby w takich szpitalach był rzeczywiście prawdziwy ośrodek rehabilitacyjny dla chorych po udarze mózgu. Kompleksowa rehabilitacja poudarowa to nie kilka łóżek, które obsługuje nieliczny personel na niepełnych etatach. Oddział musi mieć zapewnianą rehabilitację nie tylko ruchową, ale i neuropsychologiczną, terapię zajęciową, fizykoterapię. Konieczna jest więc większa infrastruktura zapewniająca kompleksowe, zespołowe działanie z naciskiem na terapię indywidualną, umożliwiającą także prowadzenie zajęć rehabilitacyjnych grupowych. Wszystkie te elementy istotnie zwiększają koszty funkcjonowania oddziałów rehabilitacji.

3. Analiza danych o świadczeniach Zakładu Ubezpieczeń Społecznych³.

To prawdziwa kopalnia danych i pogłębiona analiza wykracza poza zakres naszej recenzji. Ograniczymy się więc do kilku spostrzeżeń.

Absencja chorobowa związana z udarem stanowi zaledwie około 8 proc. absencji związanej z całą grupą chorób naczyniowych

3 Np. w województwie łódzkim jest najwięcej (w przeliczeniu na 1000 mieszkańców) dni absencji chorobowej z powodu chorób naczyniowych mózgu, jednocześnie w tym województwie bardzo rzadko stosuje się leczenie trombolityczne; poszerzona wspólna analiza danych ZUS i NFZ mogłaby być interesującym obszarem dalszych eksploracji.

(1 010 vs. 12 733 tysięcy dni absencji chorobowej z tytułu choroby własnej). Przeważają mężczyźni. Związane jest to najprawdopodobniej z faktem, iż udar jest chorobą występującą później niż choroba niedokrwienna serca i większość chorych z udarem to osoby niepracujące zawodowo. Podobnie świadczenia rehabilitacyjne stanowią tylko 10 proc. świadczeń związanych z chorobami naczyniowymi.

W skali kraju koszty świadczeń związanych z niezdolnością do pracy wynoszą 28,7 mld zł, w tym 16 proc. pochłaniają choroby serca, a udary „tylko” 2,4 proc.

Wśród całkowitych kosztów związanych z niezdolnością do pracy (w tym renty) świadczenia rehabilitacyjne i rehabilitacja lecznicza udaru stanowią zaledwie 3 proc. (wydatki na świadczenie rehabilitacyjne poniesiono w kwocie 15 186,6 tys. zł, tj. 2,2 proc. ogółu wydatków, natomiast udział wydatków na renty socjalne wyniósł 0,7 proc.).

Analiza danych ZUS daje dość pobieżne wyobrażenie o kosztach pośrednich i kosztach nieformalnej opieki świadczonej przez członków rodziny nad chorymi z udarem mózgu. Liczby ZUS dotyczące chorób naczyniowych mózgu nie są duże i „nie przytłaczają”, co wynika z faktu, iż chorzy na udar mózgu (średnia wieku w Polsce w chwili zachorowania to 71 lat) nie są aktywni zawodowo, natomiast znaczna część kosztów opieki długoterminowej, rehabilitacji, opieki pielęgnacyjnej (w tym nieformalnie świadczonej przez członków rodzin) nie jest monitorowana, a z pewnością nie jest odzwierciedlona w danych ZUS. Faktyczne obciążenie kosztami pośrednimi jest więc trudne do wyliczenia (niewspominając o trudnościach metodologicznych – wykorzystana przez autorów metoda *value of statistical life* (VSL), zalecana przez Bank Światowy, nie jest powszechnie akceptowana; z pewnością alternatywne metody kalkulacji przyniosłyby odmienne wyniki). Udar jako główna przyczyna niesprawności z pewnością rodzi wysokie koszty przede wszystkim dla chorych i ich rodzin, co wykazały badania przeprowadzone także w Polsce.

Podsumowując, opracowanie jest bardzo ważne dla oceny obecnej sytuacji leczenia chorych z udarem mózgu oraz planowania dalszych zmian w tym zakresie, a wspomniane uwagi, mamy nadzieję, będą przyczynkiem do dalszych analiz.

6.2. Recenzja raportu autorstwa prof. dr hab. med. Janiny Stępińskiej

Raport Uczelni Łazarskiego *Udary mózgu – konsekwencje społeczne i ekonomiczne* jest cennym dokumentem przedstawiającym liczbę hospitalizacji z powodu udaru mózgu, koszty leczenia szpitalnego, rehabilitacji neurologicznej, niezdolności do pracy oraz koszty pośrednie z powodu przedwczesnej umieralności. Koszty są dramatycznie wysokie, a jednocześnie obawiam się, że niedoszacowane.

Uwzględnione są koszty oddziałów udarowych i leczenia trombolitycznego, natomiast obecnie powinno się uwzględnić również interwencyjne leczenie udaru mózgu. Wzorem leczenia ostrych zespołów wieńcowych powinny zostać stworzone, dostępne przez 24 godziny na dobę, centra leczenia interwencyjnego udaru mózgu. Być może powinny powstać interdyscyplinarne centra interwencji naczyniowych. Wprowadzenie innowacyjnych metod leczenia jest oczywiście kosztowne, ale prowadzi do zmniejszenia śmiertelności i niepełnosprawności chorych, a więc w obserwacji odległej, prowadzi do oszczędności.

Należy zwrócić uwagę na fakt, że takie skutki przyniósł koordynowany przez panią prof. Annę Członkowską, prowadzony w latach 2003-2008, Narodowy Program Profilaktyki i Leczenia Udaru Mózgu POLKARD. W ramach Programu POLKARD utworzono sieć około 120 pododdziałów udarowych, sieć poradni chorób naczyniowych mózgu i wdrożono nowoczesne metody leczenia i rehabilitacji. Koszt leczenia trombolitycznego to jedynie 5,1 proc. proc. kosztów leczenia szpitalnego po udarze mózgu.

Niepokojący jest brak pełnej diagnozy: zawał mózgu nieokreślony i zawał mózgu wywołany przez nieokreśloną niedrożność w aż 40 proc. Jedną z przyczyn jest ograniczona dostępność do nowoczesnych metod obrazowania. Wydaje się, że ta sytuacja będzie się w najbliższym czasie poprawiać.

Należy również zwrócić uwagę na przemijające niedokrwienie mózgu, które jest obecnie wskazaniem do hospitalizacji, wymaga pełnej diagnostyki, a dane na temat kosztów i odległych wyników są ograniczone.

Przedstawione dane wskazują na większe koszty absencji chorobowej mężczyzn. Z danych z Rocznika Statystycznego

Rzeczypospolitej Polskiej wynika, że choroby naczyń mózgowych są istotnie częstszą przyczyną zgonów kobiet niż mężczyzn. Z Rocznika z 2011 roku przedstawiającego zgony z powodu chorób naczyń mózgowych w 2009 roku: kobiety 103,7/100 tys., a mężczyźni 86,4/100 tys. Nie jest jasne, czy dane te uwzględniają aktywność zawodową kobiet i mężczyzn.

W raporcie stosunkowo mało miejsca poświęcono czynnikom ryzyka udaru mózgu i potencjalnym korzyściom wynikającym z profilaktyki pierwotnej. Czynniki ryzyka udaru mózgu pokrywają się w znacznym stopniu z czynnikami ryzyka zawału serca. Są to: palenie tytoniu, otyłość/nadwaga, nadciśnienie tętnicze, hipercholesterolemia, cukrzyca, brak aktywności fizycznej. Z badania INTERSTROKE wynika, że 10 modyfikowalnych czynników ryzyka odpowiada za > 90 proc. ryzyka udaru mózgu. Z badania INTERHEART wynika, że 9 modyfikowalnych czynników ryzyka odpowiada za 90 proc. ryzyka zawału serca u mężczyzn i 94 proc. u kobiet. Prewencja pierwotna ma znaczenie interdyscyplinarne.

Udar mózgu często jest powikłaniem migotania przedsionków. Migotanie przedsionków to najczęstsza forma zaburzeń rytmu serca. Częstość migotania przedsionków rośnie z wiekiem. Z wiekiem rośnie również ryzyko udaru mózgu. Zgodnie z wytycznymi Europejskiego, a co za tym idzie, Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, w celu zmniejszenia ryzyka udaru mózgu, u chorych z migotaniem przedsionków, po ocenie zagrożenia udarem mózgu oraz powikłaniami krwotocznymi, należy podjąć decyzję o leczeniu przeciwzakrzepowym. Wyniki badań z nowymi doustnymi antykoagulantami wskazują na większe bezpieczeństwo i co najmniej taką samą skuteczność dabigatranu, rywaroksabanu i apiksabanu, jak warfaryny. Wytyczne preferują nowe doustne antykoagulanty ze względu na istotne statystycznie zmniejszenie liczby krwawień śródczaszkowych. Nowe doustne antykoagulanty są bezpieczne również w prewencji wtórnej u chorych po udarze mózgu czy przemijającym niedokrwieniu. Populacja chorych z migotaniem przedsionków w Polsce to około 400 000 osób; prawie wszyscy powinni otrzymywać profilaktykę przeciwzakrzepową. Pacjenci, którzy są leczeni antagonistami witaminy K i utrzymują INR w zalecanym przedziale, mogą nadal być leczeni tym samym lekiem. Prowadzone są badania z kolejnymi nowymi doustnymi antykoagulantami. Leczenie przeciwzakrzepowe jest jednym z ważnych elementów, które powinny być ujęte w analizie. Dla chorych mających przeciwwskazania do leczenia farmakologicznego alternatywę stanowi przeszćorne zamykanie uszka lewego przedsionka.

Rehabilitacja neurologiczna jest niezbędnym elementem leczenia chorych po udarze.

Niezależnie od wszystkich omówionych w raporcie elementów mających na celu profilaktykę, poprawę wyników leczenia udaru mózgu, niezbędne jest również stworzenie centrów leczniczych dla chorych źle rokujących.

Autorzy Raportu rekomendują pełną i równą dostępność świadczeń szpitalnych i rehabilitacyjnych w całym kraju. Przedstawiona analiza wskazuje na ogromne potrzeby w zakresie profilaktyki i leczenia udarów mózgu. Nakłady finansowe na ten cel rosną we wszystkich krajach, zwłaszcza w krajach rozwiniętych, w których czas życia wydłużył się.

7. SPIS WYKRESÓW

Wykres 1.	Wydatki całościowe NFZ w ramach systemu JGP tytułem leczenia udaru mózgu w kategoriach procedur A48-A51, w latach 2009-2011 w mln zł	16
Wykres 2.	Zestawienie wydatków NFZ tytułem poszczególnych kategorii procedur leczenia udaru mózgu w ramach JGP w latach 2009-2011	17
Wykres 3.	Odsetek procedur według ICD-10 w ramach kategorii procedur A48 – Kompleksowe leczenie udarów mózgu > 7 dni w oddziale udarowym finansowanych przez NFZ w ramach JGP w latach 2009-2011	21
Wykres 4.	Odsetek procedur według ICD-10 w ramach kategorii procedur: A49 – Udar mózgu – leczenie > 3 dni finansowanych przez NFZ w ramach JGP w latach 2009-2011	23
Wykres 5.	Odsetek procedur według ICD-10 w ramach kategorii procedur: A50 – Udar mózgu – leczenie finansowanych przez NFZ w ramach JGP w latach 2009-2011	25
Wykres 6.	Odsetek procedur według ICD-10 w ramach kategorii procedur: A51 – Udar mózgu – leczenie trombolityczne > 7 dni w oddziale udarowym finansowanych przez NFZ w ramach JGP w latach 2009-2011	26
Wykres 7.	Liczba dni absencji chorobowej z tytułu choroby własnej osób ubezpieczonych w ZUS z powodu chorób naczyń mózgowych w poszczególnych województwach według płci w 2012 r.	64
Wykres 8.	Przeciętna długość zaświadczenia lekarskiego wystawionego z tytułu choroby własnej osobom ubezpieczonym w ZUS z powodu chorób naczyń mózgowych w poszczególnych województwach w 2012 r.	70
Wykres 9.	Struktura wieku osób z orzecznym po raz pierwszy świadczeniem rehabilitacyjnym z tytułu chorób naczyń mózgowych w latach 2011-2012	73
Wykres 10.	Struktura orzeczeń pierwszorazowych wydanych w 2012 r. do celów rentowych z tytułu chorób naczyń mózgowych według stopnia niezdolności	82
Wykres 11.	Struktura wydatków w 2010 r. na świadczenia związane z niezdolnością do pracy spowodowaną chorobami naczyń mózgowych według rodzajów świadczeń	91

8. SPIS TABEL

Tabela 1.	Niemodyfikowalne czynniki ryzyka udaru mózgu	13
Tabela 2.	Modyfikowalne czynniki ryzyka udaru mózgu	13
Tabela 3.	Zestawienie wydatków NFZ tytułem poszczególnych kategorii procedur leczenia udaru mózgu w ramach JGP w latach 2009-2011	17
Tabela 4.	Liczba wystąpień, średnia wartość hospitalizacji oraz wydatki NFZ w latach 2009-2011 w ramach kategorii procedur: A48 – Kompleksowe leczenie udarów mózgu > 7 dni w oddziale udarowym	18
Tabela 5.	Liczba wystąpień, średnia wartość hospitalizacji oraz wydatki NFZ w latach 2009-2011 w ramach procedury: A49 – Udar mózgu – leczenie > 3 dni	18
Tabela 6.	Liczba wystąpień, średnia wartość hospitalizacji oraz wydatki NFZ w latach 2009-2011 w ramach procedury: A50 – Udar mózgu – leczenie	19
Tabela 7.	Liczba wystąpień, średnia wartość hospitalizacji oraz wydatki NFZ w latach 2009-2011 w ramach procedury: A51 – Udar mózgu – leczenie trombolityczne > 7 dni w oddziale udarowym	19
Tabela 8.	Odsetek procedur według ICD-10 w ramach kategorii procedur: A48 – Kompleksowe leczenie udarów mózgu > 7 dni w oddziale udarowym finansowanych przez NFZ w ramach JGP w latach 2009-2011	20
Tabela 9.	Odsetek procedur według ICD-10 w ramach kategorii procedur: A49 – Udar mózgu – leczenie > 3 dni finansowanych przez NFZ w ramach JGP w latach 2009-2011	22
Tabela 10.	Odsetek procedur według ICD-10 w ramach kategorii procedur: A50 – Udar mózgu – leczenie finansowanych przez NFZ w ramach JGP w latach 2009-2011	24
Tabela 11.	Odsetek procedur według ICD-10 w ramach kategorii procedur: A51 – Udar mózgu – leczenie trombolityczne > 7 dni w oddziale udarowym finansowanych przez NFZ w ramach JGP w latach 2009-2011	26
Tabela 12.	Liczba wystąpień oraz średnia wartość hospitalizacji w ramach systemu JGP tytułem leczenia udaru mózgu w kategorii procedur: A48 – Kompleksowe leczenie udarów mózgu > 7 dni w oddziale udarowym w latach 2009-2011 według oddziałów wojewódzkich NFZ	28
Tabela 13.	Liczba wystąpień oraz średnia wartość hospitalizacji w ramach systemu JGP tytułem leczenia udaru mózgu w kategorii procedur: A49 – Udar mózgu – leczenie > 3 dni, w latach 2009-2011 według Oddziałów Wojewódzkich NFZ	29
Tabela 14.	Liczba wystąpień oraz średnia wartość hospitalizacji w ramach systemu JGP tytułem leczenia udaru mózgu w kategorii procedur: A50 – Udar mózgu – leczenie w latach 2009-2011 według oddziałów wojewódzkich NFZ	30
Tabela 15.	Liczba wystąpień oraz średnia wartość hospitalizacji w ramach systemu JGP tytułem leczenia udaru mózgu w kategorii procedur: A51 – Udar mózgu – leczenie trombolityczne > 7 dni w oddziale udarowym, w latach 2009-2011 według oddziałów wojewódzkich NFZ	31
Tabela 16.	Liczba świadczeniodawców, którzy podpisali w 2013 r. umowy w zakresie neurologii – hospitalizacji A48, A51 (leczenie w oddziale udarowym)	32
Tabela 17.	Wartość umów w 2013 r. na świadczenia w zakresie neurologii – hospitalizacji A48, A51 (leczenie w oddziale udarowym)	32

Tabela 18.	Wartość umów <i>per capita</i> w 2013 r. na świadczenia w zakresie neurologii – hospitalizacji A48, A51	33
Tabela 19.	Świadczeniodawcy o średniej wartości punktu rozliczeniowego poniżej 52 zł w zakresie neurologii – hospitalizacji A48, A51 (leczenie w oddziale udarowym)	34
Tabela 20.	Liczba świadczeniodawców, którzy podpisali w 2013 r. umowy w zakresie rehabilitacji neurologicznej	35
Tabela 21.	Wartość umów w 2013 r. na świadczenia w zakresie rehabilitacji neurologicznej	35
Tabela 22.	Wartość umów <i>per capita</i> w 2013 r. na świadczenia w zakresie rehabilitacji neurologicznej	36
Tabela 23.	Świadczeniodawcy o średniej wartości punktu rozliczeniowego poniżej 1 zł w zakresie rehabilitacji neurologicznej	37
Tabela 24.	Dolnośląski OW NFZ – neurologia – hospitalizacja A48, A51 (leczenie w oddziale udarowym)	38
Tabela 25.	Dolnośląski OW NFZ – rehabilitacja neurologiczna	38
Tabela 26.	Kujawsko-Pomorski OW NFZ – neurologia – hospitalizacja A48, A51 (leczenie w oddziale udarowym)	39
Tabela 27.	Kujawsko-Pomorski OW NFZ – rehabilitacja neurologiczna	40
Tabela 28.	Lubelski OW NFZ – neurologia – hospitalizacja A48, A51 (leczenie w oddziale udarowym)	41
Tabela 29.	Lubelski OW NFZ – rehabilitacja neurologiczna	41
Tabela 30.	Lubuski OW NFZ – neurologia – hospitalizacja A48, A51 (leczenie w oddziale udarowym)	42
Tabela 31.	Lubuski OW NFZ – rehabilitacja neurologiczna	42
Tabela 32.	Łódzki OW NFZ – neurologia – hospitalizacja A48, A51 (leczenie w oddziale udarowym)	43
Tabela 33.	Łódzki OW NFZ – rehabilitacja neurologiczna	44
Tabela 34.	Małopolski OW NFZ – neurologia – hospitalizacja A48, A51 (leczenie w oddziale udarowym)	45
Tabela 35.	Małopolski OW NFZ – rehabilitacja neurologiczna	45
Tabela 36.	Mazowiecki OW NFZ – neurologia – hospitalizacja A48, A51 (leczenie w oddziale udarowym)	46
Tabela 37.	Mazowiecki OW NFZ – rehabilitacja neurologiczna	47
Tabela 38.	Opolski OW NFZ – neurologia – hospitalizacja A48, A51 (leczenie w oddziale udarowym)	48
Tabela 39.	Opolski OW NFZ – rehabilitacja neurologiczna	48
Tabela 40.	Podkarpacki OW NFZ – neurologia – hospitalizacja A48, A51 (leczenie w oddziale udarowym)	49
Tabela 41.	Podkarpacki OW NFZ – rehabilitacja neurologiczna	50
Tabela 42.	Podlaski OW NFZ – neurologia – hospitalizacja A48, A51 (leczenie w oddziale udarowym)	51
Tabela 43.	Podlaski OW NFZ – rehabilitacja neurologiczna	51
Tabela 44.	Pomorski OW NFZ – neurologia – hospitalizacja A48, A51 (leczenie w oddziale udarowym)	52
Tabela 45.	Pomorski OW NFZ – rehabilitacja neurologiczna	52
Tabela 46.	Śląski OW NFZ – neurologia – hospitalizacja A48, A51 (leczenie w oddziale udarowym)	54
Tabela 47.	Śląski OW NFZ – rehabilitacja neurologiczna	55
Tabela 48.	Świętokrzyski OW NFZ – neurologia – hospitalizacja A48, A51 (leczenie w oddziale udarowym)	56
Tabela 49.	Świętokrzyski OW NFZ – rehabilitacja neurologiczna	56
Tabela 50.	Warmińsko-Mazurski OW NFZ – neurologia – hospitalizacja A48, A51 (leczenie w oddziale udarowym)	57
Tabela 51.	Warmińsko-Mazurski OW NFZ – rehabilitacja neurologiczna	58
Tabela 52.	Wielkopolski OW NFZ – neurologia – hospitalizacja A48, A51 (leczenie w oddziale udarowym)	59
Tabela 53.	Wielkopolski OW NFZ – rehabilitacja neurologiczna	59
Tabela 54.	Zachodniopomorski OW NFZ – neurologia – hospitalizacja A48, A51 (leczenie w oddziale udarowym)	60
Tabela 55.	Zachodniopomorski OW NFZ – rehabilitacja neurologiczna	60
Tabela 56.	Absencja chorobowa z tytułu choroby własnej osób ubezpieczonych w ZUS w latach 2011-2012	62

Tabela 57.	Struktura liczby dni absencji chorobowej z tytułu choroby własnej osób ubezpieczonych w ZUS spowodowanej chorobami naczyń mózgowych w latach 2011-2012	63
Tabela 58.	Liczba dni absencji chorobowej z tytułu choroby własnej osób ubezpieczonych w ZUS z powodu chorób naczyń mózgowych w 2011 r. według województw	65
Tabela 59.	Struktura liczby dni absencji chorobowej z tytułu choroby własnej osób ubezpieczonych w ZUS z powodu chorób naczyń mózgowych w 2011 r. według województw	66
Tabela 60.	Liczba dni absencji chorobowej z tytułu choroby własnej osób ubezpieczonych w ZUS z powodu chorób naczyń mózgowych w 2012 r. według województw	67
Tabela 61.	Struktura liczby dni absencji chorobowej z tytułu choroby własnej osób ubezpieczonych w ZUS z powodu chorób naczyń mózgowych w 2012 r. według województw	68
Tabela 62.	Wskaźnik liczby dni absencji chorobowej z tytułu chorób naczyń mózgowych w 2012 r. osób ubezpieczonych w ZUS w przeliczeniu na 1 tys. osób objętych ubezpieczeniem zdrowotnym w poszczególnych województwach	69
Tabela 63.	Struktura osób ubezpieczonych w ZUS, którym w latach 2011-2012 wydano w danym roku przynajmniej jedno zaświadczenie lekarskie z tytułu niezdolności do pracy spowodowanej chorobami naczyń mózgowych według płci i wieku ubezpieczonych	70
Tabela 64.	Orzeczenia ustalające uprawnienia do świadczenia rehabilitacyjnego wydane przez lekarzy orzeczników w latach 2011-2012	71
Tabela 65.	Orzeczenia pierwszorazowe ustalające uprawnienia do świadczenia rehabilitacyjnego z tytułu chorób naczyń mózgowych wydane przez lekarzy orzeczników w 2011 r. według wieku i jednostek chorobowych tej podgrupy	72
Tabela 66.	Orzeczenia pierwszorazowe ustalające uprawnienia do świadczenia rehabilitacyjnego z tytułu chorób naczyń mózgowych wydane przez lekarzy orzeczników w 2012 r. według wieku i jednostek chorobowych tej podgrupy	72
Tabela 67.	Orzeczenia pierwszorazowe ustalające uprawnienia do świadczenia rehabilitacyjnego z tytułu chorób naczyń mózgowych wydane przez lekarzy orzeczników w 2012 r. według przewidywanego okresu trwania tej niezdolności oraz średni wiek badanych osób	74
Tabela 68.	Orzeczenia ponowne ustalające uprawnienia do świadczenia rehabilitacyjnego z tytułu chorób naczyń mózgowych wydane przez lekarzy orzeczników w 2012 r. według przewidywanego okresu trwania tej niezdolności oraz średni wiek badanych osób	75
Tabela 69.	Orzeczenia pierwszorazowe ustalające uprawnienia do świadczenia rehabilitacyjnego z tytułu chorób naczyń mózgowych wydane przez lekarzy orzeczników w 2012 r. według województw	77
Tabela 70.	Orzeczenia ustalające niezdolność do pracy wydane przez lekarzy orzeczników w latach 2011-2012	78
Tabela 71.	Struktura orzeczeń pierwszorazowych ustalających niezdolność do pracy z tytułu chorób naczyń mózgowych wydanych przez lekarzy orzeczników w 2012 r. według wieku badanych osób	79
Tabela 72.	Orzeczenia ustalające niezdolność do pracy wydane przez lekarzy orzeczników w 2012 r. według stopnia tej niezdolności	81
Tabela 73.	Orzeczenia pierwszorazowe ustalające niezdolność do pracy w związku z chorobami naczyń mózgowych wydane do celów rentowych przez lekarzy orzeczników w 2012 r. według przewidywanego okresu trwania tej niezdolności oraz średni wiek osób badanych	83

Tabela 74.	Orzeczenia ponowne ustalające niezdolność do pracy w związku z chorobami naczyń mózgowych wydane do celów rentowych przez lekarzy orzeczników w 2012 r. według przewidywanego okresu trwania tej niezdolności oraz średni wiek osób badanych	84
Tabela 75.	Orzeczenia pierwszorazowe ustalające niezdolność do pracy z tytułu chorób naczyń mózgowych wydane przez lekarzy orzeczników w 2012 r. według województw	86
Tabela 76.	Orzeczenia ponowne ustalające niezdolność do pracy z tytułu chorób naczyń mózgowych wydane przez lekarzy orzeczników w 2012 r. według województw	87
Tabela 77.	Wydatki ogółem na świadczenia związane z niezdolnością do pracy w związku z chorobami naczyń mózgowych poniesione w 2010 r.	89
Tabela 78.	Struktura wydatków ogółem na świadczenia związane z niezdolnością do pracy w związku z chorobami naczyń mózgowych poniesionych w 2010 r.	90
Tabela 79.	Wydatki na świadczenia związane z niezdolnością do pracy poniesione w 2010 r. z tytułu chorób naczyń mózgowych według rodzajów świadczeń	92
Tabela 80.	Struktura wydatków na świadczenia związane z niezdolnością do pracy poniesionych w 2010 r. z tytułu chorób naczyń mózgowych według rodzajów świadczeń	92
Tabela 81.	Struktura wydatków na świadczenia związane z niezdolnością do pracy poniesionych w 2010 r. z tytułu chorób naczyń mózgowych według jednostek chorobowych podgrupy I60 – I69	93
Tabela 82.	Wydatki na renty z tytułu niezdolności do pracy poniesione w 2010 r. z powodu chorób naczyń mózgowych według województw	95
Tabela 83.	Struktura wydatków na renty z tytułu niezdolności do pracy poniesionych w 2010 r. z powodu chorób naczyń mózgowych według województw	96
Tabela 84.	Struktura wydatków na renty z tytułu niezdolności do pracy poniesionych w 2010 r. z powodu chorób naczyń mózgowych według jednostek chorobowych tej podgrupy	97
Tabela 85.	Przeciętna kwota wypłaty w 2010 r. na renty z tytułu niezdolności do pracy przyznanych z powodu chorób naczyń mózgowych przypadająca na jednego świadczeniobiorcę według województw	98
Tabela 86.	Przeciętny okres pobierania w 2010 r. renty z tytułu niezdolności do pracy przyznanej z powodu chorób naczyń mózgowych według województw	99
Tabela 87.	Analiza danych JGP NFZ (http://prog.nfz.gov.pl/app-jgp/); opracowanie własne	102