



IZMOZ | INSTYTUT ZARZĄDZANIA
W OCHRONIE ZDROWIA

NIEWYDOLNOŚĆ SERCA – ANALIZA KOSZTÓW EKONOMICZNYCH I SPOŁECZNYCH





IZMOZ | INSTYTUT ZARZĄDZANIA
W OCHRONIE ZDROWIA

NIEWYDOLNOŚĆ SERCA – ANALIZA KOSZTÓW EKONOMICZNYCH I SPOŁECZNYCH



AUTORZY - ZESPÓŁ REDAKCYJNY

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

Servier Polska Sp. z o. o

© Copyright by Uczelnia Łazarskiego
Warszawa 2013
ISBN 978-83-64054-36-5

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	5
2. Niewydolność serca – istotne aspekty związane z realizacją Programu POLKARD	6
3. Analiza kosztów świadczeń finansowanych przez NFZ związanych z leczeniem niewydolności serca	8
3.1. Wprowadzenie	8
3.2. Analiza realizacji szpitalnych świadczeń kardiologicznych w okresie 2004-2012	8
3.3. Powody hospitalizacji pacjentów w wieku powyżej 65 r.ż. w 2009 roku – analiza 10 najczęściej występujących rozpoznań klinicznych	10
3.4. Niewydolność serca – finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej przez Narodowy Fundusz Zdrowia	12
3.4.1. Finansowanie świadczeń z rodzaju leczenie szpitalne, ambulatoryjna opieka specjalistyczna, rehabilitacja lecznicza	12
3.4.2. Finansowanie świadczeń związanych z leczeniem niewydolności serca przez oddziały wojewódzkie NFZ	13
3.4.3. Finansowanie świadczeń w podziale na szczegółowe rozpoznania niewydolności serca według klasyfikacji ICD 10	14
3.4.4. Finansowanie świadczeń w podziale na szczegółowe rozpoznania niewydolności serca według klasyfikacji ICD 10 przez oddziały wojewódzkie NFZ	15
3.4.5. Liczba leczonych pacjentów z rozpoznaniem niewydolności serca w 2012 roku	17
3.4.6. Liczba pacjentów z niewydolnością serca leczona w 2012 roku według rozpoznań ICD 10	18
3.5. Leczenie szpitalne - szczegółowa analiza grupy E53 - Niewydolność krążenia > 69 r.ż. lub z powikłaniami i chorobami współistniejącymi w 2012 roku	23
3.5.1. Ogólna wartość i liczba hospitalizacji ramach grupy E53	23
3.5.2. Wartość i liczba hospitalizacji pacjentów z niewydolnością serca według województw w 2012 roku	24

3.5.3.	Długość hospitalizacji pacjentów z niewydolnością sercaw poszczególnych województwach w 2012 roku	26
3.5.4.	Liczba hospitalizacji na 100 tysięcy mieszkańców w poszczególnych województwach	27
3.5.5.	Hospitalizacja pacjentów z niewydolnością serca z uwzględnieniem profilu oddziału szpitalnego.	28
3.5.6.	Tryb przyjęcia do szpitala oraz wypisu pacjentów z niewydolnością serca	30
3.5.7.	Liczba hospitalizacji i czas pobytu w szpitalu ze względu na płeć i wiek pacjentów z niewydolnością serca	32
3.5.8.	Analiza śmiertelności pacjentów sprawozdawanych w ramach grupy E53 w podziale na województwa	33
4.	Analiza wydatków z ubezpieczeń społecznych związanych z niezdolnością do pracy u osób z rozpoznaniem niewydolności serca (150)	35
4.1.	Czasowa niezdolność do pracy – absencja chorobowa	35
4.2.	Krótkoterminowa niezdolność do pracy – orzeczenia pierwszorazowe i ponowne uprawniające do świadczenia rehabilitacyjnego	39
4.3.	Długotrwała niezdolność do pracy w orzeczeniach wydanych przez lekarzy orzeczników dla celów rentowych	42
4.4.	Wydatki na świadczenia z ubezpieczeń społecznych związane z niezdolnością do pracy	45
5.	Podsumowanie i Wnioski	48
6.	Rekomendacje	50
7.	Spis wykresów	51
8.	Spis tabel	52

1. WSTĘP

Oddajemy w Państwa ręce kolejny¹ raport badawczy pt. **Niewydolność serca – analiza kosztów ekonomicznych i społecznych**, który jest efektem kilkumiesięcznej pracy ekspertów Instytutu Zarządzania w Ochronie Zdrowia (poprzednia nazwa Instytut Organizacji Ochrony Zdrowia) Uczelni Łazarskiego w Warszawie.

Przesłanką do podjęcia badań nad jednostką chorobową jaką jest niewydolność serca są statystyki ilustrujące aktualną sytuację zdrowotną Polaków. Według aktualnych danych w Polsce z rozpoznaną niewydolnością serca żyje około 1 miliona osób². W ciągu 20 najbliższych lat liczba ta wzrośnie o 25%. Choroba ta jest przyczyną wysokiej śmiertelności wśród pacjentów powyżej 55 roku życia (4 letnie przeżycie tylko u ok. 50% chorych). Rocznie stanowi przyczynę ponad 60 tys. zgonów³.

Pomimo, że zapobieganie i leczenie chorób układu krążenia jest pierwszym celem strategicznym w Narodowym Programie Zdrowia na lata 2007-2015⁴ oraz pierwszym priorytetem polityki zdrowotnej państwa⁵ zagrożenia zdrowotne związane z niewydolnością serca w Polsce narastają.

Celem badań, których podsumowaniem jest niniejszy raport była identyfikacja kierunków racjonalizacji opieki medycznej, prowadzących do ograniczenia konsekwencji społecznym, medycznych i ekonomicznych niewydolności serca w Polsce.

Raport zawiera kompleksowe zestawienie oraz szczegółową analizę kosztów, związanych z leczeniem niewydolności serca w Polsce, w tym kosztów świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych przez NFZ oraz kosztów społecznych pokrywanych przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych. Autorzy opracowania dokonali szczegółowej analizy ogólnej liczby i wartości hospitalizacji pacjentów leczonych na niewydolność serca na tle łącznej wartości szpitalnych świadczeń kardiologicznych. W opracowaniu zaprezentowano szczegółową analizę wartości, liczby, długości oraz zakresu hospitalizacji w poszczególnych województwach w 2012 roku. Dane zestawiono z wydatkami z ubezpieczeń społecznych związanych z czasową, krótkoterminową oraz długoterminową niezdolnością do pracy osób z rozpoznaniem niewydolności serca.

Istotnym odniesieniem dla zaproponowanych wniosków i rekomendacji są założenia i efekty Narodowego Programu Wyrównywania Dostępności do Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego na lata 2010 – 2012 POLKARD.

Autorzy raportu pragną serdecznie podziękować wszystkim osobom oraz instytucjom, które przyczyniły się do powstania raportu. To dzięki wsparciu NFZ i ZUS możliwa jest dzisiaj rozpoczęcie rzeczowej dyskusji nad organizacją systemu opieki zdrowotnej nad pacjentami z niewydolnością serca. Autorzy serdecznie dziękują także Pani Profesor Jadwidze Nessler oraz Panu Profesorowi Grzegorzowi Opolskiemu za recenzję raportu.

Instytut Zarządzania w Ochronie Zdrowia Uczelni Łazarskiego przekazuje niniejszy raport zrealizowany w formule Białej Księgi do merytorycznej konsultacji i rozpoczęcia publicznej debaty na temat optymalizacji kosztów leczenia niewydolności serca w Polsce w jednostkach lecznictwa otwartego i zamkniętego na poziomie podstawowym, wojewódzkim i specjalistycznym.

-
- 1 Wcześniejsze raporty to: „Stan opieki reumatologicznej w Polsce“, Warszawa 2011; „Skutki ustawy refundacyjnej w zakresie programów lekowych, ze szczególnym uwzględnieniem programu stosowanego w leczeniu RZS“, Warszawa 2012; „Analiza prawna regulacji dotyczących grup limitowych“, Warszawa 2012; „Analiza dostępności do leczenia onkologicznego oraz finansowania świadczeń z zakresu chemioterapii ze szczególnym uwzględnieniem nowych terapii onkologicznych“, Warszawa 2012; „Udary mózgu - konsekwencje społeczne i ekonomiczne“, Warszawa 2013; „Toczeń Rumieniowaty Układowy (TRU) - charakterystyka populacji leczonej, obciążenie systemu finansów publicznych oraz aspekty ekonomiczne związane z chorobą, ze szczególnym uwzględnieniem rekomendacji dotyczących modelu optymalnego zarządzania chorobą“, Warszawa 2013; „Ustawa o działalności leczniczej - podsumowanie dwóch lat funkcjonowania. Próba oceny skutków działalności“, Warszawa 2013; „Ekonomiczne aspekty skutków picia alkoholu w Europie i w Polsce“, Warszawa 2013.
 - 2 Kuch M., Niewydolność serca, Zakład Niewydolności Serca i Rehabilitacji Kardiologicznej Katedry Kardiologii, Nadciśnienia Tętniczego i Chorób Wewnętrznych WUM, 21.05.2013, http://www.fundacjahilgiera.com/prezentacje/kardiologia_2013/07_niewydolnosc_serca_dr_Kuch.pdf
 - 3 Niewydolność serca powszechniejsza niż nowotwory, <http://www.naukawpolsce.pap.pl/aktualnosci/news,394635,niewydolnosc-serca-powszechniejsza-niz-nowotwory.html>
 - 4 Narodowy Program Zdrowia na lata 2007-2015, Załącznik do Uchwały Nr 90/2007 Rady Ministrów z dnia 15 maja 2007r., http://www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/zal_urm_npz_90_15052007p.pdf
 - 5 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2009 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych, <http://www.mz.gov.pl/wwwmz/index?mr=m1&ms=904&ml=pl&mi=904&mx=0&mt=&my=9&ma=013512>

2. NIEWYDOLNOŚĆ SERCA – ISTOTNE ASPEKTY ZWIĄZANE Z REALIZACJĄ PROGRAMU POLKARD

Według zapisów Narodowego Programu Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego (POLKARD)⁶ „umieralność na choroby układu krążenia w Polsce rosła systematycznie od 1960 r. przez kilka dziesięcioleci. W latach 1992-2003 wystąpił ponad 30% spadek umieralności na choroby układu krążenia. Mimo tej poprawy, umieralność na choroby układu krążenia jest w Polsce nadal wyższa niż średnio w krajach „starej” UE. Obserwuje się znaczne zróżnicowanie między województwami w obszarze zagrożenia życia chorobami układu krążenia ogółem. W 2006 r. było ono najmniejsze w województwie mazowieckim a największe w województwie śląskim (większe o 1/4)”.

Narodowy Program Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego na lata 2003–2005, 2006-2008, 2009, 2010-2012, jako program ogólnokrajowy, był ściśle związany z priorytetami rządu w zakresie polityki zdrowotnej i demograficznej. Był również powiązany z celami strategicznymi i operacyjnymi Narodowego Programu Zdrowia. Zapobieganie i leczenie chorób układu krążenia jest pierwszym celem strategicznym w Narodowym Programie Zdrowia na lata 2007-2015⁷: „Cel strategiczny 1. Zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu chorób naczyniowo-sercowych, w tym udarów mózgu” oraz pierwszym priorytetem polityki zdrowotnej państwa⁸: „Zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu: a) chorób naczyniowo-sercowych, w tym zawałów serca i udarów mózgu”.

Dzięki programowi POLKARD udało się znacznie poprawić dostęp pacjentów do nowoczesnej terapii kardiologicznej (pierwotna angioplastyka wieńcowa w świeżym zawałe serca, elektroterapia zaburzeń rytmu, rehabilitacja kardiologiczna), kardiochirurgicznej (np. małoinwazyjne zabiegi na naczyniach wieńcowych) i neurologicznej (tromboliza w udarze niedokrwiennym, rehabilitacja neurologiczna oraz stentowanie tętnic szyjnych).

Celem edycji programu w latach 2010-2012 pt. „Narodowy program wyrównywania dostępności do profilaktyki i leczenia chorób układu sercowo-naczyniowego - POLKARD” było zmniejszenie występujących różnic w dostępie pacjentów do świadczeń opieki zdrowotnej, spowodowanych uwarunkowaniami sprzętowymi. W dłuższej perspektywie czasowej może to przyczynić się również do zmniejszenia zachorowalności i umieralności na choroby układu krążenia, a także ograniczenia skutków ekonomicznych niepełnosprawności i przedwczesnej umieralności. Działania w ramach ww. programu koncentrowały się na doposażaniu i wymianie wyeksploatowanego sprzętu medycznego znajdującego się w jednostkach prowadzących diagnostykę i leczenie pacjentów z chorobami układu sercowo - naczyniowego.

W ramach ww. programu w obszarze usprawnienia poprawy diagnostyki i terapii niewydolności serca w ramach dostępności do specjalistycznych metod diagnostycznych niezależnie od miejsca zamieszkania zakupiono aparaty do echokardiografii dla ośrodków wojewódzkich i powiatowych. W latach 2003-2009 wyposażono w aparaty ośrodki wojewódzkie. W 2009 roku priorytetem doposażenia w sprzęt były ośrodki powiatowe (12 aparatów). W latach 2010-2012 zakupiono 65 sztuk echokardiografów na łączną kwotę 10 639 970 zł (2010 r. - 19 sztuk - 3 720 000 zł; 2011 r. - 14 sztuk - 2 344 590 zł; 2012 r. - 32 sztuki - 4 575 380 zł)⁹.

Ewaluację i monitorowanie programu POLKARD prowadzi Ministerstwo Zdrowia wspólnie z realizatorami programu

6 Narodowy Program Wyrównywania Dostępności do Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego na lata 2010 – 2012 POLKARD, Ministerstwo Zdrowia, 2010.
http://www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/program_pol kard_08062010.pdf

7 Narodowy Program Zdrowia na lata 2007-2015, Załącznik do Uchwały Nr 90/2007 Rady Ministrów z dnia 15 maja 2007r., http://www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/zal_urm_npz_90_15052007p.pdf

8 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2009 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych,
<http://www.mz.gov.pl/wwwmz/index?mr=m1&ms=904&ml=pl&mi=904&mx=0&mt=&my=9&ma=013512>

9 Igor Radzewicz-Winnicki, Odpowiedź na Interpelacja nr 13164 w sprawie niewydolności serca, Warszawa, dnia 13 lutego 2013 r. http://sejmometr.pl/sejm_interpelacje/16400?t=36332

(ośrodkami klinicznymi). Skuteczność programu mierzona jest na podstawie danych i badań epidemiologicznych, wskaźników prewencji i terapii chorób sercowo-naczyniowych, wyników sondaży oraz monitorowania jakości i dostępności świadczeń¹⁰.

10 Narodowy Program Wyrównywania Dostępności do Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego na lata 2010 – 2012 POLKARD, Ministerstwo Zdrowia, 2010,
http://www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/program_polcard_08062010.pdf

3. ANALIZA KOSZTÓW ŚWIADCZEŃ FINANSOWANYCH PRZEZ NFZ ZWIĄZANYCH Z LECZENIEM NIEWYDOLNOŚCI SERCA

3.1. Wprowadzenie

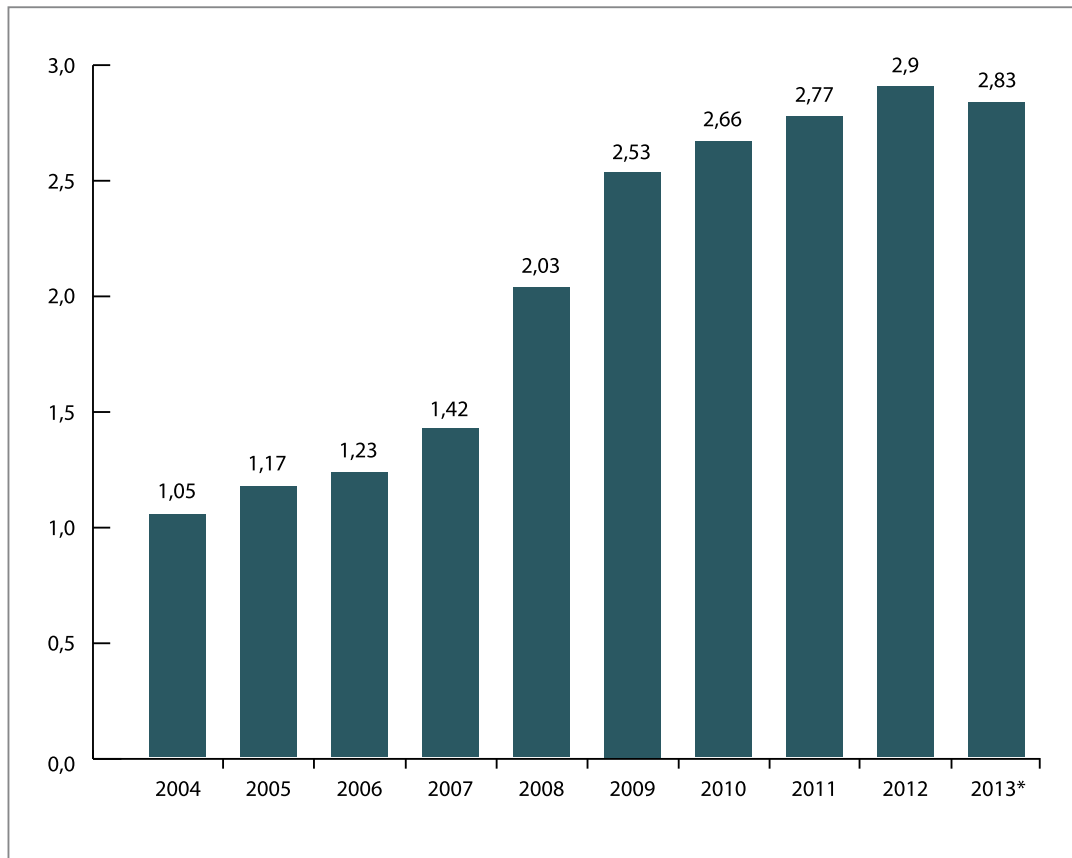
Narodowy Fundusz Zdrowia publikuje dane sprawozdawcze dotyczące realizacji i finansowania świadczeń w rodzaju leczenie szpitalne. Od 1 lipca 2008 roku NFZ wprowadził system sprawozdania i rozliczania świadczeń oparty na katalogu Jednorodnych Grup Pacjentów. Ponadto Centrala NFZ opublikowała zbiorcze analizy świadczeń szpitalnych w zakresie kardiologii za lata 2004-2013 oraz analizy w zakresie odsetka schorzeń kardiologicznych we wszystkich hospitalizacjach pacjentów powyżej 65 r.ż. w 2009 roku. Na bazie tej sprawozdawczości dokonano analizy zrealizowanych świadczeń z zakresu kardiologii w tym dotyczących leczenia pacjentów z rozpoznaniem niewydolności serca (I50) w 2012 roku.

3.2. Analiza realizacji szpitalnych świadczeń kardiologicznych w okresie 2004-2012

Z danych Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia w zakresie kosztów bezpośrednich medycznych przedstawionych w raporcie pt. „Analiza realizacji szpitalnych świadczeń kardiologicznych ze szczególnym uwzględnieniem kardiologii interwencyjnej”¹¹ wynika iż finansowanie świadczeń z zakresu kardiologii w rodzaju leczenie szpitalne wykazuje dużą dynamikę wzrostu nakładów w okresie ostatnich ośmiu lat: z ok. 1,05 mld zł w 2004 roku do 2,83 mld zł w 2012 roku. Trend ten ilustruje wykres nr 1.

11 Analiza realizacji szpitalnych świadczeń kardiologicznych ze szczególnym uwzględnieniem kardiologii interwencyjnej, NFZ, Departament Świadczeń Opieki Zdrowotnej, 21.06.2013, http://www.nfz.gov.pl/new/art/5490/2013_06_17_kardiologia_publicacja_popr.pdf

Wykres 1. Wartość zawartych umów (w mld zł) w zakresie kardiologia w okresie 2004-2012



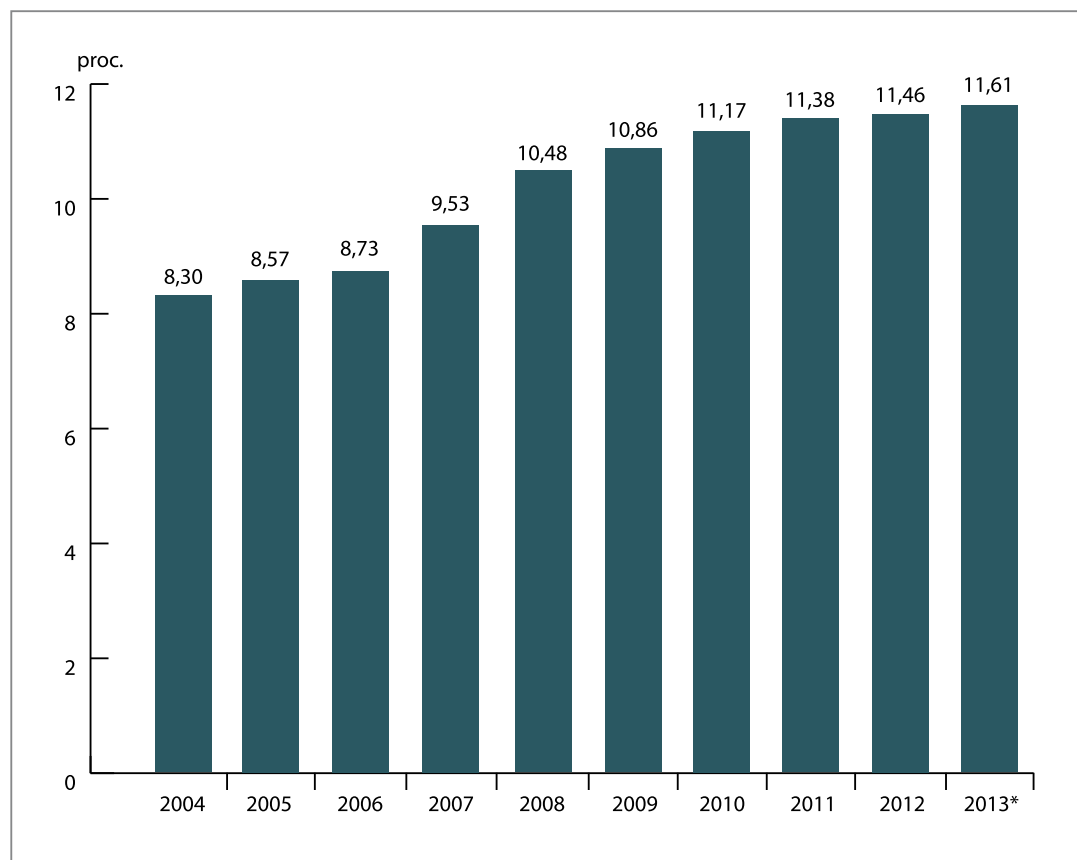
* wartość umów za 2013 r. nie jest wartością ostateczną

Źródło: „Analiza realizacji szpitalnych świadczeń kardiologicznych ze szczególnym uwzględnieniem kardiologii interwencyjnej”, NFZ, Departament Świadczeń Opieki Zdrowotnej, 21.06.2013.

Według analiz NFZ systematycznie rośnie także udział procentowy wartości umów w zakresie kardiologia w leczeniu szpitalnym ogółem (z wyłączeniem chemioterapii i programów lekowych): z 8,3% w 2004 r. do ok. 11,6% w 2013 roku. Pokazuje to wykres poniżej.

W 2009 roku Narodowy Fundusz Zdrowia wprowadził istotną zmianę w dotyczącą finansowania leczenia pacjentów z chorobami krążenia w ramach podstawowej opieki zdrowotnej. Wprowadzenie współczynnika 3,0 korygującego stawkę kapitacyjną dla świadczeniobiorców leczonych z powodu chorób układu krążenia miało w założeniu poprawić jakość leczenia między innymi pacjentów z niewydolnością serca oraz ograniczyć wydatki NFZ związane z hospitalizacją.

Wykres 2. Udział wartości umów w zakresie kardiologia w leczeniu szpitalnym ogółem w okresie 2004-2013



* wartość umów za 2013 r. nie jest wartością ostateczną

Źródło: „Analiza realizacji szpitalnych świadczeń kardiologicznych ze szczególnym uwzględnieniem kardiologii interwencyjnej”, NFZ, Departament Świadczeń Opieki Zdrowotnej, 21.06.2013.

3.3. Powody hospitalizacji pacjentów w wieku powyżej 65 r.ż. w 2009 roku – analiza 10 najczęściej występujących rozpoznań klinicznych

Centrala NFZ w 2010 roku opracowała raport pt. „Analiza wydatków NFZ związanych z finansowaniem hospitalizacji pacjentów od 65 r.ż. w 2009 r.”¹², w którym wykazano, że schorzenia kardiologiczne stanowiły 11,0% (232 723) wszystkich hospitalizacji pacjentów powyżej 65 r.ż. W 2009 roku w Polsce Zastoinowa niewydolność serca (I50.0) była pierwszą, a Niewydolność serca, nieokreślona (I50.9) drugą najczęstszą przyczyną hospitalizacji kobiet

i mężczyzn w wieku > 65 lat ogółem. Trzecie rozpoznanie w ramach niewydolności serca: Niewydolność serca lewokomorowa (I50.1) była dziesiątą najczęstszą przyczyną hospitalizacji kobiet w wieku > 65 lat oraz trzynastą najczęstszą przyczyną hospitalizacji mężczyzn w wieku > 65 lat. Pokazuje to tabela nr 1.

12 „Analiza wydatków NFZ związanych z finansowaniem hospitalizacji pacjentów od 65 r.ż. w 2009 r.”, Centrala NFZ, Departament Świadczeń Opieki Zdrowotnej, 2010, <http://www.nfz.gov.pl/new/?katnr=8&dzialnr=2&artnr=4378>

Tabela 1. Najczęściej występujące rozpoznania główne u kobiet i mężczyzn powyżej 65 roku życia

Kobiety- kod i nazwa rozpoznania głównego ICD 10	Mężczyźni- kod i nazwa rozpoznania głównego ICD 10
I50.0 Niewydolność serca zastoinowa	I50.0 Niewydolność serca zastoinowa
I50.9 Niewydolność serca, nie określona	I50.9 Niewydolność serca, nie określona
H25.8 Inne postacie zaćmy starczej	N40 Rozrost gruczołu krokowego
H26.2 Zaćma wklajająca	I48 Migotanie i trzepotanie przedsionków
I48 Migotanie i trzepotanie przedsionków	I20.0 Dusznicza niestabilna
H25.1 Zaćma starcza jądrowa	I25.0 Choroba serca i naczyń krwionośnych w przebiegu miażdżycy
I20.0 Dusznicza niestabilna	H25.8 Inne postacie zaćmy starczej
I10 samoistne (pierwotne) nadciśnienie	K40.9 Jednostronna lub nieokreślona przepuklina pachwinowa bez niedrożności lub zgorzeli
I25.0 Choroba serca i naczyń krwionośnych w przebiegu miażdżycy	C61 Nowotwór złośliwy gruczołu krokowego
I50.1 Niewydolność serca lewokomorowa	Z51.1 Cykle chemioterapii nowotworów

Źródło: „Analiza wydatków NFZ związanych z finansowaniem hospitalizacji pacjentów od 65 r.ż. w 2009 r.”, Centrala NFZ, Departament Świadczeń Opieki Zdrowotnej, 2010.

Ogółem wszystkie rozpoznania w ramach Niewydolności serca (I50.0, I50.9, I50.1) stanowiły 7,17% hospitalizacji ogółem wśród kobiet powyżej 65 roku życia w 2009 roku. Z rozpoznaniem Zastoinowa niewydolność serca (I50.0) było rozliczonych 38 686 hospitalizacji (3,21%), Niewydolność serca, nieokreślona (I50.9) odpowiadała za 34 196 hospitalizacji (2,84%), a Niewydolność serca lewokomorowa (I50.1) generowała 13 529 pobytów szpitalnych (1,12%).

W grupie mężczyzn powyżej 65 roku życia w 2009 roku rozpoznania w zakresie Niewydolności serca (I50.0, I50.9, I50.1) stanowiły 6,77% hospitalizacji ogółem. Z rozpoznaniem Zastoinowa niewydolność serca (I50.0) było rozliczonych 28 217 hospitalizacji (3,12%), diagnoza Niewydolność serca, nieokreślona (I50.9) odpowiadała za 22 792 hospitalizacji (2,52%), a Niewydolność serca lewokomorowa (I50.1) generowała 10 182 pobytów szpitalnych (1,13%). Pokazuje to tabela poniżej.

Tabela 2. Liczba rozliczonych hospitalizacji z powodu Niewydolności serca kobiet i mężczyzn po 65 roku życia w 2009 roku

Kobiety- kod ICD 10 oraz liczba hospitalizacji		Mężczyźni- kod ICD 10 oraz liczba hospitalizacji	
I50.0	38 686	I50.0	28 217
I50.9	34 196	I50.9	22 792
I50.1	13 529	I50.1	10 182
Razem	86 411	Razem	61 191

Źródło: Opracowanie własne na podstawie „Analizy wydatków NFZ związanych z finansowaniem hospitalizacji pacjentów od 65 r.ż. w 2009 r.”, Centrala NFZ, Departament Świadczeń Opieki Zdrowotnej, 2010.

3.4. Niewydolność serca – finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej przez Narodowy Fundusz Zdrowia

3.4.1. Finansowanie świadczeń z rodzaju leczenie szpitalne, ambulatoryjna opieka specjalistyczna, rehabilitacja lecznicza

Dla pacjentów leczonych z powodu niewydolności serca najbardziej istotne świadczenia udzielane są przez świadczeniodawców mających zawarte umowy o udzielanie świadczeń z oddziałami wojewódzkimi NFZ w rodzaju: leczenie szpitalne, ambulatoryjna opieka specjalistyczna oraz rehabilitacja lecznicza. W 2012 roku Narodowy Fundusz Zdrowia sfinansował świadczenia w wymienionych rodzajach w wysokości ponad 672 mln zł. Najwięcej wydano na świadczenia szpitalne- 635 333 494 zł (94%), następnie rehabilitację leczniczą- 26 652 630 zł (4%) oraz ambulatoryjną opiekę specjalistyczną- 10 246 982 zł (2%). Szczegółowe wartości przedstawiono w tabeli nr 3.

Tabela 3. Wartość realizacji świadczeń przez NFZ w zakresie niewydolność serca w 2012 roku

Rodzaj świadczeń	Wartość rozliczonych świadczeń	Odsetek
LECZENIE SZPITALNE	635 333 494 zł	94%
REHABILITACJA LECZNICZA	26 652 630 zł	4%
AMBULATORYJNE ŚWIADCZENIA SPECJALISTYCZNE	10 246 982 zł	2%
Suma końcowa	672 233 105 zł	100%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Narodowy Fundusz Zdrowia opublikował w Sprawozdaniu z działalności NFZ za 2012 rok koszty realizacji świadczeń w poszczególnych rodzajach. Ogólne koszty sfinansowanych świadczeń w 2012 roku wyniosły:

- Lecznictwo Szpitalne- 29 437 144 tys. zł
- Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna-5 046 360 tys. zł
- Rehabilitacja Lecznicza-1 996 747 tys. zł

Udział kosztów świadczeń zrealizowanych dla pacjentów z niewydolnością serca w całości świadczeń wyniósł dla poszczególnych rodzajów :

- Lecznictwo Szpitalne- 2,2 %
- Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna- 0,2 %
- Rehabilitacja Lecznicza- 1,3%

3.4.2. Finansowanie świadczeń związanych z leczeniem niewydolności serca przez oddziały wojewódzkie NFZ

Na podstawie zweryfikowanych sprawozdań świadczeniodawców Oddziały Wojewódzkie NFZ w 2012 roku sfinansowały świadczenia zrealizowane w ramach zawartych umów w rodzaju Lecznictwo Szpitalne, Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna i Rehabilitacja Lecznicza w wysokości ponad 672 mln zł.

Najwyższa wartość zrealizowanych świadczeń była w województwach mazowieckim ponad 116 mln zł, śląskim ponad 85 mln zł oraz w województwie wielkopolskim ponad 49 mln zł.

Najniższa wartość zrealizowanych świadczeń była w województwach lubuskim 17 mln zł, zachodniopomorskim 20 mln zł oraz w warmińsko-mazurskim 22 mln zł. Pokazuje to tabela i wykres poniżej.

Tabela 4. Finansowanie świadczeń związanych z leczeniem niewydolności serca przez oddziały wojewódzkie NFZ w 2012 roku, w złotych

OW NFZ rozliczający	Wartość rozliczonych świadczeń
MAZOWIECKI	116 909 015 zł
ŚLĄSKI	85 722 635 zł
WIELKOPOLSKI	49 532 060 zł
MAŁOPOLSKI	47 702 486 zł
LUBELSKI	46 978 671 zł
ŁÓDZKI	44 014 409 zł
DOLNOŚLĄSKI	42 435 937 zł
PODKARPACKI	38 311 260 zł
KUJAWSKO-POMORSKI	34 034 665 zł
POMORSKI	31 202 932 zł
ŚWIĘTOKRZYSKI	28 457 504 zł
OPOLSKI	24 412 130 zł
PODLASKI	22 336 217 zł
WARMIŃSKO-MAZURSKI	22 079 920 zł
ZACHODNIOPOMORSKI	20 914 882 zł
LUBUSK	17 188 382 zł
Suma końcowa	672 233 105 zł

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

3.4.3. Finansowanie świadczeń w podziale na szczegółowe rozpoznania niewydolności serca według klasyfikacji ICD 10

Świadczeniodawcy w ramach zawartych umów zobowiązani są przekazywania szczegółowych danych sprawozdawczych w tym dane zawierające rozpoznanie kliniczne według Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób ICD 10. W 2012 roku świadczeniodawcy sprawozdali 4 kody rozpoznań głównych, będących podstawą do rozliczenia umów z NFZ:

1. I50 - NIEWYDOLNOŚĆ SERCA
2. I50.0 - NIEWYDOLNOŚĆ SERCA ZASTOINOWA
3. I50.1 - NIEWYDOLNOŚĆ SERCA LEWOKOMOROWA
4. I50.9 - NIEWYDOLNOŚĆ SERCA, NIE OKREŚLONA

Świadczeniodawcy realizujący umowy dotyczące ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych najczęściej sprawozdali realizację porad dla pacjentów z rozpoznaniem klinicznym Niewydolność serca I50. Świadczeniodawcy realizujący umowy dotyczące leczenia szpitalnego najczęściej sprawozdali realizację hospitalizacji pacjentów z rozpoznaniem klinicznym Niewydolność serca zastoinowa I50.0. Świadczeniodawcy realizujący umowy dotyczące rehabilitacji leczniczej najczęściej sprawozdali realizację świadczeń dla pacjentów z rozpoznaniem klinicznym Niewydolność serca, nie określona I50.9. Pokazuje to tabela poniżej.

Tabela 5. Finansowanie świadczeń w podziale na szczegółowe rozpoznania niewydolności serca według klasyfikacji ICD 10

Rodzaj świadczeń	Rozpoznanie główne ICD 10	Wartość rozliczonych świadczeń
AMBULATORYJNE ŚWIADCZENIA SPECJALISTYCZNE	I50 - NIEWYDOLNOŚĆ SERCA	7 825 899 zł
	I50.0 - NIEWYDOLNOŚĆ SERCA ZASTOINOWA	1 127 314 zł
	I50.1 - NIEWYDOLNOŚĆ SERCA LEWOKOMOROWA	691 839 zł
	I50.9 - NIEWYDOLNOŚĆ SERCA, NIE OKREŚLONA	601 930 zł
LECZENIE SZPITALNE	I50 - NIEWYDOLNOŚĆ SERCA	3 977 539 zł
	I50.0 - NIEWYDOLNOŚĆ SERCA ZASTOINOWA	317 474 794 zł
	I50.1 - NIEWYDOLNOŚĆ SERCA LEWOKOMOROWA	112 092 441 zł
	I50.9 - NIEWYDOLNOŚĆ SERCA, NIE OKREŚLONA	201 788 720 zł
REHABILITACJA LECZNICZA	I50 - NIEWYDOLNOŚĆ SERCA	107 178 zł
	I50.0 - NIEWYDOLNOŚĆ SERCA ZASTOINOWA	4 165 806 zł
	I50.1 - NIEWYDOLNOŚĆ SERCA LEWOKOMOROWA	8 069 693 zł
	I50.9 - NIEWYDOLNOŚĆ SERCA, NIE OKREŚLONA	14 309 953 zł
Suma końcowa		672 233 105 zł

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

3.4.4. Finansowanie świadczeń w podziale na szczegółowe rozpoznania niewydolności serca według klasyfikacji ICD 10 przez oddziały wojewódzkie NFZ

Szczegółowe dane sprawozdawcze z poszczególnych oddziałów wojewódzkich w zakresie rozpoznań klinicznych wykazują znaczące różnice związane z kodowaniem poszczególnych rozpoznań niewydolności serca. Niewydolność serca zastoinowa I50.0 jest rozpoznaniem dominującym województwach: dolnośląskim, lubelskim, lubuskim, małopolskim, mazowieckim, podlaskim, pomorskim, śląskim, świętokrzyskim, warmińsko-mazurskim, wielkopolskim i zachodniopomorskim. Niewydolność serca, nie określona I50.9, jako dominujące rozpoznania występuje w województwach: kujawsko-pomorskim, łódzkim, opolskim oraz podkarpackim. Pokazuje to tabela poniżej.

Tabela 6. Finansowanie świadczeń w podziale na szczegółowe rozpoznania niewydolności serca według klasyfikacji ICD 10 przez oddziały wojewódzkie NFZ

OW NFZ rozliczający	Rozpoznanie główne ICD10	Wartość rozliczonych świadczeń
DOLNOŚLĄSKI	150 - NIEWYDOLNOŚĆ SERCA	632 812 zł
	150.0 - NIEWYDOLNOŚĆ SERCA ZASTOINOWA	15 381 777 zł
	150.1 - NIEWYDOLNOŚĆ SERCA LEWOKOMOROWA	11 264 207 zł
	150.9 - NIEWYDOLNOŚĆ SERCA, NIE OKREŚLONA	15 157 142 zł
KUJAWSKO-POMORSKI	150 - NIEWYDOLNOŚĆ SERCA	818 461 zł
	150.0 - NIEWYDOLNOŚĆ SERCA ZASTOINOWA	12 929 086 zł
	150.1 - NIEWYDOLNOŚĆ SERCA LEWOKOMOROWA	7 111 050 zł
	150.9 - NIEWYDOLNOŚĆ SERCA, NIE OKREŚLONA	13 176 068 zł
LUBELSKI	150 - NIEWYDOLNOŚĆ SERCA	589 803 zł
	150.0 - NIEWYDOLNOŚĆ SERCA ZASTOINOWA	25 182 337 zł
	150.1 - NIEWYDOLNOŚĆ SERCA LEWOKOMOROWA	3 830 144 zł
	150.9 - NIEWYDOLNOŚĆ SERCA, NIE OKREŚLONA	17 376 387 zł
LUBUSKI	150 - NIEWYDOLNOŚĆ SERCA	252 678 zł
	150.0 - NIEWYDOLNOŚĆ SERCA ZASTOINOWA	12 081 570 zł
	150.1 - NIEWYDOLNOŚĆ SERCA LEWOKOMOROWA	1 785 335 zł
	150.9 - NIEWYDOLNOŚĆ SERCA, NIE OKREŚLONA	3 068 799 zł
ŁÓDZKI	150 - NIEWYDOLNOŚĆ SERCA	446 891 zł
	150.0 - NIEWYDOLNOŚĆ SERCA ZASTOINOWA	13 434 454 zł
	150.1 - NIEWYDOLNOŚĆ SERCA LEWOKOMOROWA	10 868 115 zł
	150.9 - NIEWYDOLNOŚĆ SERCA, NIE OKREŚLONA	19 264 949 zł
MAŁOPOLSKI	150 - NIEWYDOLNOŚĆ SERCA	731 176 zł

OW NFZ rozliczający	Rozpoznanie główne ICD10	Wartość rozliczonych świadczeń
	150.0 - NIEWYDOLNOŚĆ SERCA ZASTOINOWA	22 827 470 zł
	150.1 - NIEWYDOLNOŚĆ SERCA LEWOKOMOROWA	6 130 299 zł
	150.9 - NIEWYDOLNOŚĆ SERCA, NIE OKREŚLONA	18 013 540 zł
MAZOWIECKI	150 - NIEWYDOLNOŚĆ SERCA	1 409 831 zł
	150.0 - NIEWYDOLNOŚĆ SERCA ZASTOINOWA	54 909 207 zł
	150.1 - NIEWYDOLNOŚĆ SERCA LEWOKOMOROWA	23 528 968 zł
	150.9 - NIEWYDOLNOŚĆ SERCA, NIE OKREŚLONA	37 061 009 zł
OPOLSKI	150 - NIEWYDOLNOŚĆ SERCA	117 091 zł
	150.0 - NIEWYDOLNOŚĆ SERCA ZASTOINOWA	6 002 962 zł
	150.1 - NIEWYDOLNOŚĆ SERCA LEWOKOMOROWA	8 979 373 zł
	150.9 - NIEWYDOLNOŚĆ SERCA, NIE OKREŚLONA	9 312 704 zł
PODKARPACKI	150 - NIEWYDOLNOŚĆ SERCA	543 274 zł
	150.0 - NIEWYDOLNOŚĆ SERCA ZASTOINOWA	16 335 853 zł
	150.1 - NIEWYDOLNOŚĆ SERCA LEWOKOMOROWA	5 095 213 zł
	150.9 - NIEWYDOLNOŚĆ SERCA, NIE OKREŚLONA	16 336 920 zł
PODLASKI	150 - NIEWYDOLNOŚĆ SERCA	1 239 265 zł
	150.0 - NIEWYDOLNOŚĆ SERCA ZASTOINOWA	12 566 101 zł
	150.1 - NIEWYDOLNOŚĆ SERCA LEWOKOMOROWA	3 758 601 zł
	150.9 - NIEWYDOLNOŚĆ SERCA, NIE OKREŚLONA	4 772 251 zł
POMORSKI	150 - NIEWYDOLNOŚĆ SERCA	1 450 739 zł
	150.0 - NIEWYDOLNOŚĆ SERCA ZASTOINOWA	13 561 291 zł
	150.1 - NIEWYDOLNOŚĆ SERCA LEWOKOMOROWA	7 170 943 zł
	150.9 - NIEWYDOLNOŚĆ SERCA, NIE OKREŚLONA	9 019 959 zł
ŚLĄSKI	150 - NIEWYDOLNOŚĆ SERCA	1 151 650 zł
	150.0 - NIEWYDOLNOŚĆ SERCA ZASTOINOWA	50 919 015 zł
	150.1 - NIEWYDOLNOŚĆ SERCA LEWOKOMOROWA	10 628 890 zł
	150.9 - NIEWYDOLNOŚĆ SERCA, NIE OKREŚLONA	23 023 080 zł
ŚWIĘTOKRZYSKI	150 - NIEWYDOLNOŚĆ SERCA	446 915 zł
	150.0 - NIEWYDOLNOŚĆ SERCA ZASTOINOWA	14 039 950 zł

OW NFZ rozliczający	Rozpoznanie główne ICD10	Wartość rozliczonych świadczeń
	I50.1 - NIEWYDOLNOŚĆ SERCA LEWOKOMOROWA	5 990 582 zł
	I50.9 - NIEWYDOLNOŚĆ SERCA, NIE OKREŚLONA	7 980 057 zł
WARMIŃSKO-MAZURSKI	I50 - NIEWYDOLNOŚĆ SERCA	255 175 zł
	I50.0 - NIEWYDOLNOŚĆ SERCA ZASTOINOWA	11 265 578 zł
	I50.1 - NIEWYDOLNOŚĆ SERCA LEWOKOMOROWA	2 785 772 zł
	I50.9 - NIEWYDOLNOŚĆ SERCA, NIE OKREŚLONA	7 773 395 zł
WIELKOPOLSKI	I50 - NIEWYDOLNOŚĆ SERCA	1 632 331 zł
	I50.0 - NIEWYDOLNOŚĆ SERCA ZASTOINOWA	28 622 051 zł
	I50.1 - NIEWYDOLNOŚĆ SERCA LEWOKOMOROWA	9 210 240 zł
	I50.9 - NIEWYDOLNOŚĆ SERCA, NIE OKREŚLONA	10 067 438 zł
ZACHODNIO POMORSKI	I50 - NIEWYDOLNOŚĆ SERCA	192 522 zł
	I50.0 - NIEWYDOLNOŚĆ SERCA ZASTOINOWA	12 709 212 zł
	I50.1 - NIEWYDOLNOŚĆ SERCA LEWOKOMOROWA	2 716 241 zł
	I50.9 - NIEWYDOLNOŚĆ SERCA, NIE OKREŚLONA	5 296 907 zł
Suma końcowa		672 233 105 zł

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

3.4.5. Liczba leczonych pacjentów z rozpoznaniem niewydolności serca w 2012 roku

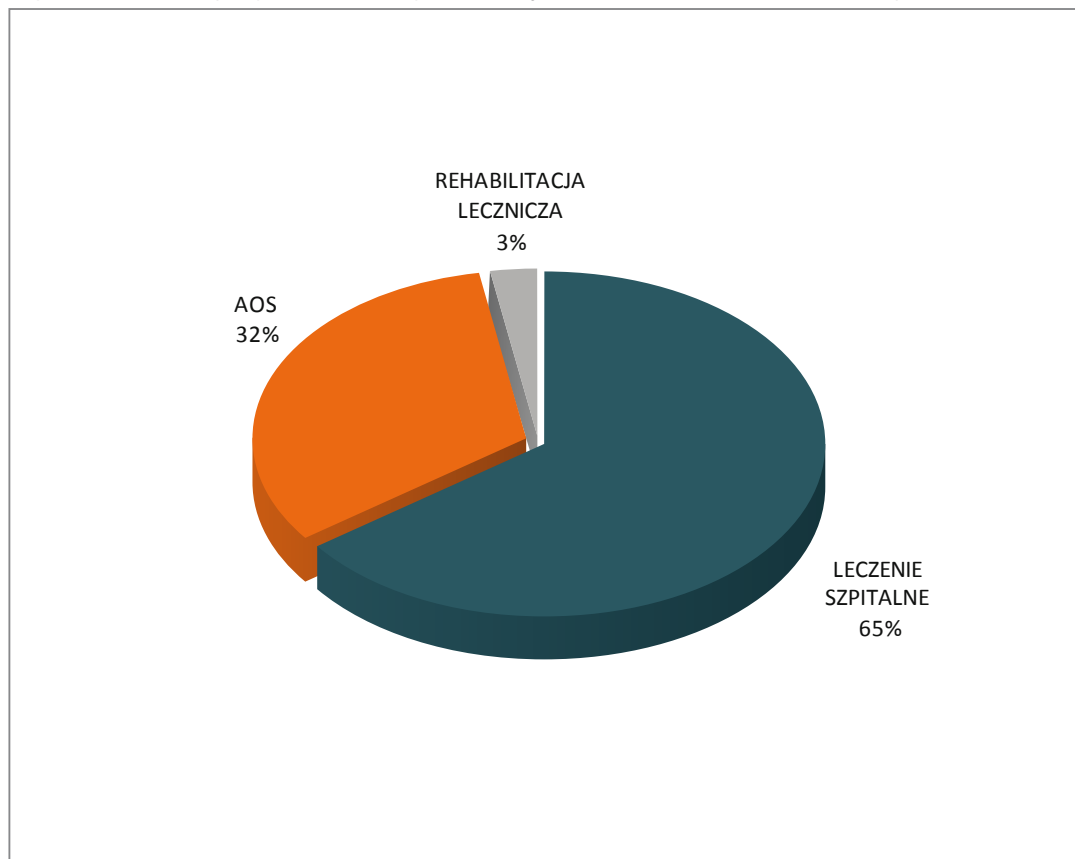
Na podstawie danych sprawozdawczych przekazanych przez świadczeniodawców dotyczących umów w rodzaju leczenie szpitalne, ambulatoryjna opieka specjalistyczna i rehabilitacja lecznicza określono liczbę pacjentów (unikalnych numerów PESEL) z rozpoznaniem niewydolności serca, dla których zrealizowano świadczenia w 2012 roku. Najwięcej świadczeń udzielono w ramach leczenia szpitalnego-187 481 (65%) oraz w ramach ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych- 93 356 (32%). Świadczeń rehabilitacyjnych udzielono zaledwie 7 972 (3%). Pokazuje to tabela i wykres poniżej.

Tabela 7. Liczba pacjentów z niewydolnością serca leczona w 2012 roku, w podziale na rodzaje świadczeń

Rodzaj świadczeń	Liczba pacjentów	Odsetek
LECZENIE SZPITALNE	187 481	65%
AMBULATORYJNE ŚWIADCZENIA SPECJALISTYCZNE	93 356	32%
REHABILITACJA LECZNICZA	7 972	3%
Razem	288 809	100%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Wykres 3. Liczba pacjentów z niewydolnością serca leczona w 2012 roku, w podziale na rodzaje świadczeń



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

3.4.6. Liczba pacjentów z niewydolnością serca leczona w 2012 roku według rozpoznań ICD 10

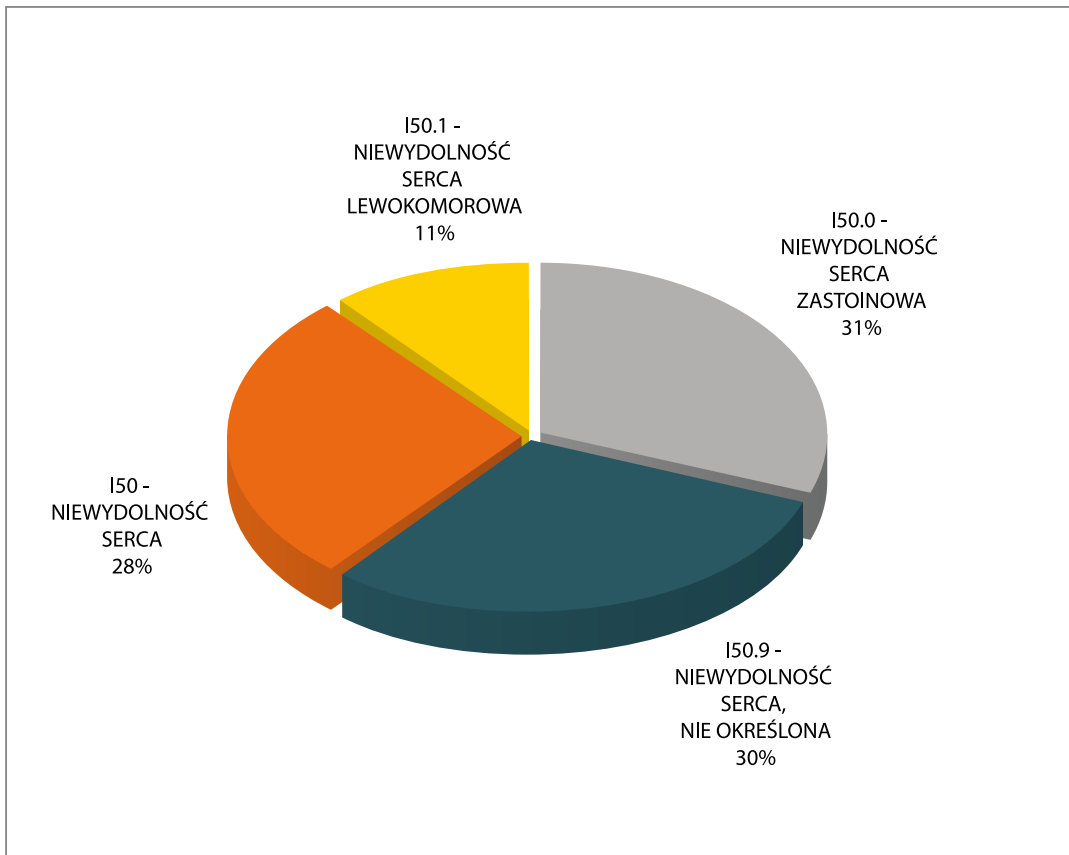
W 2012 roku NFZ rozliczył leczenie niewydolności serca dla grupy 288 809 pacjentów ogółem. Najwięcej pacjentów - 88 147 (31%) leczono w ramach rozpoznania I50.0 - niewydolność serca zastoinowa, następnie I50.9 - niewydolność serca, nie określona - 88 029 chorych (30%), z rozpoznaniem I50 - niewydolność serca poddano terapii 80 041 (28%) pacjentów, a najmniejsza liczba chorych - 32 592 (11%) zaraportowana została z rozpoznaniem I50.1 - niewydolność serca lewokomorowa. Pokazuje to tabela i wykres poniżej.

Tabela 8. Liczba pacjentów z niewydolnością serca leczona w 2012 roku, w podziale na rozpoznania według ICD-10

Rozpoznanie główne ICD10	Liczba pacjentów	Odsetek
I50.0 - NIEWYDOLNOŚĆ SERCA ZASTOINOWA	88 147	31%
I50.9 - NIEWYDOLNOŚĆ SERCA, NIE OKREŚLONA	88 029	30%
I50 - NIEWYDOLNOŚĆ SERCA	80 041	28%
I50.1 - NIEWYDOLNOŚĆ SERCA LEWOKOMOROWA	32 592	11%
Ogółem	288 809	100%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Wykres 4. Liczba pacjentów z niewydolnością serca leczonych w 2012 roku, w podziale na rozpoznania według ICD 10



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

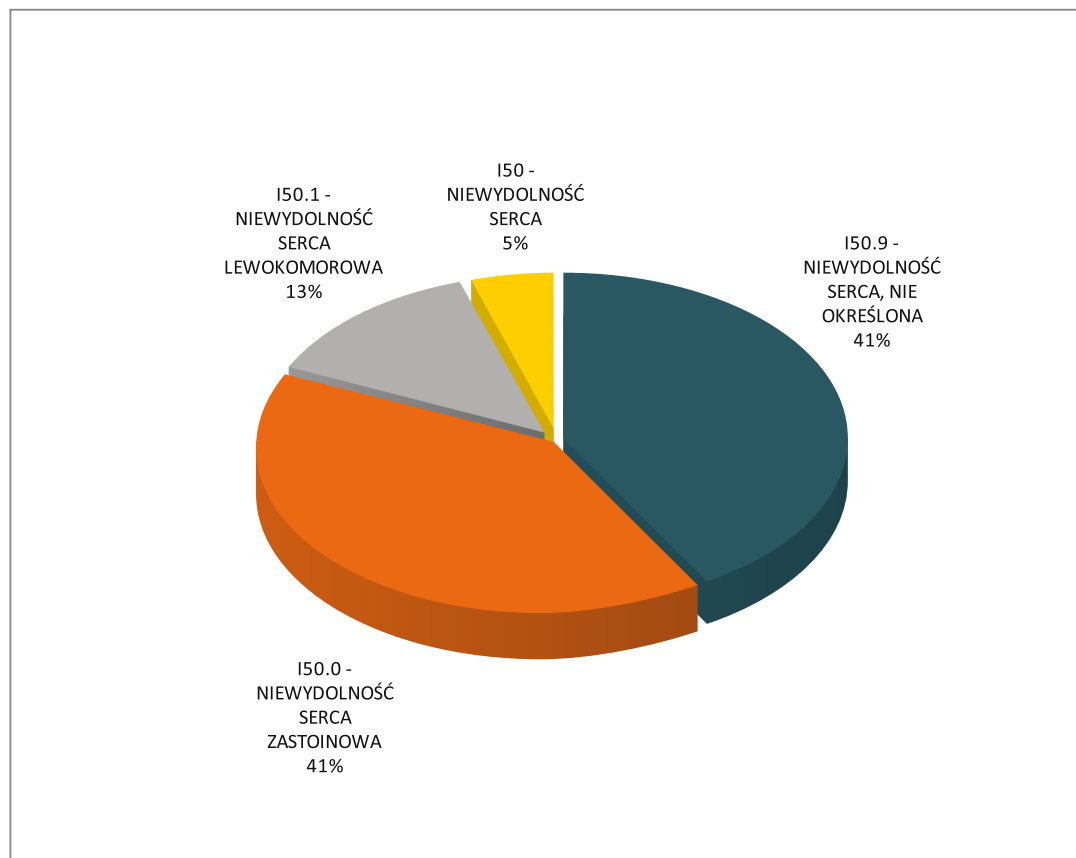
Analizując liczbę i odsetek rodzajów świadczeń medycznych w grupie pacjentów z niewydolnością serca w 2012 roku według rozpoznań głównych ICD-10 można stwierdzić, że w rodzaju: leczenie szpitalne (100%) przeważali pacjenci z rozpoznaniem I50.9 - niewydolność serca, nie określona - 77 957 chorych (42%). Następną grupą byli chorzy z diagnozami: I50.0 - niewydolność serca zastoinowa - 76 297 (41%), I50.1 - niewydolność serca lewokomorowa - 24 216 chorych (13%) oraz I50 - niewydolność serca - 9 011 (5%). Pokazuje to tabela i wykres poniżej.

Tabela 9. Liczba i odsetek pacjentów z niewydolnością serca w 2012 roku w rodzaju leczenie szpitalne, w podziale na rozpoznania główne ICD 10

Rozpoznanie	Liczba pacjentów	Odsetek
I50.9 - NIEWYDOLNOŚĆ SERCA, NIE OKREŚLONA	77 957	41%
I50.0 - NIEWYDOLNOŚĆ SERCA ZASTOINOWA	76 297	41%
I50.1 - NIEWYDOLNOŚĆ SERCA LEWOKOMOROWA	24 216	13%
I50 - NIEWYDOLNOŚĆ SERCA	9 011	5%
Razem	187 481	100%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Wykres 5. Odsetek pacjentów z niewydolnością serca w 2012 roku w rodzaju leczenie szpitalne, w podziale na rozpoznania główne ICD 10



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

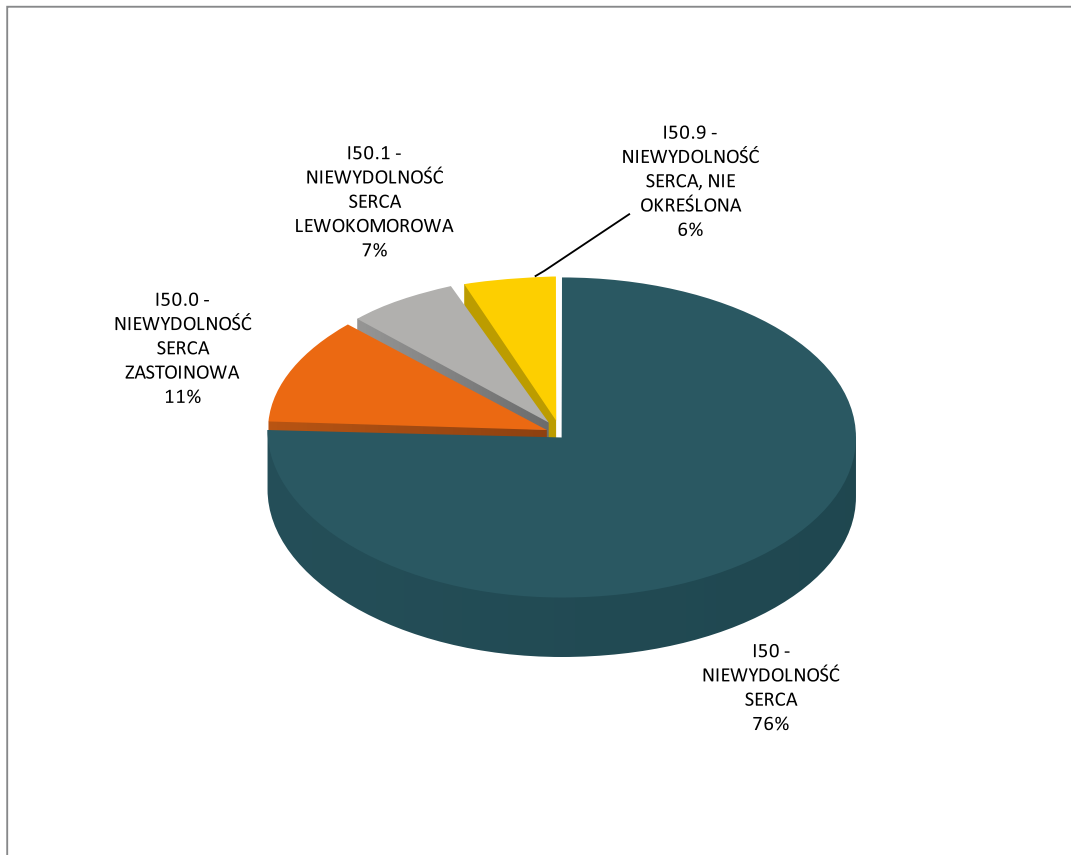
W rodzaju: ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne przeważali pacjenci z rozpoznaniem I50 - niewydolność serca - 70 855 chorych (76%). Następną grupą byli chorzy z diagnozami: I50.0 - niewydolność serca zastoinowa - 10 605 (11%), I50.1 - niewydolność serca lewokomorowa- 6 074 chorych (7%) oraz I50.9 - niewydolność serca, nie określona - 5 822 pacjentów (6%). Pokazuje to tabela i wykres poniżej.

Tabela 10. Liczba i odsetek pacjentów z Niewydolnością serca w 2012 roku w rodzaju AMBULATORYJNE ŚWIADCZENIA SPECJALISTYCZNE, w podziale na rozpoznania główne ICD 10

Rozpoznanie	Liczba pacjentów	Odsetek
I50 - NIEWYDOLNOŚĆ SERCA	70 855	76%
I50.0 - NIEWYDOLNOŚĆ SERCA ZASTOINOWA	10 605	11%
I50.1 - NIEWYDOLNOŚĆ SERCA LEWOKOMOROWA	6 074	7%
I50.9 - NIEWYDOLNOŚĆ SERCA, NIE OKREŚLONA	5 822	6%
Razem	93 356	100%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Wykres 6. Odsetek pacjentów z niewydolnością serca w 2012 roku w rodzaju ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne, w podziale na rozpoznania główne ICD 10



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

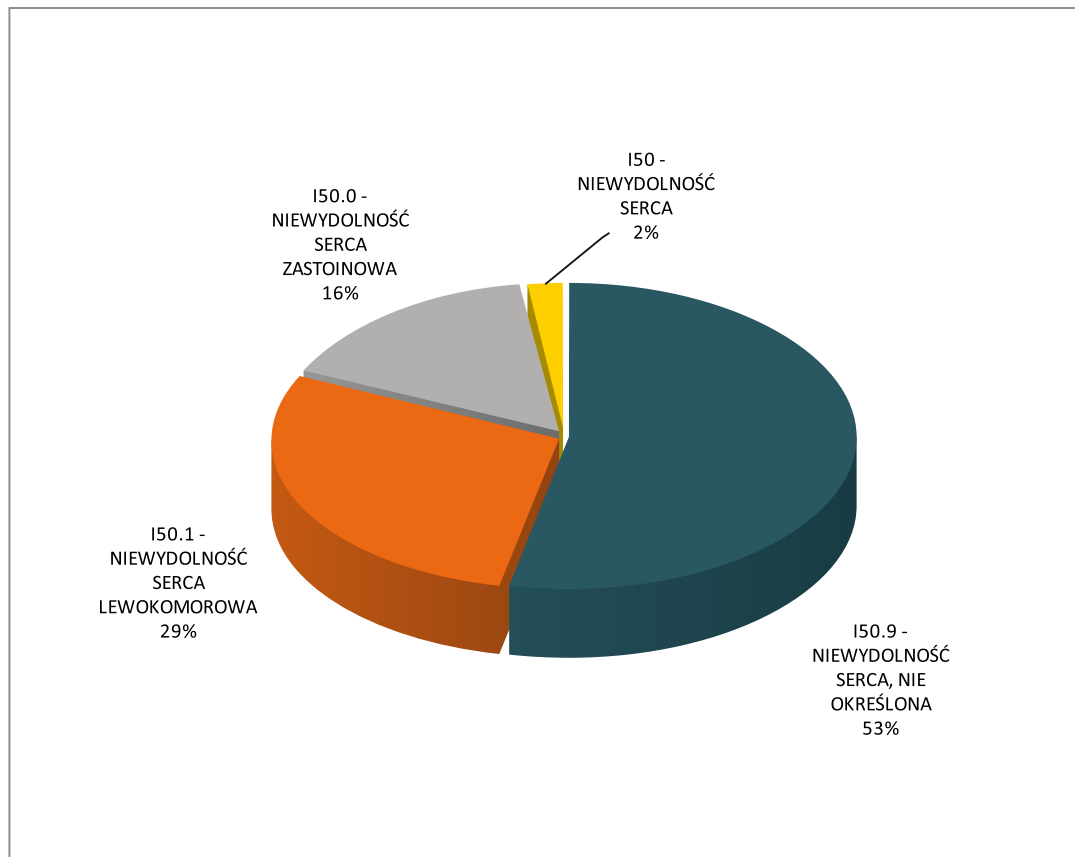
W rodzaju rehabilitacja lecznicza przeważali pacjenci z rozpoznaniem I50.9 - niewydolność serca, nie określona - 4 250 chorych (53%). Następną grupą byli chorzy z diagnozami: I50.1 - niewydolność serca lewokomorowa- 2 302 (29%), I50.0 - niewydolność serca zastoinowa - 1 245 chorych (16%) oraz I50 - niewydolność serca- 175 pacjentów (2%). Pokazuje to tabela i wykres poniżej.

Tabela 11. Liczba i odsetek pacjentów z niewydolnością serca w 2012 roku w rodzaju rehabilitacja lecznicza, w podziale na rozpoznania główne ICD 10

Rozpoznanie	Liczba pacjentów	Odsetek
I50.9 - NIEWYDOLNOŚĆ SERCA, NIE OKREŚLONA	4 250	53%
I50.1 - NIEWYDOLNOŚĆ SERCA LEWOKOMOROWA	2 302	29%
I50.0 - NIEWYDOLNOŚĆ SERCA ZASTOINOWA	1 245	16%
I50 - NIEWYDOLNOŚĆ SERCA	175	2%
Razem	7 972	100%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Wykres 7. Odsetek pacjentów z niewydolnością serca w 2012 roku w rodzaju rehabilitacja lecznicza, w podziale na rozpoznania główne ICD 10



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Szczegółowe dane dotyczące liczby leczonych pacjentów z niewydolnością serca w 2012 roku, z uwzględnieniem rozpoznań szczegółowych i rodzaju świadczeń zaprezentowano w poniższej tabeli.

Tabela 12. Liczba leczonych pacjentów z niewydolnością serca w 2012 roku, z uwzględnieniem rozpoznań szczegółowych i rodzaju świadczeń

Rozpoznanie główne ICD 10	Rodzaj świadczeń	Liczba pacjentów
I50 - NIEWYDOLNOŚĆ SERCA	AMBULATORYJNE ŚWIADCZENIA SPECJALISTYCZNE	70 855
	LECZENIE SZPITALNE	9 011
	REHABILITACJA LECZNICZA	175
I50.0 - NIEWYDOLNOŚĆ SERCA ZASTOINOWA	AMBULATORYJNE ŚWIADCZENIA SPECJALISTYCZNE	10 605
	LECZENIE SZPITALNE	76 297
	REHABILITACJA LECZNICZA	1 245
I50.1 - NIEWYDOLNOŚĆ SERCA LEWOKOMOROWA	AMBULATORYJNE ŚWIADCZENIA SPECJALISTYCZNE	6 074
	LECZENIE SZPITALNE	24 216
	REHABILITACJA LECZNICZA	2 302
I50.9 - NIEWYDOLNOŚĆ SERCA, NIE OKREŚLONA	AMBULATORYJNE ŚWIADCZENIA SPECJALISTYCZNE	5 822
	LECZENIE SZPITALNE	77 957
	REHABILITACJA LECZNICZA	4 250

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

3.5. Leczenie szpitalne - szczegółowa analiza grupy E53 - niewydolność krążenia > 69 r.ż. lub z powikłaniami i chorobami współistniejącymi w 2012 roku

3.5.1. Ogólna wartość i liczba hospitalizacji ramach grupy E53

Kluczową grupą w katalogu Jednorodnych Grup Pacjentów będącą podstawą rozliczeń w lecznictwie szpitalnym hospitalizacji pacjentów z niewydolnością serca z rozpoznaniem I50.0, I50.1 oraz I50.9 jest grupa: E53 - Niewydolność krążenia > 69 r.ż. lub z powikłaniami i chorobami współistniejącymi. Ze względu na kluczowe znaczenie dla hospitalizacji pacjentów z niewydolnością serca grupę E53 poddano szczegółowej analizie. W ramach tej grupy rozliczono 158 760 procedur hospitalizacji.

Tabela 13. Liczba i wartość rozliczonych hospitalizacji w 2012 roku według poszczególnych rozpoznań ICD 10 w ramach terapii niewydolności serca w grupie E53-Niewydolność krążenia > 69 r.ż. lub z pw.

Rozpoznania niewydolności serca rozliczone w ramach kategorii E53-Niewydolność krążenia > 69 r.ż. lub z pw.	Liczba rozliczonych procedur	Wartość rozliczonych procedur
I50.9	63 736	157 114 868,87 zł
I50.0	63 112	155 575 930,52 zł
I50.1	31 912	78 664 802,23 zł

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Statystyka JGP NFZ.

Według opublikowanej statystyki JGP¹³ liczba hospitalizacji w całej grupie E53-Niewydolność krążenia > 69 r.ż. lub z pw. w 2012 roku wyniosła 145 185 (kod produktu jednostkowego: 5.51.01.0005053). Przy średniej wartości hospitalizacji na poziomie 2 465,08 złotych wartość sfinansowanych przez NFZ hospitalizacji ogółem wyniosła w 2012 roku blisko 358 mln zł (357 892 639,80 złotych).

3.5.2. Wartość i liczba hospitalizacji pacjentów z niewydolnością serca według województw w 2012 roku

Najwyższe wydatki NFZ związane z hospitalizacją pacjentów w ramach grupy E53 odnotowano w 2012 roku w województwie mazowieckim (53 885 874,00 zł), śląskim (35 297 452,80 zł) oraz lubelskim (32 958 581,46 zł). Najniższe rozliczenia wystąpiły w województwie lubuskim (7 638 865,97 zł) i opolskim (10 605 977,49 zł). Zestawienie w tabeli poniżej zawiera szczegółowe dane dotyczące wartości hospitalizacji.

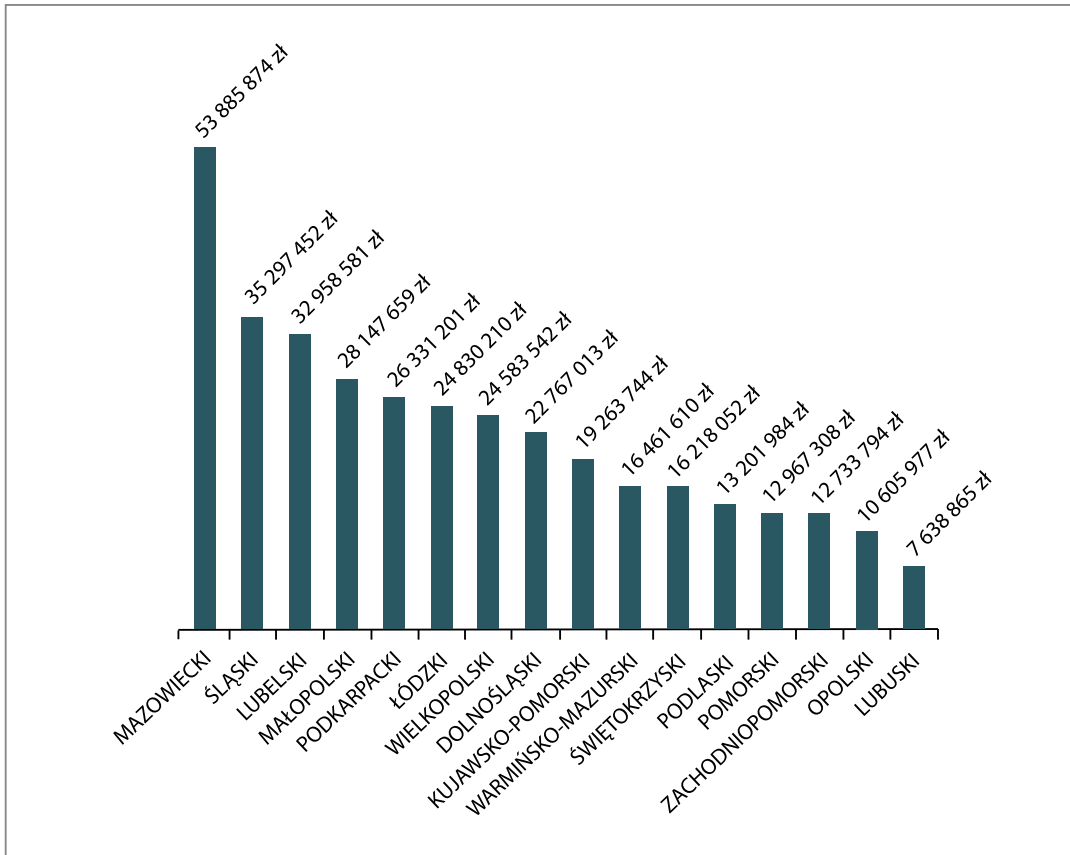
Tabela 14. Wartość hospitalizacji rozliczana z poszczególnymi OW NFZ w 2012 w grupie E53 roku, od najwyższej do najniższej, według województw, w złotych

Oddział wojewódzki NFZ	Liczba wystąpień	Wartość hospitalizacji ogółem (zł)	Udział wystąpień (%)
MAZOWIECKI	21 700	53 885 874,00 zł	14,95
ŚLĄSKI	14 220	35 297 452,80 zł	9,79
LUBELSKI	13 118	32 958 581,46 zł	9,04
MAŁOPOLSKI	11 350	28 147 659,50 zł	7,82
PODKARPACKI	10 701	26 331 201,63 zł	7,37
ŁÓDZKI	10 102	24 830 210,90 zł	6,96
WIELKOPOLSKI	10 040	24 583 542,40 zł	6,92
DOLNOŚLĄSKI	9 333	22 767 013,53 zł	6,43
KUJAWSKO-POMORSKI	7 916	19 263 744,32 zł	5,45
WARMIŃSKO-MAZURSKI	6 721	16 461 610,88 zł	4,63
ŚWIĘTOKRZYSKI	6 641	16 218 052,51 zł	4,57
PODLASKI	5 364	13 201 984,08 zł	3,69
POMORSKI	5 296	12 967 308,96 zł	3,65
ZACHODNIOPOMORSKI	5 171	12 733 794,34 zł	3,56
OPOLSKI	4 391	10 605 977,49 zł	3,02
LUBUSKI	3 121	7 638 865,97 zł	2,15

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

13 Rok: 2012, Katalog: E - Choroby serca, E53 NIEWYDOLNOŚĆ KRĄŻENIA > 69 R.Ż. LUB Z PW, pobrano 04.10.2013, <https://prog.nfz.gov.pl/APP-JGP/Grupa.aspx?id=ROYe073RUpw%3d>

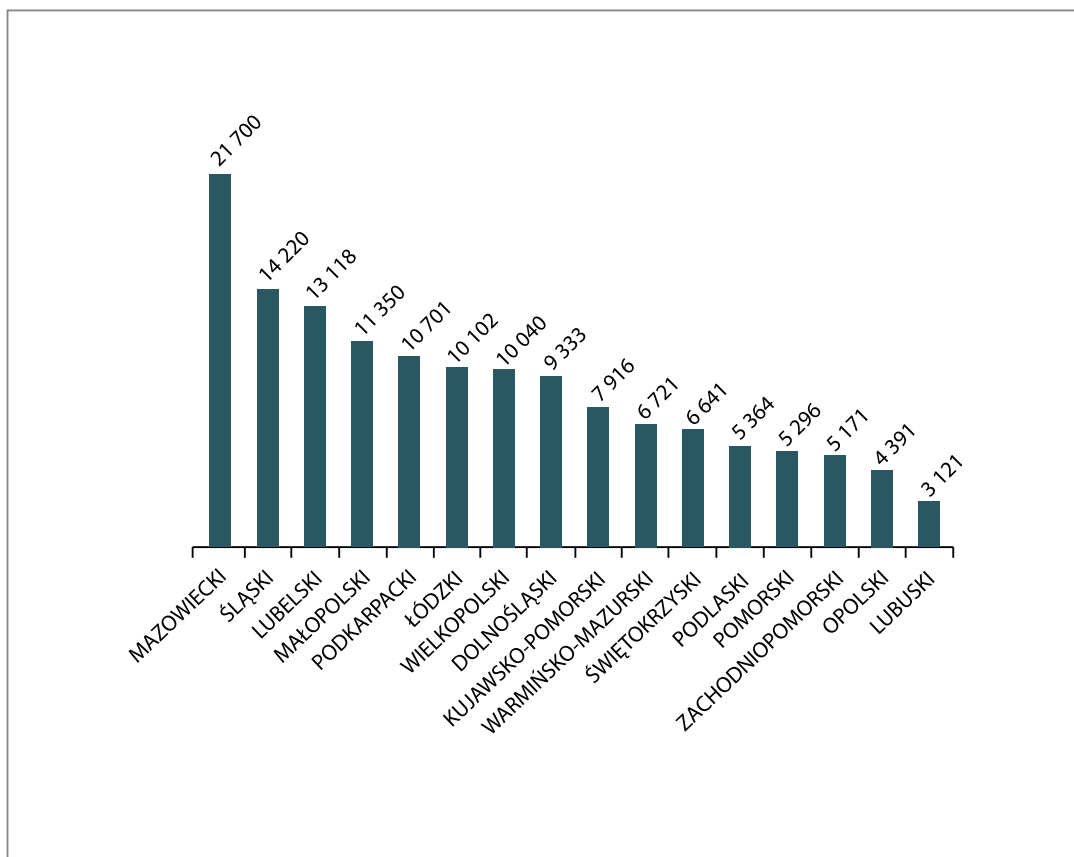
Wykres 8. Wartość hospitalizacji rozliczana z poszczególnymi OW NFZ w 2012 w grupie E53 roku, od najwyższej do najniższej, według województw, w złotych



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Największa liczba hospitalizacji w ramach grupy E53 została sprawozdana i rozliczona w województwach: mazowieckim (21 700), śląskim (14 220) oraz lubelskim (13 118). Najmniejsza liczba procedur została wykonana w 2012 roku w województwie lubuskim (3 121) i opolskim (4 391). Szczegółowe dane w tym zakresie ilustruje poniższy wykres.

Wykres 9. Liczba hospitalizacji raportowana i rozliczana z poszczególnymi OW NFZ w 2012 w grupie E53 roku, od najwyższej do najniższej, według województw



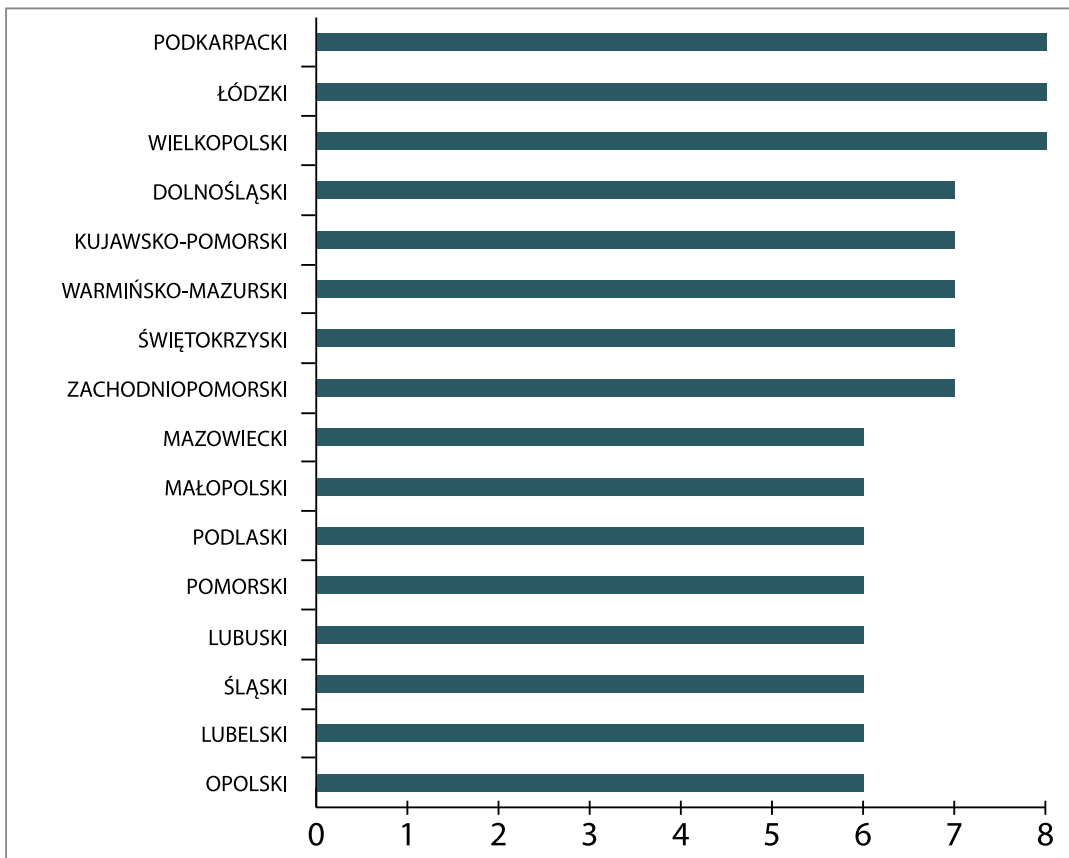
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

3.5.3. Długość hospitalizacji pacjentów z niewydolnością serca w poszczególnych województwach w 2012 roku

Świadczeniodawcy w sprawozdaniach przekazywanych do NFZ podają datę przyjęcia i wypisu ze szpitala, co pozwala to określić długość hospitalizacji.

Długość hospitalizacji pacjenta (mediana) w kategorii E53 w 2012 roku wyniosła 6 dni. Najdłuższe hospitalizacje pacjentów wystąpiły w województwach opolskim, lubelskim i śląskim (8 dni), najkrócej przebywali w szpitalu pacjenci w województwach zachodniopomorskim, świętokrzyskim, warmińsko-mazurskim, kujawsko-pomorskim, dolnośląskim, wielkopolskim, łódzkim i podkarpackim (6 dni). Pokazuje to wykres poniżej.

Wykres 10. Długość hospitalizacji pacjenta (mediana) w grupie E53 w 2012 roku, wg. OW NFZ (województw), w dniach



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Długość hospitalizacji jest istotnym parametrem wpływającym na koszt realizacji świadczenia ponoszony przez świadczeniodawcę.

W województwach, w których występuje długi czas hospitalizacji należy dokonać analiz dotyczących stosowanych procedur diagnostyczno – terapeutycznych w celu ich optymalizacji.

3.5.4. Liczba hospitalizacji na 100 tysięcy mieszkańców w poszczególnych województwach

Liczba hospitalizacji pacjentów z niewydolnością serca w przeliczeniu na 100 tysięcy mieszkańców jest istotnym elementem, określającym organizację opieki zdrowotnej związanej z tą jednostką chorobową w danym województwie.

Na liczbę hospitalizacji w danym województwie ma wpływ wiele czynników między innymi świadczenia realizowane w ramach podstawowej opieki zdrowotnej, dostępność do leczenia w ramach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej i rehabilitacji leczniczej, liczba łóżek szpitalnych w szczególności internistycznych i kardiologicznych, wartość umów zawartych z NFZ.

W 2012 roku średnio w skali kraju odnotowano 376 hospitalizacji na 100 tysięcy mieszkańców. Najwyższy wskaźnik hospitalizacji odnotowały województwa: lubelskie (604 hospitalizacje/100 tys. mieszkańców), świętokrzyskie (519,6), podkarpackie (502,7), warmińsko-mazurskie (462,7), podlaskie (446,6), opolskie (433,1) mazowieckie (410,5) i łódzkie (398,7). Najrzadziej w szpitalu przebywali pacjenci w województwach: pomorskim (231,9), wielkopolskim (290,6), zachodniopomorskim (300,2), lubuskim (305,0), śląskim (307, 4) i dolnośląskim (320/100 tys. mieszkańców). Pokazuje to tabela poniżej.

Tabela 15. Liczba hospitalizacji na 100 tysięcy mieszkańców w poszczególnych województwach, w 2012 roku

Oddział wojewódzki NFZ	Liczba przypadków na 100 tysięcy mieszkańców	Liczba wystąpień
LUBELSKI	604,0	13 118
ŚWIĘTOKRZYSKI	519,6	6 641
PODKARPACKI	502,7	10 701
WARMIŃSKO-MAZURSKI	462,7	6 721
PODLASKI	446,6	5 364
OPOLSKI	433,1	4 391
MAZOWIECKI	410,5	21 700
ŁÓDZKI	398,7	10 102
KUJAWSKO-POMORSKI	377,2	7 916
MAŁOPOLSKI	339,1	11 350
DOLNOŚLĄSKI	320,0	9 333
ŚLĄSKI	307,4	14 220
LUBUSKI	305,0	3 121
ZACHODNIOPOMORSKI	300,2	5 171
WIELKOPOLSKI	290,6	10 040
POMORSKI	231,9	5 296

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

3.5.5. Hospitalizacja pacjentów z niewydolnością serca z uwzględnieniem profilu oddziału szpitalnego

Kluczowymi oddziałami szpitalnymi, w ramach którego realizowano hospitalizacje pacjentów z niewydolnością serca w grupie E53 to oddziały chorób wewnętrznych (108 418 procedur; 74,68%) oraz oddziały kardiologiczne, które rozliczyły 31 351 procedur (21,59%). Zaledwie około 4% całości procedur zaraportowały oddziały geriatry (3 081; 2,12%) i chorób płuc (2 335; 1,61%). Szczegółowe zestawienie danych dotyczących hospitalizacji z uwzględnieniem profilu oddziału w grupie E53 przedstawia tabela poniżej.

Tabela 16. Zbiorcze zestawienie zakresu świadczeń dotyczących hospitalizacji w grupie E53 wg. statystyki JGP w 2012 roku

Zakres świadczeń	Liczba hospitalizacji	Udział (%)	Mediana czasu pobytu (dni)
CHOROBY WEWNĘTRZNE	108 418	74.68	7
KARDIOLOGIA	31 351	21.59	6
GERIATRIA	3 081	2.12	8
CHOROBY PŁUC	2 335	1.61	8

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Wymienione w tabeli zbiorczej proporcje miały odzwierciedlenie w zakresach świadczeń w poszczególnych województwach. Pokazuje to tabela poniżej.

Tabela 17. Zestawienie zakresu świadczeń dotyczących hospitalizacji w grupie E53 wg. województw w 2012 roku

Oddział wojewódzki NFZ	Oddział chorób wewnętrznych	Oddział kardiologii	Oddział geriatry	Oddział chorób płuc
MAZOWIECKI	14 901	6 608	0	191
ŚLĄSKI	10 810	2 733	600	77
LUBELSKI	9 695	2 246	751	426
MAŁOPOLSKI	8 315	2 085	584	366
PODKARPACKI	6 927	3 350	320	104
ŁÓDZKI	7 455	2 355	37	255
WIELKOPOLSKI	7 807	1 908	156	169
DOLNOŚLĄSKI	7 809	1 218	182	124
KUJAWSKO-POMORSKI	5 591	2 065	195	65
WARMIŃSKO-MAZURSKI	5 301	1 357	0	63
ŚWIĘTOKRZYSKI	5 137	1 449	0	55
PODLASKI	4 668	590	62	44
POMORSKI	3 714	1 546	0	36
ZACHODNIOPOMORSKI	4 428	633	34	76
OPOLSKI	3 624	526	142	99
LUBUSKI	2 236	682	148	55
Razem	108 418	31 351	3 211	2 205

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

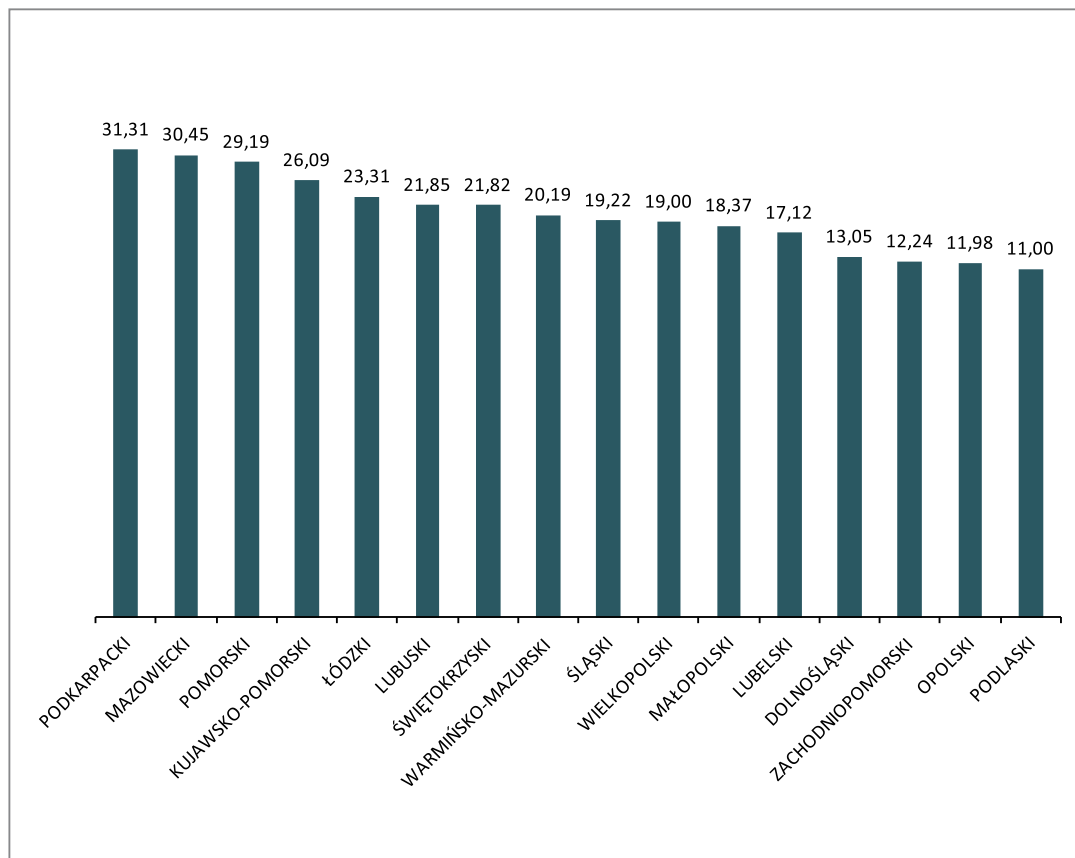
Biorąc pod uwagę odsetek hospitalizacji pacjentów z niewydolnością serca w oddziale kardiologii do liczby hospitalizacji ogółem w podziale na województwa najwyższy odsetek zanotowały województwa: podkarpackie (31,31%), mazowieckie (30,45%), pomorskie (29,19%) i kujawsko-pomorskie (26,09%). Najmniej pacjentów z niewydolnością serca leczono na oddziałach kardiologii w województwach: podlaskim (11,00%), opolskim (11,98%), zachodniopomorskim (12,24%) oraz dolnośląskim (13,05%). Pokazują to tabela i wykres poniżej.

Tabela 18. Odsetek hospitalizacji pacjentów z niewydolnością serca w oddziale kardiologii do liczby hospitalizacji ogółem w podziale na województwa, w 2012 roku

Oddział wojewódzki NFZ	Odsetek hospitalizacji na oddziale kardiologii
PODKARPACKI	31,31
MAZOWIECKI	30,45
POMORSKI	29,19
KUJAWSKO-POMORSKI	26,09
ŁÓDZKI	23,31
LUBUSKI	21,85
ŚWIĘTOKRZYSKI	21,82
WARMIŃSKO-MAZURSKI	20,19
ŚLĄSKI	19,22
WIELKOPOLSKI	19,00
MAŁOPOLSKI	18,37
LUBELSKI	17,12
DOLNOŚLĄSKI	13,05
ZACHODNIOPOMORSKI	12,24
OPOLSKI	11,98
PODLASKI	11,00

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Wykres 11. Odsetek hospitalizacji pacjentów z niewydolnością serca w oddziale kardiologii do liczby hospitalizacji ogółem w podziale na województwa, w 2012 roku



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

3.5.6. Tryb przyjęcia do szpitala oraz wypisu pacjentów z niewydolnością serca

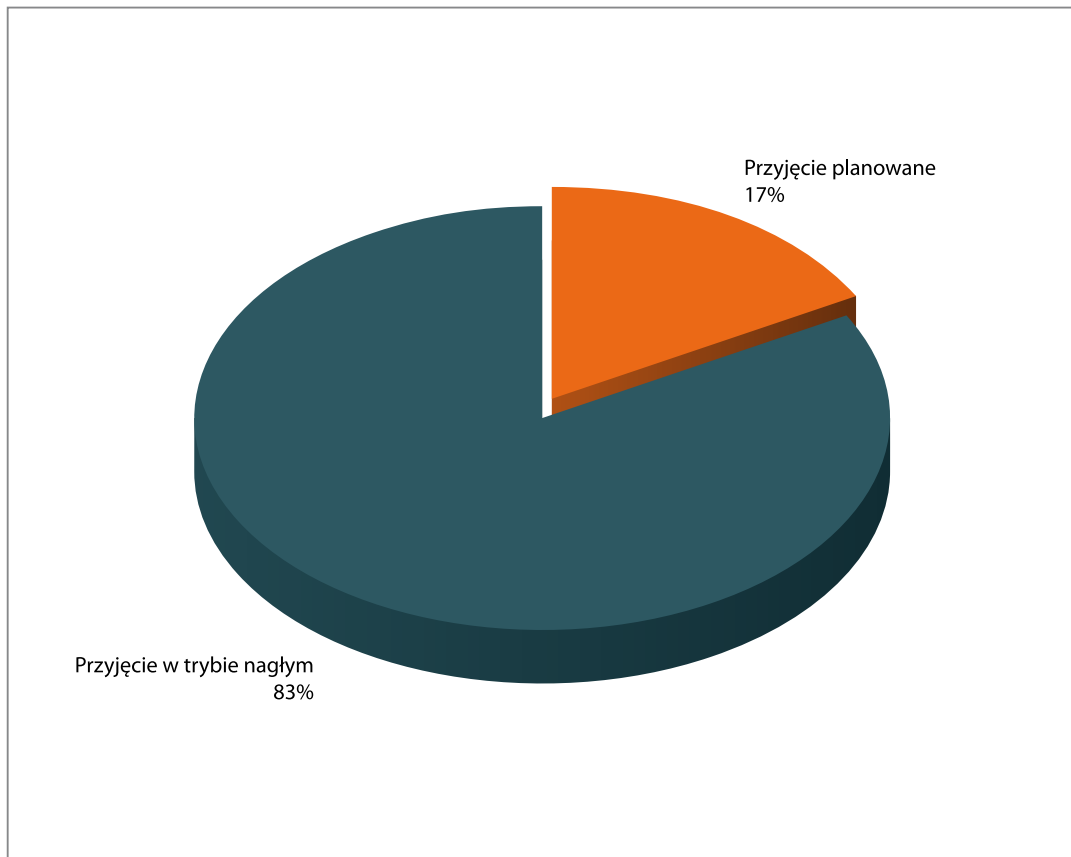
Pacjenci z niewydolnością serca przyjmowani są do szpitala głównie w trybie nagłym 82,97% ogólnej liczby przyjęć. Zaledwie 16,88% chorych przyjętych zostało do szpitala w trybie planowym. Pokazuje to tabela i wykres poniżej.

Tabela 19. Liczba hospitalizacji i czas pobytu w ramach grupy E53 ze względu na tryb przyjęcia pacjenta w 2012 roku

Tryb przyjęcia w grupie E53	Liczba hospitalizacji	Udział (%)	Mediana czasu pobytu (dni)
Przyjęcie w trybie nagłym - inne przypadki	87 489	60,26	7
Przyjęcie w trybie nagłym w wyniku przekazania przez zespół ratownictwa medycznego	32 972	22,71	7
Przyjęcie planowe na podstawie skierowania	24 243	16,70	7
Przyjęcie planowe osoby, która skorzystała ze świadczeń opieki zdrowotnej poza kolejnością,	259	0,18	8
Przeniesienie z innego szpitala	206	0,14	7

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Wykres 12. Tryb przyjęcia pacjenta do szpitala w ramach grupy E53 w 2012 roku



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

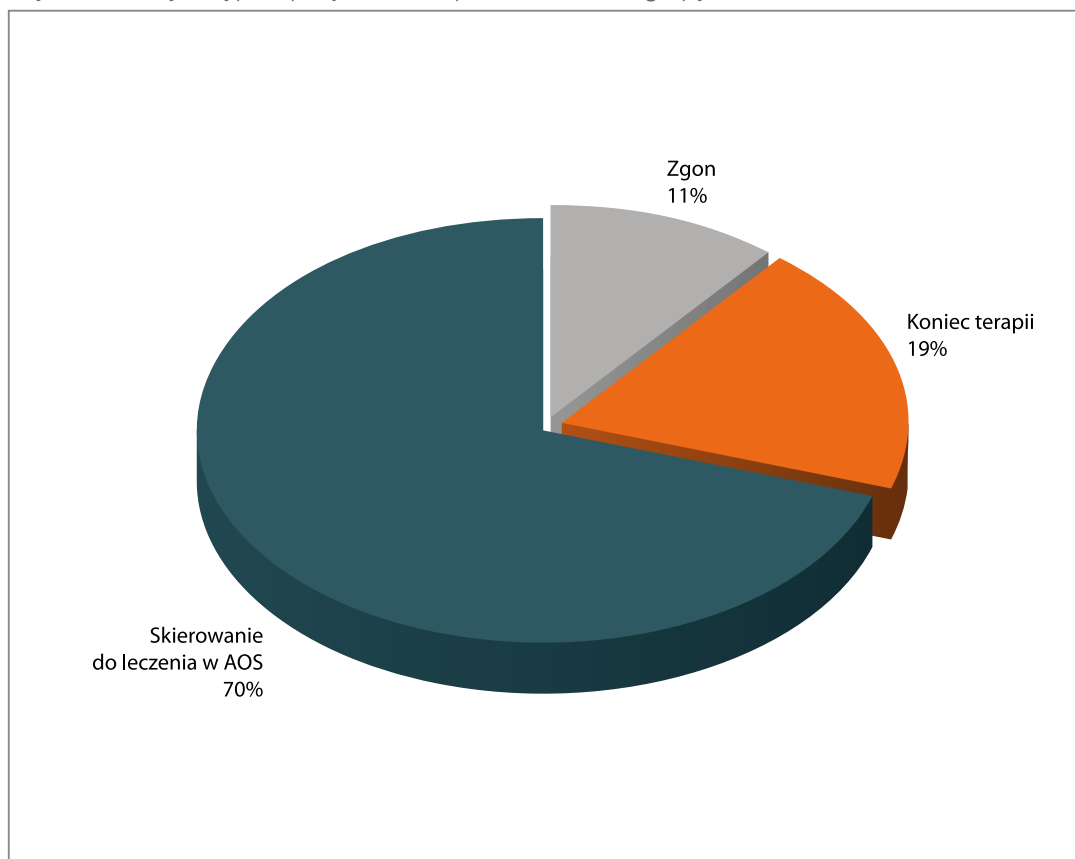
Najwięcej czyli 67.79% hospitalizowanych pacjentów w grupie E53 (n=98 428) było kierowanych przy wypisie ze szpitala do kontynuacji leczenia w trybie ambulatoryjnym. U 17,88% hospitalizowanych proces terapeutyczny lub diagnostyczny zakończył się w szpitalu. Co dziewiąty pacjent z niewydolnością krążenia zmarł (16 608; 11,44%). Patrz tabela i wykres.

Tabela 20. Liczba hospitalizacji ze względu na tryb wypisu pacjenta w ramach grupy E53 w 2012 roku

Tryb wypisu	Liczba hospitalizacji	Udział (%)	Mediana czasu pobytu (dni)
Skierowanie do dalszego leczenia w lecznictwie ambulatoryjnym	98 428	67,79	7
Zakończenie procesu terapeutycznego lub diagnostycznego	25 956	17,88	7
Zgon pacjenta	16 608	11,44	4
Skierowanie do dalszego leczenia w innym szpitalu	2 478	1,71	7
Skierowanie do dalszego leczenia w innym niż szpital przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne	933	0,64	10
Wypisanie na własne żądanie	728	0,50	4

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Wykres 13. Tryb wypisu pacjenta ze szpitala w ramach grupy E53 w 2012 roku

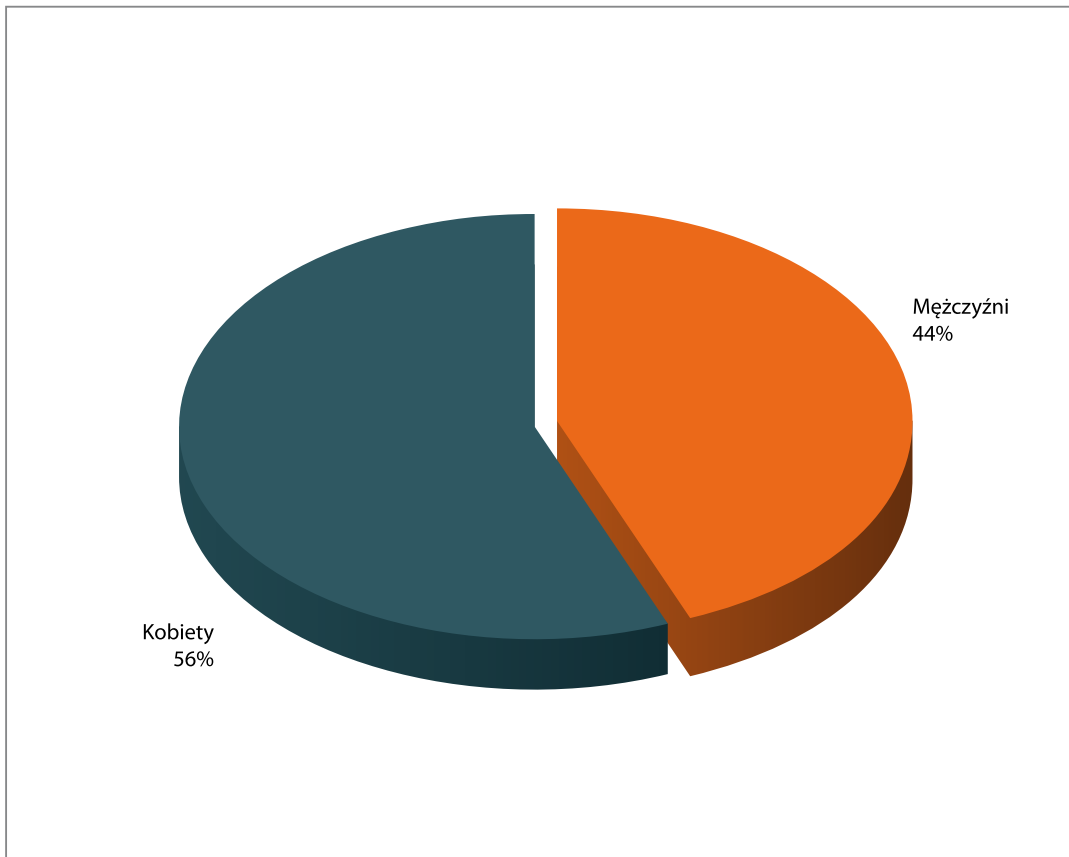


Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

3.5.7. Liczba hospitalizacji i czas pobytu w szpitalu ze względu na płeć i wiek pacjentów z niewydolnością serca

W 2012 roku pod względem płci wśród hospitalizowanych pacjentów w grupie E53 nieznacznie przeważały kobiety (55,68%; 80 836 procedur) nad mężczyznami (44,32%; 64 349 procedur). Pokazuje to wykres poniżej.

Wykres 14. Rozkład rozliczonych hospitalizacji w grupie E53 w 2012 roku pod względem płci pacjentów



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Biorąc pod uwagę wiek pacjenta w grupie E53 najczęściej było hospitalizowanych chorych w przedziale wiekowym „od 61-80 r.ż.” (51,27%) oraz w przedziale wiekowym „81 i więcej” (43,69%). Patrz tabela.

Tabela 21. Liczba hospitalizacji i czas pobytu ze względu na wiek pacjenta w grupie E53 w 2012 roku

Wiek pacjenta (r.ż.)	Liczba hospitalizacji	Udział (%)	Mediana czasu pobytu (dni)
61 - 80	74 431	51,27	7
81 i więcej	63 428	43,69	7
41 - 60	7 100	4,89	6
19 - 40	223	0,15	6

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

3.5.8. Analiza śmiertelności pacjentów sprawozdawanych w ramach grupy E53 w podziale na województwa

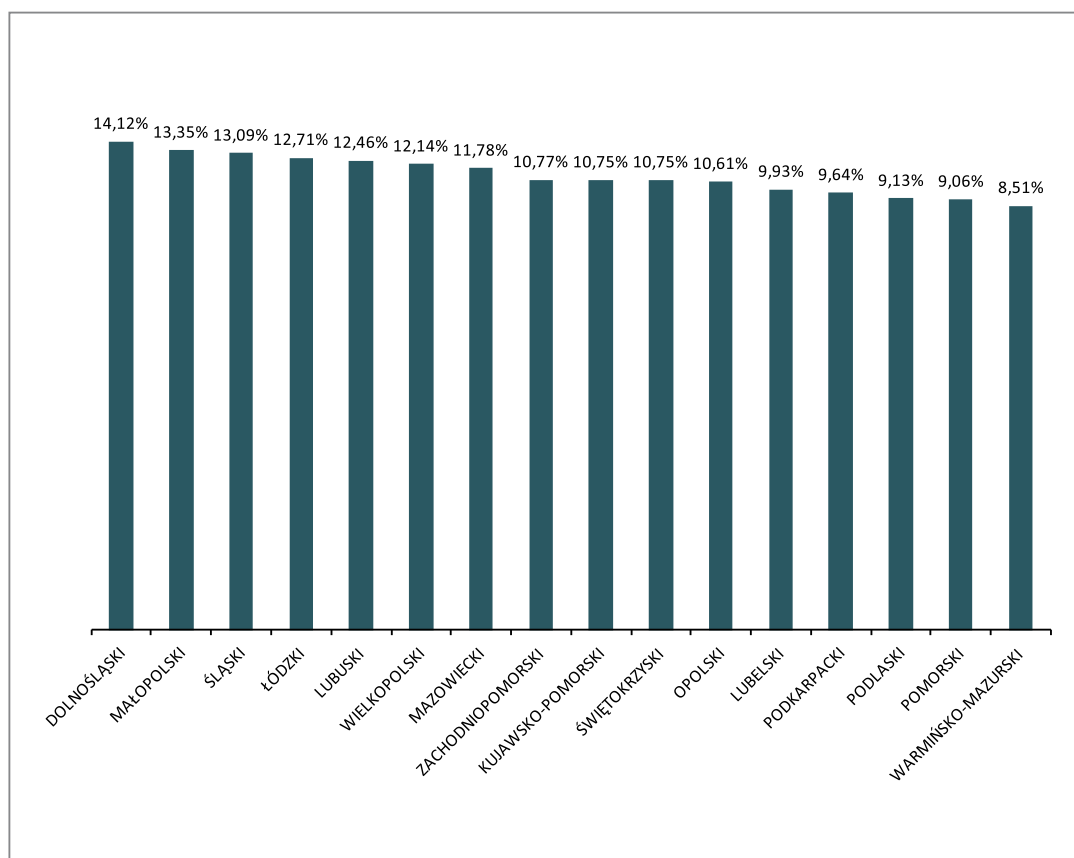
W ramach sprawozdawania i rozliczania świadczeń w rodzaju lecniectwo szpitalne świadczeniodawcy zobowiązani są do przekazywania danych obejmujących wystąpienie przypadków zgonu pacjenta w powiązaniu z daną grupą JGP. W przypadku grupy E53 w 2012 roku w skali kraju odnotowano wskaźnik śmiertelność hospitalizowanych pacjentów wynoszący 11,44%. Odsetek śmiertelności wśród hospitalizowanych pacjentów w sposób istotny różnił się w poszczególnych województwach. Najwyższy odsetek zgonów zanotowano w 2012 roku w województwach: dolnośląskim (14,12%), małopolskim (13,35%) i śląskim (13,09%). Najniższy odsetek zgonów odnotowano w grupie E53 w województwie: warmińsko-mazurskim (8,51%), pomorskim (9,06%) oraz podlaskim (9,13%). Szczegółowe wartości w tym zakresie przedstawiono w tabeli i na wykresie poniżej.

Tabela 22. Odsetek i liczba sprawozdanych zgonów pacjentów w grupie E53- według województw, w 2012 roku

OW NFZ	% zgonów	Liczba procedur	Liczba zgonów
DOLNOŚLĄSKI	14,12	9 333	1 318
MAŁOPOLSKI	13,35	11 350	1 515
ŚLĄSKI	13,09	14 220	1 861
ŁÓDZKI	12,71	10 102	1 284
LUBUSKI	12,46	3 121	389
WIELKOPOLSKI	12,14	10 040	1 219
MAZOWIECKI	11,78	21 700	2 556
ZACHODNIOPOMORSKI	10,77	5 171	557
KUJAWSKO-POMORSKI	10,75	7 916	851
ŚWIĘTOKRZYSKI	10,75	6 641	714
OPOLSKI	10,61	4 391	466
LUBELSKI	9,93	13 118	1 303
PODKARPACKI	9,64	10 701	1 032
PODLASKI	9,13	5 364	490
POMORSKI	9,06	5 296	480
WARMIŃSKO-MAZURSKI	8,51	6 721	572
Razem		145 185	16 606

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Wykres 15. Odsetek sprawozdanych zgonów pacjentów w grupie E53- według województw, w 2012 roku



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

4. ANALIZA WYDATKÓW Z UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH ZWIĄZANYCH Z NIEZDOLNOŚCIĄ DO PRACY U OSÓB Z ROZPOZNANIEM NIEWYDOLNOŚCI SERCA (I50)

Ewa Karczewicz, Hanna Zalewska, Zakład Ubezpieczeń Społecznych

29 września 2013 r. obchodzony był po raz 14-ty Światowy Dzień Serca. Dzień ten obchodzony jest w ponad 120 krajach i ma na celu szerokie upowszechnienie podstawowej wiedzy o schorzeniach serca i układu krążenia oraz możliwościach ich leczenia i profilaktyki.

O znacznej skali skutków chorób układu krążenia, w tym niewydolności serca, także w wymiarze ubezpieczeń społecznych, mówi utrzymujący się na wysokim poziomie odsetek orzeczeń lekarzy orzeczników ZUS stwierdzających niezdolność do pracy właśnie z powodu chorób układu krążenia.

Prowadzone przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych badania z zakresu absencji chorobowej oraz orzecznictwa lekarskiego umożliwiają analizę przyczyn chorobowych niezdolności do pracy z dokładnością do jednostki chorobowej zdefiniowanej zgodnie z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych rewizja Dziesiąta (ICD-10).

Badania te pozwalają zatem, przeprowadzić analizę statystyczną zarówno absencji chorobowej, jak i świadczeń rentowych, także w przypadku ubezpieczonych, u których zdiagnozowano niewydolność serca.

Podkreślić przy tym należy, że dane statystyczne, którymi dysponuje Zakład Ubezpieczeń Społecznych dotyczą osób ubezpieczonych, tj. osób fizycznych podlegających chociaż jednemu z ubezpieczeń społecznych (emerytalnemu, rentowym, chorobowemu i/lub wypadkowemu). Oznacza to, że nie obejmują pełnej populacji emerytów.

4.1. Czasowa niezdolność do pracy – absencja chorobowa

Pod pojęciem absencji chorobowej rozumie się całokształt zjawisk związanych z niezdolnością do pracy z powodu choroby ubezpieczonego lub niemożnością wykonywania przez niego pracy zawodowej.

Niezdolność do pracy z powodu choroby, w myśl rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 27 lipca 1999 r. w sprawie szczegółowych zasad i trybu wystawiania zaświadczeń lekarskich, jest dokumentowana zaświadczeniem lekarskim o czasowej niezdolności do pracy wydawanym na druku ZUS ZLA. Zaświadczenie to uprawnia do powstrzymania się od pracy, uzasadnia nieobecność w miejscu pracy, jest również dokumentem stanowiącym podstawę, przy spełnieniu określonych wymagań, do wypłaty wynagrodzenia lub zasiłku chorobowego.

W 2012 r. w rejestrze zaświadczeń lekarskich KSI ZUS zostało zarejestrowanych 16 600,1 tys. zaświadczeń lekarskich o czasowej niezdolności do pracy z tytułu choroby własnej wydanych osobom ubezpieczonym w ZUS na łączną liczbę 206 776,3 tys. dni absencji chorobowej.

Z tytułu chorób wchodzących do podgrupy innych chorób serca odnotowano 116,4 tys. zaświadczeń lekarskich na łączną liczbę 1 676,1 tys. dni absencji chorobowej. Niewydolność serca stanowiła przyczynę wydania zaświadczeń lekarskich w 17,9 tys. przypadków na łączną liczbę 355,1 tys. dni absencji chorobowej.

W porównaniu z rokiem poprzednim, z tytułu niewydolności serca nastąpił spadek o 5,1% liczby dni absencji chorobowej. Przy utrzymującej się na zbliżonym poziomie liczbie zaświadczeń lekarskich przeciętna długość zaświadczenia lekarskiego była krótsza o 1,12 dnia.

Tabela 23. Absencja chorobowa z tytułu choroby własnej osób ubezpieczonych w ZUS w 2012 roku

Wyszczególnienie	Liczba dni absencji chorobowej			Liczba zaświadczeń lekarskich			Przeciętna długość zaświadczenia lekarskiego w dniach		
	w tys.			w tys.					
	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety
OGÓŁEM (A00-Z99)	206 776,3	92 368,0	114 328,2	16 600,1	7 866,4	8 727,2	12,46	11,74	13,10
w tym:									
Choroby układu krążenia (I00 - I99)	12 605,6	8 528,0	4 074,3	905,4	581,8	323,4	13,92	14,66	12,60
w tym:									
Inne choroby serca (I30 - I52)	1 676,1	1 156,2	519,5	116,4	73,9	42,3	14,40	15,64	12,23
w tym:									
Niewydolność serca (I50)	355,1	299,9	55,0	17,9	14,8	3,1	19,87	20,24	18,07

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych ZUS.

W 2012 r. liczba osób ubezpieczonych w ZUS, którym przynajmniej raz w ciągu roku wystawiono zaświadczenie lekarskie z tytułu niewydolności serca wyniosła 8,2 tys., przeciętna absencja chorobowa skumulowana (wynikająca z sumy dni absencji w roku dla danej osoby) przypadająca na 1 osobę wyniosła 43,31 dnia.

Wśród osób ubezpieczonych w ZUS, którym wystawiono zaświadczenie lekarskie z tytułu niewydolności serca w 2012 r. przeważali mężczyźni, stanowiąc 80,9% tej populacji. Analizując strukturę według płci w poszczególnych grupach wiekowych, odsetek mężczyzn jest zdecydowanie większy niż kobiet. Stosunkowo najniższy, wynoszący 25,0% wystąpił w populacji osób w wieku poniżej 19 lat, zaś najwyższy wynoszący 92,1% odnotowano w grupie wiekowej pomiędzy 60 a 64 rokiem życia.

Zarówno w populacji mężczyzn, jak i kobiet, z grupy wiekowej 50 – 59 lat odnotowano najwyższy odsetek osób, którym przynajmniej raz w 2012 r. wystawiono zaświadczenie lekarskie.

Tabela poniżej prezentuje rozkład struktury wiekowej populacji mężczyzn i populacji kobiet w 2012 r.

Tabela 24. Struktura osób ubezpieczonych w ZUS, którym w 2012 roku wydano przynajmniej jedno zaświadczenie lekarskie z tytułu niezdolności do pracy spowodowanej niewydolnością serca, według wieku i płci ubezpieczonych

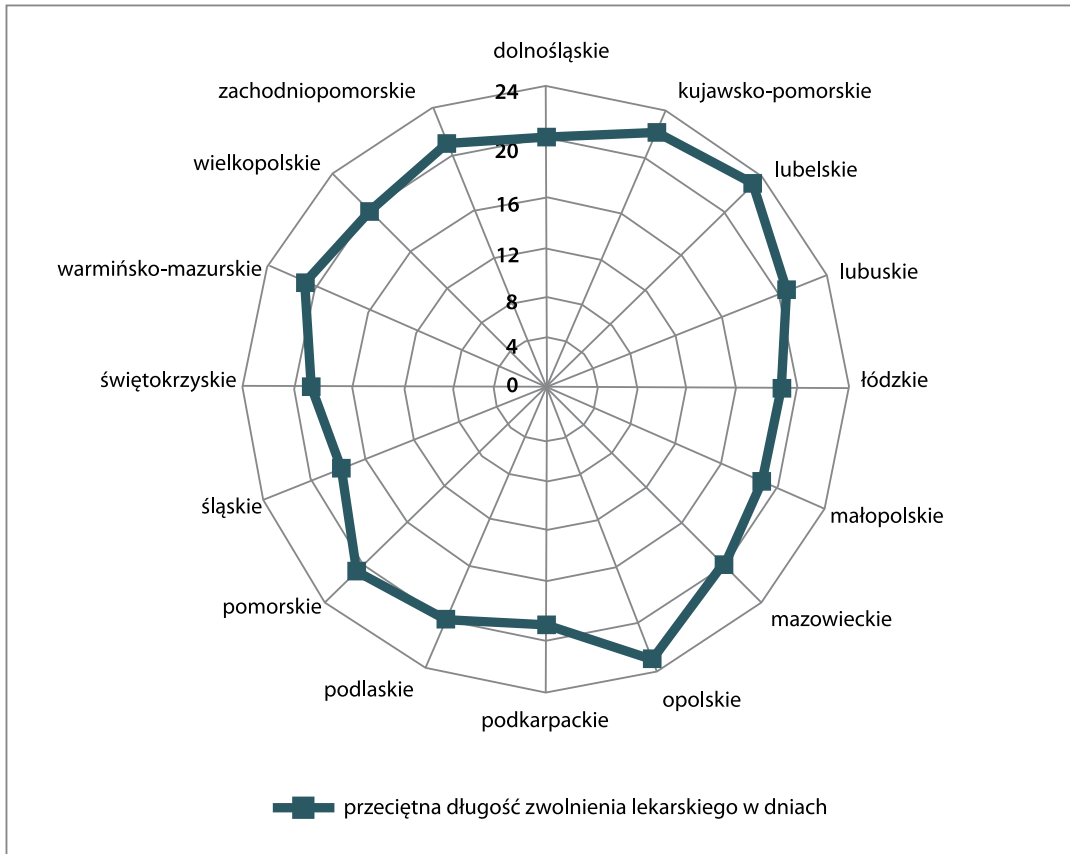
Wiek ubezpieczonych	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety
OGÓŁEM	100,0	100,0	100,0
19 lat i mniej	0,0	0,0	0,2
20 - 29	1,6	1,3	2,6
30 - 39	5,9	5,4	8,0
40 - 49	14,7	14,0	17,6
50 - 59	50,0	48,4	56,9
60 - 64	21,4	24,3	8,9
65 i więcej	6,4	6,6	5,8

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych ZUS.

Przeciętna długość zaświadczenia lekarskiego w 2012 r. wyniosła 12,46 dnia, a w przypadku niezdolności do pracy spowodowanej niewydolnością serca 19,87 dnia.

Rozkład przeciętnej w poszczególnych województwach nie odbiegał znacząco od przeciętnej ogółem.

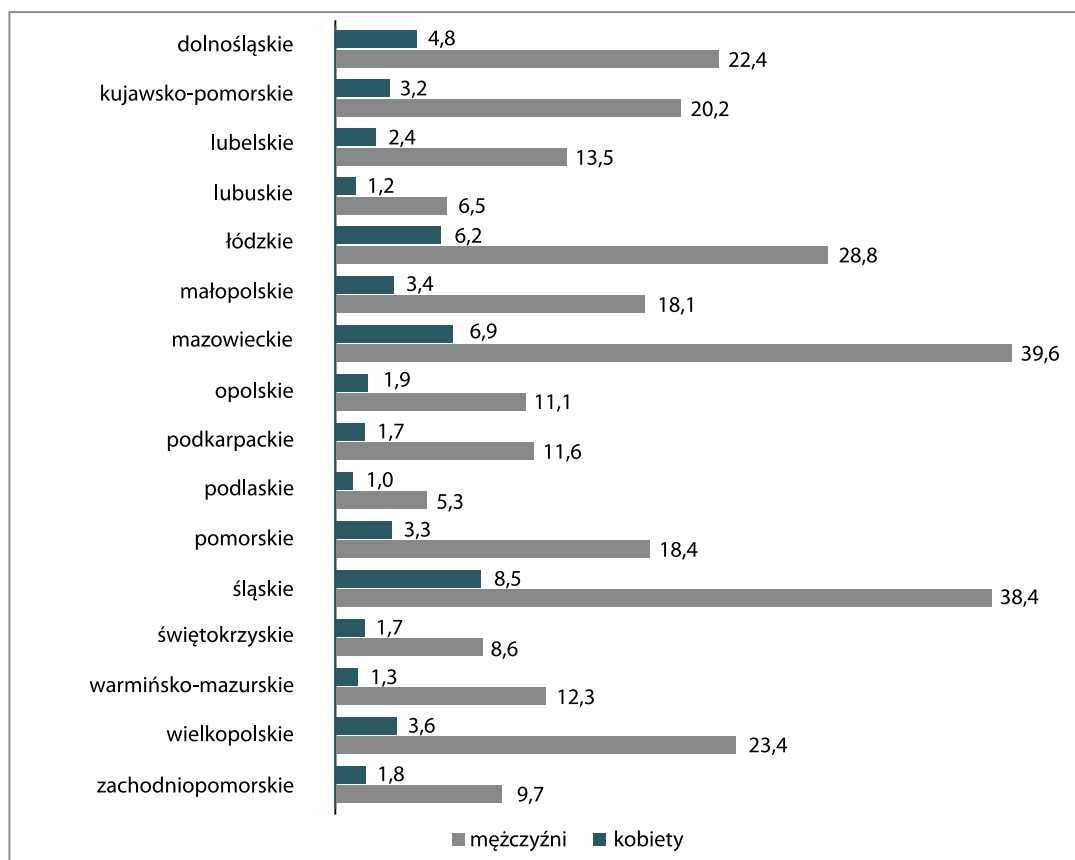
Wykres 16. Przeciętna długość zaświadczenia lekarskiego w 2012 r. wystawionego z tytułu niewydolności serca osobom ubezpieczonym w ZUS w poszczególnych województwach



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych ZUS.

Zróżnicowanie dni absencji chorobowej w 2012 r. z tytułu niewydolności serca według województw wskazuje na najwyższy odsetek absencji w województwie śląskim – 13,2% ogólnej liczby dni absencji z tytułu tej jednostki chorobowej, w województwie mazowieckim – 13,1%, zaś najniższy w województwie lubuskim – 2,2% i świętokrzyskim – 2,9%.

Wykres 17. Liczba dni absencji chorobowej w 2012 r. osób ubezpieczonych w ZUS z tytułu niewydolności serca w poszczególnych województwach według płci



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych ZUS.

Rozpatrując liczbę dni absencji chorobowej z tytułu niewydolności serca w poszczególnych województwach, obserwujemy kilkakrotnie większą absencję w populacji mężczyzn niż kobiet. I tak, w województwie warmińsko-mazurskim liczba dni absencji mężczyzn była 9 – krotnie wyższa niż kobiet, w województwie podkarpackim prawie 7 - krotnie, zaś w województwie wielkopolskim 6,5 - krotnie.

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 przedstawione zostało w tabeli 3.

Wskaźniki wyższe od wskaźnika ogółem, wynoszącego 22,41, odnotowano w 6 województwach: kujawsko-pomorskim, łódzkim, opolskim, pomorskim, śląskim i warmińsko-mazurskim.

Tabela 25. Wskaźnik liczby dni absencji chorobowej z tytułu niewydolności serca w 2012 r. osób ubezpieczonych w ZUS w przeliczeniu na 1 tys. osób objętych obowiązkowym ubezpieczeniem zdrowotnym w poszczególnych województwach

Wyszczególnienie	Liczba dni absencji chorobowej	Wskaźnik liczby dni absencji chorobowej na jedną osobę objętą obowiązkowym ubezpieczeniem zdrowotnym
OGÓŁEM	355,1	22,41
w tym:		
Dolnośląskie	27,2	22,06
Kujawsko-pomorskie	23,4	26,92
Lubelskie	15,9	20,63
Lubuskie	7,7	17,48
Łódzkie	35,0	32,72
Małopolskie	21,5	16,72
Mazowieckie	46,5	20,23
Opolskie	13,0	34,63
Podkarpackie	13,3	16,59
Podlaskie	6,3	15,00
Pomorskie	21,7	23,02
Śląskie	46,9	24,08
Świętokrzyskie	10,3	21,29
Warmińsko-mazurskie	13,6	22,66
Wielkopolskie	27,0	18,59
Zachodniopomorskie	11,5	16,16

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych ZUS.

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

Zgodnie z ustawą o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa świadczenie rehabilitacyjne przysługuje ubezpieczonemu, który po wyczerpaniu zasiłku chorobowego jest nadal niezdolny do pracy, a dalsze leczenie lub rehabilitacja lecznicza rokuje odzyskanie zdolności do pracy. Świadczenie rehabilitacyjne przysługuje na okres nie dłuższy niż 12 miesięcy.

W 2012 r. orzeczenia pierwszorazowe lekarzy orzeczników, w których ustalono uprawnienie do świadczenia rehabilitacyjnego otrzymało 81,3 tys. osób. Z tytułu chorób układu krążenia wydano 9,2 tys. orzeczeń. W grupie tych chorób orzeczenia ustalające uprawnienia do świadczenia rehabilitacyjnego w związku z innymi chorobami serca stanowiły 12,1%, natomiast w związku z niewydolnością serca 1,6%.

Tabela 26. Orzeczenia ustalające uprawnienia do świadczenia rehabilitacyjnego wydane przez lekarzy orzeczników w 2012 r.

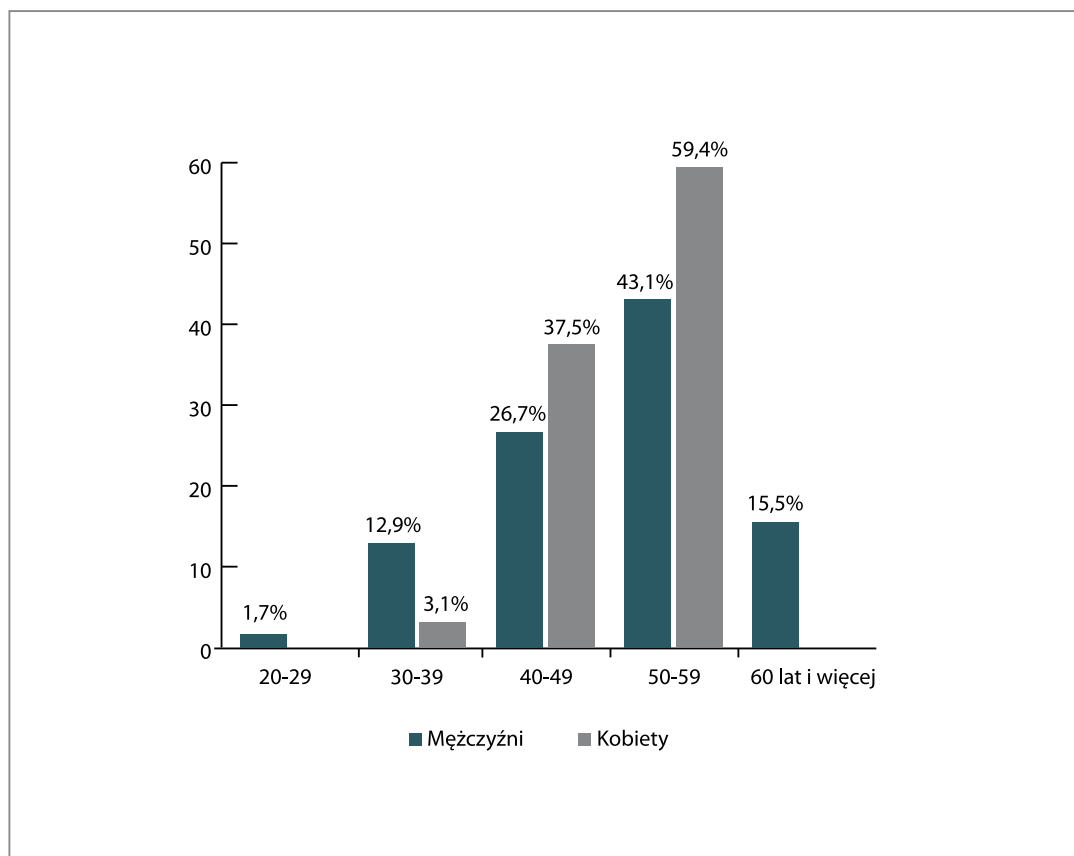
Wyszczególnienie	Orzeczenia pierwszorazowe				Orzeczenia ponowne			
	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety	Nieustalona płeć	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety	Nieustalona płeć
OGÓŁEM (A00-Z99)	81 352	44 734	36 553	65	67 305	36 357	30 920	28
w tym:								
Choroby układu krążenia (I00 - I99)	9 193	7 025	2 163	5	6 828	4 944	1 882	2
w tym:								
Inne choroby serca (I30 - I52)	1 116	851	265	-	867	633	234	-
w tym:								
Niewydolność serca (I50)	148	116	32	-	87	72	15	-

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych ZUS.

W przypadku orzeczeń ponownych, w których ustalono uprawnienie do świadczenia rehabilitacyjnego – na tle innych grup chorobowych - w związku z chorobami układu krążenia udział tych orzeczeń stanowił 10,1%. Orzeczenia wydane w związku z innymi chorobami serca stanowiły 1,3%, natomiast w związku z niewydolnością serca 0,1%.

W populacji badanych w 2012 r., dla których przyczyną orzekania świadczenia rehabilitacyjnego była niewydolność serca 78,4% stanowili mężczyźni,

Wykres 18. Struktura wieku osób z orzecznym po raz pierwszy świadczeniem rehabilitacyjnym z tytułu niewydolności serca w 2012 r.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych ZUS.

Najwyższy odsetek mężczyzn z ustalonym uprawnieniem do świadczenia rehabilitacyjnego wystąpił w przedziale wiekowym 50 -59 lat i wyniósł 43,1%. Również w populacji kobiet w tym przedziale wiekowym ten odsetek wynoszący 59,4% był najwyższy.

Poniższe zestawienia ilustrują strukturę orzeczeń pierwszorazowych i ponownych ustalających uprawnienia do świadczenia rehabilitacyjnego wydanych w 2012 r. z tytułu niewydolności serca. Najwyższy odsetek orzeczeń, zarówno pierwszorazowych jak i ponownych, wydano na okres od 4 do 6 miesięcy.

Tabela 27. Orzeczenia pierwszorazowe uprawniające do świadczenia rehabilitacyjnego wydane w 2012 r. z tytułu niewydolności serca

Wyszczególnienie	Ogółem liczba orzeczeń	Orzeczenia wydane na okres:			
		do 3 miesięcy	4-6 miesięcy	7-9 miesięcy	10-12 miesięcy
w odsetkach Ogółem = 100					
OGÓŁEM	148	10,1	63,5	14,9	11,5
19 lat i mniej	-	-	-	-	-
20 - 29	2	50,0	50,0	-	-
30 - 39	16	6,2	75,0	18,8	-
40 - 49	43	9,3	55,8	16,3	18,6
50 - 59	69	10,1	68,1	11,7	10,1
60 lat i więcej	18	11,1	55,6	22,2	11,1

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych ZUS.

Tabela 28. Orzeczenia ponowne uprawniające do świadczenia rehabilitacyjnego wydane w 2012 r. z tytułu niewydolności serca

Wyszczególnienie	Ogółem liczba orzeczeń	Orzeczenia wydane na okres:			
		do 3 miesięcy	4-6 miesięcy	7-9 miesięcy	10-12 miesięcy
w odsetkach Ogółem = 100					
OGÓŁEM	87	18,4	70,1	6,9	6,3
19 lat i mniej	-	-	-	-	-
20 - 29	1	-	100,0	-	-
30 - 39	9	33,3	66,7	-	-
40 - 49	18	11,1	77,8	11,1	-
50 - 59	50	16,0	70,0	8,0	12,5
60 lat i więcej	9	33,3	55,6	-	-

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych ZUS.

4.3. Długotrwała niezdolność do pracy w orzeczeniach wydanych przez lekarzy orzeczników dla celów rentowych

W myśl obowiązujących przepisów orzeczenia o niezdolności do pracy wydawane przez lekarzy orzeczników ZUS stanowią podstawę do przyznania renty z tytułu niezdolności do pracy.

W 2012 r. lekarze orzecznicy ZUS wydali ogółem 44,5 tys. orzeczeń pierwszorazowych ustalając stopień niezdolności do pracy dla celów rentowych. Z tytułu chorób układu krążenia wydano 9,9 tys. orzeczeń. Orzeczenia wydane w związku z podgrupą dotyczącą innych chorób serca stanowiły w tej grupie chorób układu krążenia 20,6% , zaś w związku z niewydolnością serca 6,3%.

W porównaniu z 2011 r. liczba orzeczeń pierwszorazowych ustalających niezdolności do pracy w związku z niewydolnością serca wzrosła o 7,7%.

Badanie ponowne rencistów umożliwia ustalenie zmian stanu zdrowia badanych po upływie czasu określonego w orzeczeniu poprzednim. Z reguły badaniom ponownym poddawane są osoby mające orzeczenie o niezdolności do pracy na czas określony i stanowią o przedłużeniu orzeczenia pierwszorazowego. Dlatego też, udział grup chorobowych z tytułu których wydano orzeczenie ponowne, nie ulega znaczącym zmianom. I tak, w przypadku innych chorób serca udział orzeczeń ponownych wydanych w 2012 r. wyniósł 21,8% w grupie chorób układu krążenia, zaś w związku z niewydolnością serca 5,0%.

W porównaniu z rokiem poprzednim liczba orzeczeń ponownych wydanych dla celów rentowych w związku z niewydolnością serca wzrosła o 28,2%.

Tabela 29. Orzeczenia wydane przez lekarzy orzeczników ZUS dla celów rentowych

Wyszczególnienie	Orzeczenia pierwszorazowe				Orzeczenia ponowne			
	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety	Nieustalona płeć	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety	Nieustalona płeć
OGÓŁEM (A00-Z99)	44 465	28 813	15 197	455	266 976	175 724	90 718	534
w tym:								
Choroby układu krążenia (I00 - I99)	9 910	8 199	1 662	49	58 231	48 278	9 879	74
w tym:								
Inne choroby serca (I30 - I52)	2 038	1 761	260	17	9 862	8 460	1 385	17
w tym:								
Niewydolność serca (I50)	628	556	67	5	2 913	2 594	311	8

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych ZUS.

Wśród osób, którym wydano orzeczenie pierwszorazowe w związku z niezdolnością do pracy spowodowaną niewydolnością serca zdecydowanie dominowali mężczyźni, stanowiąc w 2012 r. 88,5% tej grupy badanych.

W populacji mężczyzn w 2012 r. orzeczenia pierwszorazowe z tytułu niewydolności serca otrzymywali głównie mężczyźni w wieku 50 - 59 lat, ich udział wyniósł 53,6% oraz w wieku 60 – 69 lat – z udziałem 24,3%. Najwyższy odsetek w populacji kobiet odnotowano w również grupie wiekowej 50 – 59 lat i wynosił on 74,6%.

Tabela 30. Orzeczenia pierwszorazowe i ponowne wydane w 2012 r. przez lekarzy orzeczników ZUS dla celów rentowych z tytułu niewydolności serca według wieku i płci osób badanych

Wiek ubezpieczonych	Orzeczenia pierwszorazowe			Orzeczenia ponowne		
	Ogółem	w tym: Mężczyźni	Kobiety	Ogółem	w tym: Mężczyźni	Kobiety
OGÓŁEM	628	100,0	100,0	2 913	100,0	100,0
20 - 29	5	0,9	-	6	0,2	-
30 - 39	28	4,3	6,0	55	1,8	2,9
40 - 49	97	15,6	14,9	260	8,4	13,5
50 - 59	348	53,6	74,6	1 761	58,4	79,1
60 - 69	135	24,3	-	805	30,7	2,9
70 lat i więcej	10	1,3	4,5	18	0,5	1,6
nieustalony wiek	5	-	-	8	-	-

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych ZUS.

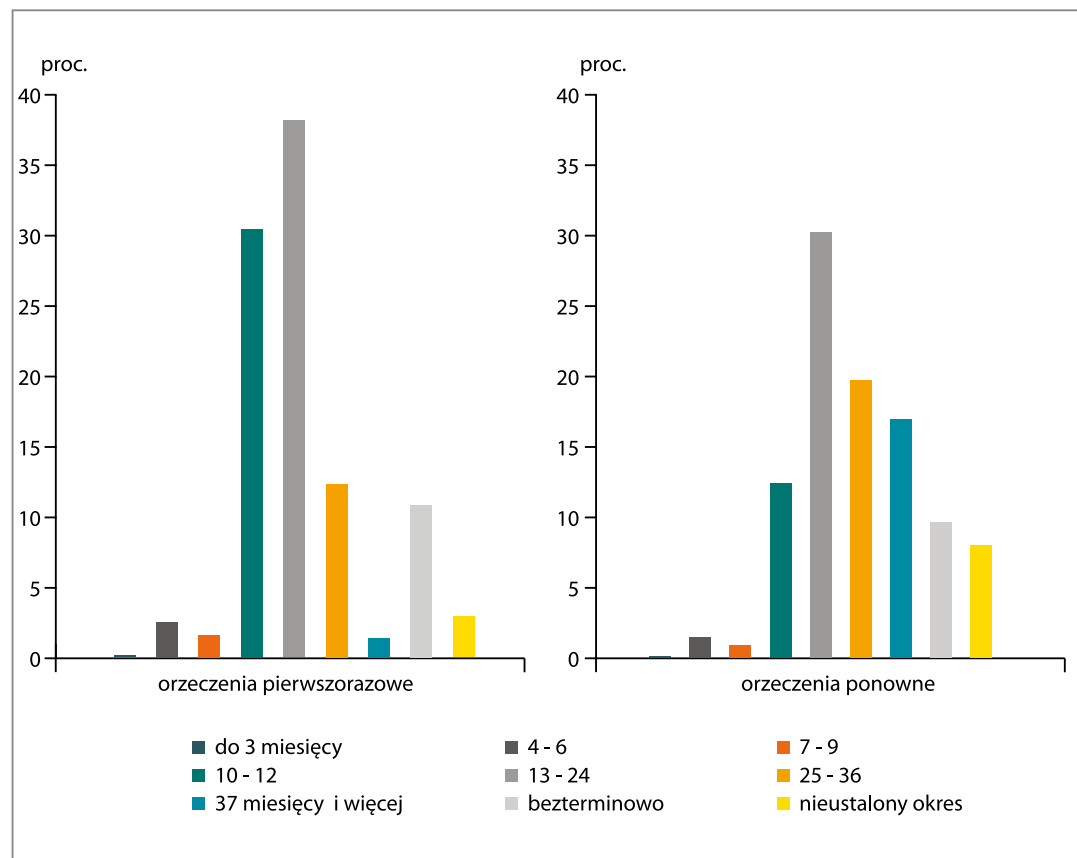
W grupie badanych, którzy w 2012 r. otrzymali orzeczenie pierwszorazowe o niezdolności do pracy spowodowanej niewydolnością serca uznano:

- za całkowicie niezdolną do pracy i samodzielnej egzystencji – 38 osób,
- za całkowicie niezdolne do pracy – 389 osób,
- za częściowo niezdolne do pracy – 201 osób.

W wyniku badań ponownych uznano:

- za całkowicie niezdolne do pracy i samodzielnej egzystencji – 442 osoby,
- za całkowicie niezdolne do pracy – 1 603 osoby,
- za częściowo niezdolne do pracy – 868 osób.

Wykres 19. Struktura orzeczeń pierwszorazowych i ponownych wydanych w 2012 r. dla celów rentowych w związku z niewydolnością serca według okresu ważności orzeczenia



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 niewydolnością serca najwyższy odsetek stanowiły orzeczenia z okresem ważności od 13 do 24 miesięcy – 38,1%, z okresem ważności od 10 do 12 miesięcy – 30,4%, wydane na okres od 25 do 36 miesięcy -12,3%. Orzeczeń na czas nieokreślony (bezterminowych) wydano 10,8%. W przypadku orzeczeń ponownych struktura według okresu ważności tych orzeczeń uległa przesunięciu. Najwyższy udział odnotowano w odniesieniu do orzeczeń wydanych na okres ważności od 13 do 24 miesięcy – 30,2%, na okres od 25 do 36 miesięcy – 19,9%, na okres 37 miesięcy i więcej – 17,1%. Orzeczenia wydane na czas nieokreślony (bezterminowych) stanowiły 9,7%.

4.4. Wydatki na świadczenia z ubezpieczeń społecznych związane z niezdolnością do pracy

Analizę wydatków poniesionych na świadczenia związane z niezdolnością do pracy spowodowaną chorobami układu krążenia, w tym niewydolnością serca zaprezentowano na podstawie wyników uzyskanych z badania przeprowadzonego za 2010 rok.

Wydatki poniesione na świadczenia związane z niezdolnością do pracy z obszaru obsługiwane przez ZUS 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, tj. 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.

W 2010 r. wydatki na świadczenia związane z niezdolnością do pracy w obszarze realizowanym przez ZUS, wyniosły łącznie 28 661 177,1 tys. zł, tj. o 1,0% więcej niż w roku poprzednim.

W strukturze wydatków ogółem na świadczenia z tytułu niezdolności do pracy choroby układu krążenia generowały 16,2% ogółu wydatków. W wydatkach na świadczenia związane z tą grupą chorobową udział wydatków z tytułu innych chorób serca wyniósł 2,1%, natomiast z tytułu niewydolności serca 0,5%.

Analizując wydatki ogółem na świadczenia, udział wydatków poniesionych w związku z niezdolnością do pracy mężczyzn był o 14,2 punktu procentowego wyższy niż w związku z niezdolnością kobiet i wyniósł 57,1%.

W strukturze wydatków na świadczenia w związku z innymi chorobami serca oraz w związku z niewydolnością serca relacje te przedstawiały się podobnie. To w związku z niezdolnością mężczyzn udział tych wydatków był wyższy odpowiednio o 62,8 pkt procentowe (81,4% wydatków w związku z innymi chorobami serca) i o 74,2 pkt procentowego (87,1% wydatków w związku z niewydolnością serca) od poniesionych w związku z niezdolnością do pracy kobiet.

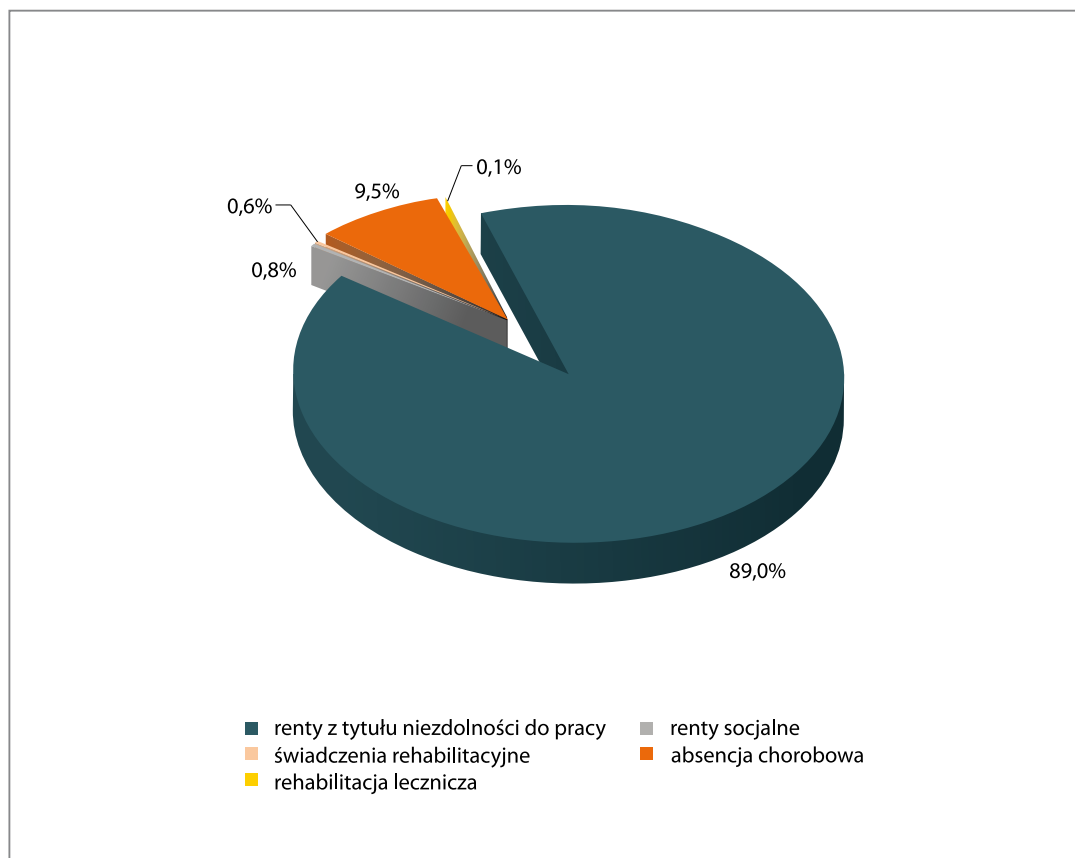
Tabela 31. Wydatki ogółem na świadczenia związane z niezdolnością do pracy poniesione w 2010 r.

Wyszczególnienie	Razem	Mężczyźni		Kobiety
		Kwota wypłat w tys. zł		
OGÓŁEM (A00-Z99)	28 661 177,1	16 358 511,1	12 302 666,0	
w tym:				
Choroby układu krążenia (I00 - I99)	4 640 825,2	3 657 580,5	983 244,7	
w tym:				
Inne choroby serca (I30 - I52)	590 881,2	480 840,3	110 040,9	
w tym:				
Niewydolność serca (I50)	150 959,8	131 531,4	19 428,4	

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych ZUS.

Strukturę wydatków w 2010 r. poniesionych na poszczególne świadczenia związane z niezdolnością do pracy spowodowaną niewydolnością serca przedstawia wykres poniżej.

Wykres 20. Struktura wydatków w 2010 r. na świadczenia związane z niezdolnością do pracy spowodowaną niewydolnością serca według rodzajów świadczeń



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych ZUS.

Najwyższy udział wydatków, wynoszący 89,0%, tj. 134 475,5 tys. zł odnotowano w odniesieniu do rent z tytułu niezdolności do pracy. Udział wydatków na renty socjalne wyniósł 0,8%, tj. 1 149,4 tys. zł. W przypadku wydatków związanych z absencją chorobową, ich udział stanowił 9,5%, tj. 14 327,5 tys. zł. Wydatki na świadczenie rehabilitacyjne poniesiono w kwocie 916,8 tys. zł, tj. 0,6% ogółu wydatków.

Tabela 32. Wydatki ogółem na świadczenia związane z niezdolnością do pracy spowodowaną niewydolnością serca poniesione w 2010 roku według rodzajów świadczeń i płci świadczeniobiorców

Wyszczególnienie	Niewydolność serca I50		
	Razem	Mężczyźni	Kobiety
	kwota wypłat w tys. zł		
OGÓŁEM	150 959,8	131 531,4	19 428,4
Renty z tytułu niezdolności do pracy	134 475,5	117 730,3	16 745,2
Renty socjalne	1 149,4	715,0	434,4
Świadczenie rehabilitacyjne	916,8	759,4	157,4
Absencja chorobowa	14 327,5	12 247,3	2 080,2
Rehabilitacja lecznicza	90,6	79,4	11,2

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych ZUS.

W wydatkach ogółem dominującą pozycję stanowią wydatki na renty z tytułu niezdolności do pracy. W 2010 r. renty z tytułu niezdolności do pracy spowodowanej innymi chorobami serca pobierało ok. 41,5 tys. świadczeniobiorców na łączną kwotę 481 420,0 tys. zł. Renty z tytułu niezdolności do pracy spowodowanej niewydolnością serca pobierało 10,9 tys. osób na łączną kwotę 134 475,5 tys. zł.

W populacji świadczeniobiorców pobierających rentę z tytułu niewydolności serca 85,2%, tj. 9,3 tys. stanowili mężczyźni.

W poniższej tabeli 11, zostały zestawione wydatki poniesione w 2010 r. na renty z tytułu niezdolności do pracy spowodowanej niewydolnością serca wraz z liczbą świadczeniobiorców oraz przeciętną kwotą wydatków na renty w przeliczeniu na jednego świadczeniobiorcę w poszczególnych województwach.

Tabela 33. Wydatki na renty z tytułu niezdolności do pracy spowodowanej niewydolnością serca poniesione w 2010 r. według płci i województw

Wyszczególnienie	Niewydolność serca I50						Przeciętna kwota wypłaty na renty z tytułu niezdolności do pracy przyznane z tytułu I50 w przeliczeniu na jednego świadczeniobiorcę w zł		
	Kwota wypłat w tys. zł			Liczba świadczeniobiorców			Razem	Mężczyźni	Kobiety
	Razem	Mężczyźni	Kobiety	Razem	Mężczyźni	Kobiety			
OGÓŁEM	134 475,5	117 730,3	16 745,2	10 887	9 275	1 612	12 351,93	12 693,29	10 387,84
Dolnośląskie	8 378,0	7 354,5	1 023,5	621	521	100	769,54	792,94	634,93
Kujawsko-pomorskie	5 462,0	4 800,7	661,3	482	418	64	501,70	517,60	410,24
Lubelskie	10 203,1	8 598,8	1 604,3	902	734	168	937,18	927,09	995,22
Lubuskie	3 096,8	2 669,3	427,5	265	222	43	284,45	287,80	265,20
Łódzkie	5 017,5	4 481,6	535,9	419	364	55	460,87	483,19	332,44
Małopolskie	12 397,9	10 488,8	1 909,1	953	789	164	1 138,78	1 130,87	1 184,31
Mazowieckie	29 270,8	25 606,6	3 664,2	2395	2024	371	2 688,60	2 760,82	2 273,08
Opolskie	3 777,4	3 389,0	388,4	321	277	44	346,96	365,39	240,94
Podkarpackie	7 662,2	6 952,8	709,4	748	664	84	703,79	749,63	440,07
Podlaskie	3 046,4	2 028,3	1 018,1	199	151	48	279,82	218,68	631,58
Pomorskie	10 979,4	9 889,7	1 089,7	865	765	100	1 008,49	1 066,27	675,99
Śląskie	10 349,2	9 507,2	842,0	654	569	85	950,60	1 025,04	522,33
Świętokrzyskie	4 526,4	4 099,6	426,8	369	321	48	415,76	442,01	264,76
Warmińsko-mazurskie	4 530,1	4 020,2	509,9	408	355	53	416,10	433,44	316,32
Wielkopolskie	11 065,3	9 908,2	1 157,1	907	785	122	1 016,38	1 068,27	717,80
Zachodniopomorskie	4 713,0	3 935,0	778,0	379	316	63	432,90	424,26	482,63

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych ZUS.

Jak wynika z przedstawionych danych, kwota wydatków z tytułu rent pobieranych przez mężczyzn jest 7 – krotnie wyższa od kwoty wydatków poniesionych w związku z rentami pobieranymi przez kobiety, przy liczbie mężczyzn wyższej ponad 5 – krotnie od liczby kobiet. Przeciętna kwota wypłaty na renty z tytułu niezdolności do pracy w przeliczeniu na jednego świadczeniobiorcę wyniosła 12 351,93 zł. Jedynie w czterech województwach przeciętne kwoty są znacząco wyższe niż w pozostałych.

5. PODSUMOWANIE I WNIOSKI

1. Wydatki NFZ na realizację świadczeń szpitalnych z zakresu kardiologii wzrosły z poziomu 1,05 mld zł w 2004 roku do szacowanego poziomu 2,83 mld zł w 2013 roku.
2. Systematycznie wzrasta procentowy udział wartości umów w zakresie kardiologii w leczeniu szpitalnym ogółem (z wyłączeniem chemioterapii i programów lekowych): z 8,3% w 2004 roku do ok. 11,6% w 2013 roku.
3. Niewydolność serca jest najczęstszą przyczyną hospitalizacji wśród osób po 65 roku życia.
4. W 2009 roku niewydolność serca odpowiadała za 7,17% wszystkich hospitalizacji wśród kobiet powyżej 65 roku życia i 6,77% hospitalizacji mężczyzn po 65 roku życia.
5. Koszt świadczeń opieki zdrowotnej, opłaconych przez NFZ w 2012 roku, związanych z hospitalizacją 187 481 pacjentów z niewydolnością serca w ramach leczenia szpitalnego, wyniósł ponad 635 mln zł.
6. Koszt świadczeń opieki zdrowotnej, opłaconych przez NFZ w 2012 roku, związanych z leczeniem w ramach Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej 93 356 pacjentów z niewydolnością serca wyniósł ponad 10 mln zł. Prawie dwukrotnie mniejsza liczba pacjentów leczonych ambulatoryjnie niż hospitalizowanych oraz niewielki wartość świadczeń może być główną przyczyną dużej liczby hospitalizacji.
7. Koszt świadczeń opieki zdrowotnej, opłaconych przez NFZ w 2012 roku, związanych z rehabilitacją leczniczą 7 972 pacjentów z niewydolnością serca wyniósł ponad 26 mln. Na 22 pacjentów hospitalizowanych z powodu niewydolności serca przypada jeden, u którego realizowane są świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej. Oznacza to, że pacjenci z niewydolnością serca praktycznie nie mają dostępu do rehabilitacji leczniczej.
8. Wprowadzenie w 2009 roku do umów w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna współczynnika „3,0”, korygującego stawkę kapitałową dla świadczeniobiorców leczonych z powodu chorób układu krążenia, nie poprawiło efektów zdrowotnych u pacjentów leczonych z powodu niewydolności serca.
9. W ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej najwyższa wartość świadczeń została zrealizowana dla pacjentów z rozpoznaniem klinicznym niewydolność serca I50, w lecznictwie szpitalnym niewydolność serca zastoinowa I50.0 a w rehabilitacji leczniczej niewydolność serca nie określona I50.9.
10. Podstawową grupą rozliczeniową dla hospitalizacji pacjentów z niewydolnością serca określoną w katalogu Jednorodnych Grup Pacjentów jest grupa E53 (Niewydolność krążenia > 69 r.ż. lub z powikłaniami i chorobami współistniejącymi). W ramach tej grupy rozliczono 158 760 procedur hospitalizacji o wartości około 358 mln zł i średniej wycenie 2 465 zł.
11. Średnia długość hospitalizacji pacjentów z niewydolnością serca (grupa E53) wynosi 6 dni (mediana). Najdłużej (8 dni) są hospitalizowani pacjenci w województwach: opolskim, lubelskim i śląskim.
12. Największa liczba hospitalizacji w przeliczeniu na 100 tysięcy mieszkańców (grupa E53) występuje w województwach lubelskim (604 hospitalizacje/100 tys. mieszkańców), świętokrzyskim (519,6) i podkarpackim (502,7). Najmniejsza liczba hospitalizacji w przeliczeniu na 100 tysięcy mieszkańców występuje w województwie pomorskim (231,9), wielkopolskim (290,6), zachodniopomorskim (300,2).
13. Pacjenci z niewydolnością serca (grupa E53) hospitalizowani są głównie w oddziałach chorób wewnętrznych (108 418 procedur; 74,68%) i oddziałach kardiologii (31 351 procedur 21,59%). W niewielkim odsetku hospitalizacje odbywają się w oddziałach geriatry (3 081; 2,12%) i chorób płuc (2 335; 1,61%).
14. Największy odsetek hospitalizacji pacjentów z niewydolnością serca (grupa E53) w oddziale kardiologii do liczby hospitalizacji ogółem występuje w województwie podkarpackim (31,31%), mazowieckim (30,45%), pomorskim (29,19%) Najmniejszy w województwach: podlaskim (11,00%), opolskim (11,98%), zachodniopomorskim (12,24%).

15. Pacjenci z niewydolnością serca (grupa E53) przyjmowani są do szpitala zdecydowanie najczęściej w trybie nagłym (82,97% ogólnej liczby przyjęć). Zaledwie 16,88% chorych przyjętych zostało do szpitala w trybie planowym.
16. Pod względem płci wśród hospitalizowanych pacjentów w grupie E53 nieznacznie przeważały kobiety (55,68%; 80 836 procedur) nad mężczyznami (44,32%; 64 349 procedur).
17. W przypadku grupy E53 w 2012 roku w skali kraju odnotowano 16 608 zgonów pacjentów w trakcie hospitalizacji, co stanowi średni wskaźnik 11,44% śmiertelności. Najwyższy odsetek zgonów wystąpił w województwach: dolnośląskim (14,12%), małopolskim (13,35%) i śląskim (13,09%). Najniższy wskaźnik odnotowano w województwach warmińsko-mazurskim (8,51%), pomorskim (9,06%) oraz podlaskim (9,13%).
18. Niewydolność serca stanowiła przyczynę wydania w 2012 roku 17,9 tysięcy zaświadczeń lekarskich o czasowej niezdolności do pracy na łączną liczbę 355,1 tys. dni absencji chorobowej.
19. Liczba osób ubezpieczonych w ZUS, którym przynajmniej raz w ciągu roku wystawiono zaświadczenie lekarskie z tytułu niewydolności serca wyniosła 8,2 tys., przeciętna absencja chorobowa skumulowana (wynikająca z sumy dni absencji w roku dla danej osoby) przypadająca na 1 osobę wyniosła 43,31 dnia.
20. Przeciętna długość zaświadczenia lekarskiego w 2012 r. wyniosła 12,46 dnia, a w przypadku niezdolności do pracy spowodowanej niewydolnością serca 19,87 dnia.
21. W 2012 roku orzeczenia pierwszorazowe lekarzy orzeczników ZUS, w których ustalono uprawnienie do świadczenia rehabilitacyjnego otrzymało 81,3 tys. osób. Z tytułu chorób układu krążenia wydano 9,2 tys. orzeczeń, w tym 148 z powodu niewydolności serca.
22. W 2012 roku lekarze orzecznicy ZUS wydali ogółem 44,5 tys. orzeczeń pierwszorazowych ustalając stopień niezdolności do pracy dla celów rentowych. Z tytułu chorób układu krążenia wydano 9,9 tys. orzeczeń w tym 628 z powodu niewydolności serca.
23. W grupie badanych, którzy w 2012 r. otrzymali orzeczenie pierwszorazowe o niezdolności do pracy spowodowanej niewydolnością serca uznano:
 - za całkowicie niezdolną do pracy i samodzielnej egzystencji – 38 osób,
 - za całkowicie niezdolne do pracy – 389 osób,
 - za częściowo niezdolne do pracy – 201 osób.
24. Wydatki ogółem na świadczenia związane z niezdolnością do pracy poniesione w 2010 roku w związku z niewydolnością serca wyniosły 151 mln zł (w tym mężczyźni 132 mln zł, kobiety 19 mln zł).
25. Najwyższy udział wydatków, wynoszący 89,0%, tj. 134 475,5 tys. zł odnotowano w odniesieniu do rent z tytułu niezdolności do pracy. Udział wydatków na renty socjalne wyniósł 0,8%, tj. 1 149,4 tys. zł. W przypadku wydatków związanych z absencją chorobową, ich udział stanowił 9,5%, tj. 14 327,5 tys. zł. Wydatki na świadczenie rehabilitacyjne poniesiono w kwocie 916,8 tys. zł, tj. 0,6% ogółu wydatków.

6. REKOMENDACJE

Instytut Zarządzania w Ochronie Zdrowia Uczelni Łazarskiego na podstawie analiz statystycznych zaprezentowanych w niniejszym raporcie przedstawia rekomendacje rozwiązań systemowych, dotyczących optymalnego finansowania leczenia niewydolności serca.

1. Efektywny monitoring skuteczności terapii oraz dostępności do świadczeń na rzecz pacjentów z niewydolnością serca, finansowanych przez NFZ i ZUS mógłby być prowadzony poprzez utworzenie Krajowego Rejestru Pacjentów z niewydolnością serca.

Uzasadnienie: Krajowy Rejestr Pacjentów z niewydolnością serca, działający w oparciu o dane z Narodowego Funduszu Zdrowia, Zakładu Ubezpieczeń Zdrowotnych, Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego oraz Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego w sposób kompleksowy monitorowałby populację pacjentów z niewydolnością serca. Taki rejestr mógłby też stać się narzędziem służącym do podejmowania optymalnych decyzji systemowych w zarządzaniu leczeniem niewydolności serca.

2. Optymalny model finansowania diagnostyki i monitorowania skuteczności leczenia niewydolności serca w poradniach kardiologicznych zakłada wprowadzenie w ramach umów NFZ w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna (AOS) nowego typu świadczenia o nazwie: „Kompleksowa Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna nad pacjentem z niewydolnością serca (KAOS-NS)”, wzorem już funkcjonujących rozwiązań, jak np. „Kompleksowa Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna nad pacjentem z cukrzycą”.

Uzasadnienie: Nowe świadczenie zapewni kompleksową diagnostykę i leczenie niewydolności serca w ramach poradni specjalistycznych. Poprawi także jakość, kompleksowość i dostępność do opieki specjalistycznej dla pacjentów z niewydolnością serca. Rozwiązanie to może znacząco zmniejszyć wydatki NFZ w rodzaju lecznictwo szpitalne NFZ, związane z hospitalizacją pacjentów z niezdolnością sercową oraz istotnie wpłynąć na zmniejszenie śmiertelności.

3. Optymalny model finansowania leczenia, diagnostyki i monitorowania skuteczności leczenia niewydolności serca przez lekarzy rodzinnych w ramach umów w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna, zakłada uzależnienie od efektów terapii preferencyjnego finansowania skorygowaną stawką kapitulacyjną dla świadczeniobiorców.

Uzasadnienie: Zastosowanie współczynnika 3,0, korygującego stawkę kapitulacyjną dla świadczeniobiorców, leczonych z powodu chorób układu krążenia, nie jest dziś uzależnione od efektów leczenia, a w szczególności liczby hospitalizacji, powikłań, czy pogorszeniem stanu zdrowia. Należy wprowadzić mechanizmy zwiększające monitorowanie efektów leczenia pacjentów z niewydolnością serca przez lekarzy rodzinnych.

4. Poprawa efektywności leczenia a w szczególności zmniejszenie śmiertelności pacjentów hospitalizowanych w oddziałach internistycznych i skrócenie długości hospitalizacji wymaga opracowania standardów i wytycznych, dotyczących postępowania związanego z hospitalizacją pacjentów z niewydolnością serca.

Uzasadnienie: Wysoka śmiertelności, związana z leczeniem szpitalnym pacjentów z niewydolnością serca, połączona z dłuższym okresem hospitalizacji, zwłaszcza na oddziałach internistycznych wymaga pilnego opracowania i wprowadzenia odpowiednich standardów postępowania.

5. Zmniejszenie kosztów ponoszonych przez ZUS, związanych w szczególności z absencją chorobową i ze świadczeniami z tytułu czasowej niezdolności do pracy pacjentów z niewydolnością serca wymaga opracowania programu prewencji rentowej dla pacjentów z niewydolnością serca. Program byłby opracowywany w porozumieniu z Krajowym Konsultantem w dziedzinie kardiologii i Krajowym Konsultantem w dziedzinie rehabilitacji leczniczej oraz finansowany ze środków Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.

Uzasadnienie: Wprowadzenie programu prewencji rentowej ZUS dla pacjentów z niewydolnością serca wpłynie na zasadniczą poprawę ogólnego stanu zdrowia pacjentów oraz ich funkcjonowania w życiu społecznym i zawodowym. Cel ten można będzie zrealizować dzięki odpowiedniej rehabilitacji, pomocy psychologicznej, poradnictwu zawodowemu. Zmniejszy się jednocześnie wartość świadczeń wypłacanych świadczeniobiorcom z tytułu niezdolności do pracy. Mogą się również zmniejszyć wydatki NFZ związane z hospitalizacją pacjentów.

7. SPIS WYKRESÓW

Wykres 1.	Wartość zawartych umów (w mld zł) w zakresie kardiologia w okresie 2004-2012	9
Wykres 2.	Udział wartości umów w zakresie kardiologia w leczeniu szpitalnym ogółem w okresie 2004-2013	10
Wykres 3.	Liczba pacjentów z niewydolnością serca leczona w 2012 roku, w podziale na rodzaje świadczeń	18
Wykres 4.	Liczba pacjentów z niewydolnością serca leczonych w 2012 roku, w podziale na rozpoznania według ICD 10	19
Wykres 5.	Odsetek pacjentów z niewydolnością serca w 2012 roku w rodzaju leczenie szpitalne, w podziale na rozpoznania główne ICD 10	20
Wykres 6.	Odsetek pacjentów z niewydolnością serca w 2012 roku w rodzaju ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne, w podziale na rozpoznania główne ICD 10	21
Wykres 7.	Odsetek pacjentów z niewydolnością serca w 2012 roku w rodzaju rehabilitacja lecznicza, w podziale na rozpoznania główne ICD 10	22
Wykres 8.	Wartość hospitalizacji rozliczana z poszczególnymi OW NFZ w 2012 w grupie E53 roku, od najwyższej do najniższej, według województw, w złotych	25
Wykres 9.	Liczba hospitalizacji raportowana i rozliczana z poszczególnymi OW NFZ w 2012 w grupie E53 roku, od najwyższej do najniższej, według województw	26
Wykres 10.	Długość hospitalizacji pacjenta (mediana) w grupie E53 w 2012 roku, wg. OW NFZ (województw), w dniach	27
Wykres 11.	Odsetek hospitalizacji pacjentów z niewydolnością serca w oddziale kardiologii do liczby hospitalizacji ogółem w podziale na województwa, w 2012 roku	30
Wykres 12.	Tryb przyjęcia pacjenta do szpitala w ramach grupy E53 w 2012 roku	31
Wykres 13.	Tryb wypisu pacjenta ze szpitala w ramach grupy E53 w 2012 roku	32
Wykres 14.	Rozkład rozliczonych hospitalizacji w grupie E53 w 2012 roku pod względem płci pacjentów	33
Wykres 15.	Odsetek sprawozdanych zgonów pacjentów w grupie E53- według województw, w 2012 roku	34
Wykres 16.	Przeciętna długość zaświadczenia lekarskiego w 2012 r. wystawionego z tytułu niewydolności serca osobom ubezpieczonym w ZUS w poszczególnych województwach	37
Wykres 17.	Liczba dni absencji chorobowej w 2012 r. osób ubezpieczonych w ZUS z tytułu niewydolności serca w poszczególnych województwach według płci	38
Wykres 18.	Struktura wieku osób z orzecznym po raz pierwszy świadczeniem rehabilitacyjnym z tytułu niewydolności serca w 2012 r.	40
Wykres 19.	Struktura orzeczeń pierwszorazowych i ponownych wydanych w 2012 r. dla celów rentowych w związku z niewydolnością serca według okresu ważności orzeczenia	44
Wykres 20.	Struktura wydatków w 2010 r. na świadczenia związane z niezdolnością do pracy spowodowaną niewydolnością serca według rodzajów świadczeń	46

8. SPIS TABEL

Tabela 1.	Najczęściej występujące rozpoznania główne u kobiet i mężczyzn powyżej 65 roku życia	11
Tabela 2.	Liczba rozliczonych hospitalizacji z powodu Niewydolności serca kobiet i mężczyzn po 65 roku życia w 2009 roku	11
Tabela 3.	Wartość realizacji świadczeń przez NFZ w zakresie Niewydolność serca w 2012 roku	12
Tabela 4.	Finansowanie świadczeń związanych z leczeniem niewydolności serca przez oddziały wojewódzkie NFZ w 2012 roku, w złotych	13
Tabela 5.	Finansowanie świadczeń w podziale na szczegółowe rozpoznania niewydolności serca według klasyfikacji ICD 10	14
Tabela 6.	Finansowanie świadczeń w podziale na szczegółowe rozpoznania niewydolności serca według klasyfikacji ICD 10 przez oddziały wojewódzkie NFZ	15
Tabela 7.	Liczba pacjentów z niewydolnością serca leczona w 2012 roku, w podziale na rodzaje świadczeń	17
Tabela 8.	Liczba pacjentów z niewydolnością serca leczona w 2012 roku, w podziale na rozpoznania według ICD-10	18
Tabela 9.	Liczba i odsetek pacjentów z niewydolnością serca w 2012 roku w rodzaju leczenie szpitalne, w podziale na rozpoznania główne ICD 10	19
Tabela 10.	Liczba i odsetek pacjentów z Niewydolnością serca w 2012 roku w rodzaju AMBULATORYJNE ŚWIADCZENIA SPECJALISTYCZNE, w podziale na rozpoznania główne ICD 10	20
Tabela 11.	Liczba i odsetek pacjentów z niewydolnością serca w 2012 roku w rodzaju rehabilitacja lecznicza, w podziale na rozpoznania główne ICD 10	21
Tabela 12.	Liczba leczonych pacjentów z niewydolnością serca w 2012 roku, z uwzględnieniem rozpoznań szczegółowych i rodzaju świadczeń	23
Tabela 13.	Liczba i wartość rozliczonych hospitalizacji w 2012 roku według poszczególnych rozpoznań ICD 10 w ramach terapii niewydolności serca w grupie E53-Niewydolność krążenia > 69 r.ż. lub z pw.	24
Tabela 14.	Wartość hospitalizacji rozliczana z poszczególnymi OW NFZ w 2012 w grupie E53 roku, od najwyższej do najniższej, według województw, w złotych	24
Tabela 15.	Liczba hospitalizacji na 100 tysięcy mieszkańców w poszczególnych województwach, w 2012 roku	28
Tabela 16.	Zbiornicze zestawienie zakresu świadczeń dotyczących hospitalizacji w grupie E53 wg. statystyki JGP w 2012 roku	28
Tabela 17.	Zestawienie zakresu świadczeń dotyczących hospitalizacji w grupie E53 wg. województw w 2012 roku	29
Tabela 18.	Odsetek hospitalizacji pacjentów z niewydolnością serca w oddziale kardiologii do liczby hospitalizacji ogółem w podziale na województwa, w 2012 roku	29
Tabela 19.	Liczba hospitalizacji i czas pobytu w ramach grupy E53 ze względu na tryb przyjęcia pacjenta w 2012 roku	30
Tabela 20.	Liczba hospitalizacji ze względu na tryb wypisu pacjenta w ramach grupy E53 w 2012 roku	31
Tabela 21.	Liczba hospitalizacji i czas pobytu ze względu na wiek pacjenta w grupie E53 w 2012 roku	33
Tabela 22.	Odsetek i liczba sprawozdanych zgonów pacjentów w grupie E53- według województw, w 2012 roku	34
Tabela 23.	Absencja chorobowa z tytułu choroby własnej osób ubezpieczonych w ZUS w 2012 roku	36
Tabela 24.	Struktura osób ubezpieczonych w ZUS, którym w 2012 roku wydano przynajmniej jedno zaświadczenie lekarskie z tytułu niezdolności do pracy spowodowanej niewydolnością serca, według wieku i płci ubezpieczonych	36

Tabela 25. Wskaźnik liczby dni absencji chorobowej z tytułu niewydolności serca w 2012 r. osób ubezpieczonych w ZUS w przeliczeniu na 1 tys. osób objętych obowiązkowym ubezpieczeniem zdrowotnym w poszczególnych województwach	39
Tabela 26. Orzeczenia ustalające uprawnienia do świadczenia rehabilitacyjnego wydane przez lekarzy orzeczników w 2012 r.	40
Tabela 27. Orzeczenia pierwszorazowe uprawniające do świadczenia rehabilitacyjnego wydane w 2012 r. z tytułu niewydolności serca	41
Tabela 28. Orzeczenia ponowne uprawniające do świadczenia rehabilitacyjnego wydane w 2012 r. z tytułu niewydolności serca	41
Tabela 29. Orzeczenia wydane przez lekarzy orzeczników ZUS dla celów rentowych	42
Tabela 30. Orzeczenia pierwszorazowe i ponowne wydane w 2012 r. przez lekarzy orzeczników ZUS dla celów rentowych z tytułu niewydolności serca według wieku i płci osób badanych	43
Tabela 31. Wydatki ogółem na świadczenia związane z niezdolnością do pracy poniesione w 2010 r.	45
Tabela 32. Wydatki ogółem na świadczenia związane z niezdolnością do pracy spowodowaną niewydolnością serca poniesione w 2010 roku według rodzajów świadczeń i płci świadczeniobiorców	46
Tabela 33. Wydatki na renty z tytułu niezdolności do pracy spowodowanej niewydolnością serca poniesione w 2010 r. według płci i województw	47





Wydawnictwo Uczelni 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

ISBN 978-83-64054-36-5