



**TOCZEŃ RUMIENIOWATY UKŁADOWY (TRU)
- CHARAKTERYSTYKA POPULACJI
LECZONEJ, OBCIĄŻENIE SYSTEMU
FINANSÓW PUBLICZNYCH
ORAZ ASPEKTY EKONOMICZNE
ZWIĄZANE Z CHOROBA**

ZE SZCZEGÓLNYM UWZGLĘDNIENIEM REKOMENDACJI
DOTYCZĄCYCH OPTYMALNEGO ZARZĄDZANIA
CHOROBA



AUTORZY - ZESPÓŁ REDAKCYJNY

Jakub Gierczyński
Dominik Golicki
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

GlaxoSmithKline Polska

© Copyright by Uczelnia Łazarskiego
Warszawa 2013
ISBN 978-83-64054-24-2

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. Analiza kosztów świadczeń finansowanych przez NFZ związanych z leczeniem TRU	6
2.1. Wprowadzenie	6
2.2. Sumaryczne koszty świadczeń finansowanych przez NFZ związane z leczeniem różnych postaci toczenia rumieniowatego układowego według klasyfikacji ICD-10	6
2.3. Finansowane koszty leczenia TRU w poszczególnych rodzajach świadczeń	9
2.4. Liczba sprawozdanych (leczonych) przez świadczeniodawców pacjentów z rozpoznaniem TRU w poszczególnych rodzajach świadczeń	11
2.5. Szczegółowe rozpoznania pacjentów wykazane w poszczególnych rodzajach świadczeń	11
2.6. Koszty TRU ponoszone przez NFZ w ramach leczenia szpitalnego opracowanego na podstawie statystyki JGP	12
2.7. Finansowanie świadczeń dla pacjentów z rozpoznaniem TRU w poszczególnych województwach	18
2.7.1. Finansowanie świadczeń w rodzaju leczenie szpitalne (hospitalizacja) dla pacjentów z rozpoznaniem TRU w poszczególnych województwach w 2012 roku	22
2.7.2. Finansowanie świadczeń w rodzaju Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna (AOS) dla pacjentów z rozpoznaniem TRU w poszczególnych województwach w 2012 roku	23
2.8. Charakterystyka finansowania oraz kosztów leczenia pacjentów z rozpoznaniem TRU w poszczególnych województwach	25
3. Analiza wydatków ZUS związanych z niepełnosprawnością i absencją chorobową u osób z rozpoznaniem TRU	32
3.1. Czasowa niezdolność do pracy – absencja chorobowa	32
3.2. Krótkoterminowa niezdolność do pracy – orzeczenia pierwszorazowe i ponowne uprawniające do świadczenia rehabilitacyjnego	36
3.3. Długotrwała niezdolność do pracy w orzeczeniach wydanych przez lekarzy orzeczników do celów rentowych	38

3.4. Wydatki na świadczenia z ubezpieczeń społecznych związane z niezdolnością do pracy	40
4. Koszty pośrednie TRU związane z utratą produktywności	44
4.1. Wprowadzenie	44
4.2. Dostępne dane ZUS	44
4.3. Absencja chorobowa	44
4.4. Krótkoterminowa niezdolność do pracy (uprawnienia do świadczenia rehabilitacyjnego)	44
4.5. Długoterminowa niezdolność do pracy (uprawnienia do renty z tytułu niezdolności do pracy)	45
4.6. Metodyka oszacowań	45
4.7. Wyniki	46
4.8. Dyskusja	47
4.9. Piśmiennictwo	47
5. Analiza chorobowości szpitalnej pacjentów z rozpoznaniem TRU na podstawie danych systemu chorobowości szpitalnej PZH	49
5.1. Wprowadzenie	49
5.2. Analiza hospitalizacji w latach 2008 - 2010	49
5.3. Charakterystyka pacjentów hospitalizowanych z powodu TRU	49
5.4. Podsumowanie	61
6. Wnioski	62
7. Rekomendacje	63
8. Spis wykresów	64
9. Spis tabel	66

1. WSTĘP

Uczelnia Łazarskiego opracowała w czerwcu 2013 roku raport pt. „Toczeń Rumieniowaty Układowy (TRU) – Charakterystyka populacji leczonej, obciążenie systemu finansów publicznych oraz aspekty ekonomiczne związane z chorobą”, mający charakter Białej Księgi. Dzięki współpracy uczelni z kluczowymi instytucjami systemu ochrony zdrowia i opieki społecznej w Polsce w dokumencie przedstawiono po raz pierwszy kompleksowe dane statystyczne i analityczne dotyczące aspektów ekonomicznych leczenia i zabezpieczania społecznego pacjentów z rozpoznaniem Toczenia Rumieniowatego Układowego.

W ramach niniejszego projektu badawczego Uczelnia Łazarskiego zwróciła się do Pani Agnieszki Pachciarz Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia z prośbą o udostępnienie szczegółowych danych dotyczących kosztów świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych przez NFZ bezpośrednio związanych z leczeniem Toczenia Rumieniowatego Układowego. Dane uzyskane z Centrali NFZ były podstawą do opracowania analiz będących rozdziałem drugim niniejszego raportu.

W ramach niniejszego projektu badawczego Uczelnia Łazarskiego zwróciła się do Pana Zbigniewa Derdziuka Prezesa Zakładu Ubezpieczeń Społecznych z prośbą o udostępnienie szczegółowych danych dotyczących wydatków ZUS związanych z niepełnosprawnością i absencją chorobową u osób z rozpoznaniem TRU. Dane uzyskane z Centrali ZUS są opublikowane w rozdziale trzecim niniejszego raportu.

Na podstawie danych uzyskanych z ZUS Pan dr n. med., mgr ekon. Dominik Golicki z Katedry i Zakładu Farmakologii Doświadczalnej i Klinicznej, W.U.M. opracował rozdział 4, omawiający koszty pośrednie TRU związane z utratą produktywności.

W ramach projektu badawczego w zakresie danych epidemiologicznych uzyskano dane z Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego-Państwowego Zakładu Higieny będące podstawą do opracowania analiz w rozdziale 5.

Pozostałe opracowania a w szczególności wnioski i rekomendacje są autorstwa pracowników i ekspertów Uczelni Łazarskiego.

Uczelnia Łazarskiego przekazuje niniejszy raport zrealizowany w formule Białej Księgi do publicznych konsultacji z intencją rozpoczęcia debaty na temat stworzenia pilotażowego projektu dotyczącego optymalnego zarządzania chorobą na przykładzie Toczenia Rumieniowatego Układowego.

Pokładamy nadzieję, że uwagi środowisk pacjentów, profesjonalistów medycznych w szczególności lekarzy reumatologów, decydentów i ekspertów w obszarze ochrony zdrowia i ubezpieczeń społecznych pozwolą stworzyć rozwiązania, które planujemy opublikować pod koniec 2013 roku w końcowym raporcie mającym charakter Zielonej Księgi.

2. ANALIZA KOSZTÓW ŚWIADCZEŃ FINANSOWANYCH PRZEZ NFZ ZWIĄZANYCH Z LECZENIEM TRU

2.1. Wprowadzenie

Toczeń Rumieniowaty Układowy (TRU) jest przewlekłą chorobą autoimmunologiczną, która generuje koszty związane bezpośrednio z leczeniem schorzenia. Wydatki te finansowane są w ramach systemu ubezpieczenia zdrowotnego i dotyczą głównie świadczeń z rodzaju lecznictwa szpitalnego, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, rehabilitacji leczniczej oraz w mniejszym zakresie lecznictwa uzdrowiskowego.

Ogólne wydatki NFZ związane z finansowaniem wszystkich świadczeń w 2012 roku wyniosły 62 153 mln zł (na podstawie Sprawozdania z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za 2012 rok).

Poniżej zaprezentowano szczegółowe dane dotyczące wydatków NFZ związanych z finansowaniem świadczeń dla pacjentów z rozpoznaniem Tocznia Rumieniowatego Układowego w podziale na poszczególne rodzaje świadczeń.

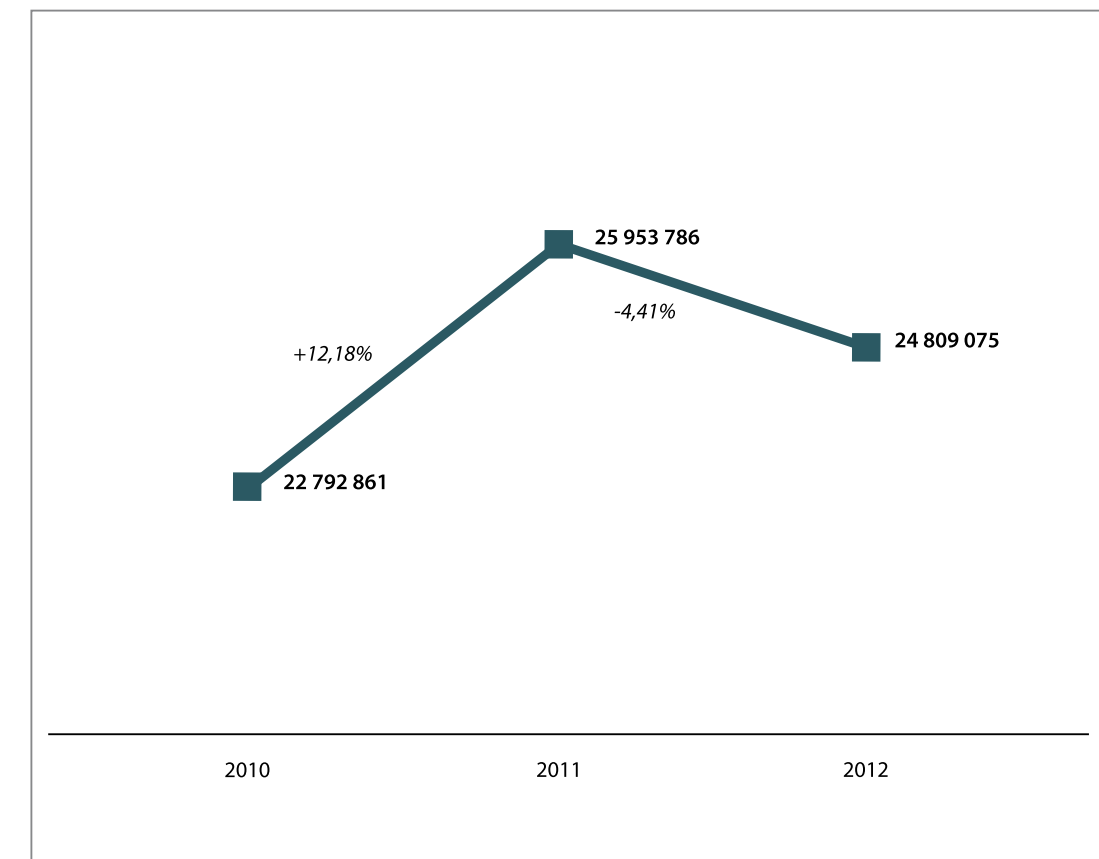
2.2. Sumaryczne koszty świadczeń finansowanych przez NFZ związane z leczeniem różnych postaci toczenia rumieniowatego układowego według klasyfikacji ICD-10

Analiza finansowania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z leczeniem Tocznia Rumieniowatego Układowego (TRU) opiera się na corocznych podsumowaniach zweryfikowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia sprawozdań sporządzonych przez świadczeniodawców w których uwzględnione są rozpoznania według międzynarodowej klasyfikacji ICD-10 i dotyczą rozpoznań z grupy M.32:

1. M32 – toczeń rumieniowaty układowy;
2. M32.0 – toczeń rumieniowaty układowy indukowany lekami;
3. M32.1 – toczeń rumieniowaty układowy z zajęciem narządów (choroba Libmana-Sacksa);
4. M32.8 – inne postaci toczenia rumieniowatego układowego;
5. M32.9 – nieokreślony toczeń rumieniowaty układowy.

W ramach umów zawartych ze świadczeniodawcami Oddziały Wojewódzkie NFZ sfinansowały w 2012 roku świadczenia związane z leczeniem pacjentów z rozpoznaniem toczeniem (TRU) w wysokości ponad 24,8 mln złotych. W porównaniu do 2011 roku w którym ogólna wartość sfinansowanych świadczeń przez NFZ wyniosła ponad 25,9 mln zł finansowanie świadczeń dla pacjentów z tą jednostką chorobową nieznacznie uległy zmniejszeniu tj. o 4,41%. Analizując natomiast koszty świadczeń w 2011 roku w porównaniu do 2010 roku tj. 22,8 mln zł odnotowano znaczący ich wzrost wynoszący aż 12,18%. Prawdopodobnie ma to związek ze zmianą sposobu finansowania świadczeń w ramach Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej wprowadzoną przez NFZ od 1 lipca 2011 r. oraz wzrostem liczby hospitalizowanych pacjentów w 2011 roku. Pokazuje to wykres poniżej.

Wykres 1. Ogólne koszty świadczeń finansowanych przez NFZ związane z leczeniem różnych postaci toczenia w latach 2010-2012



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

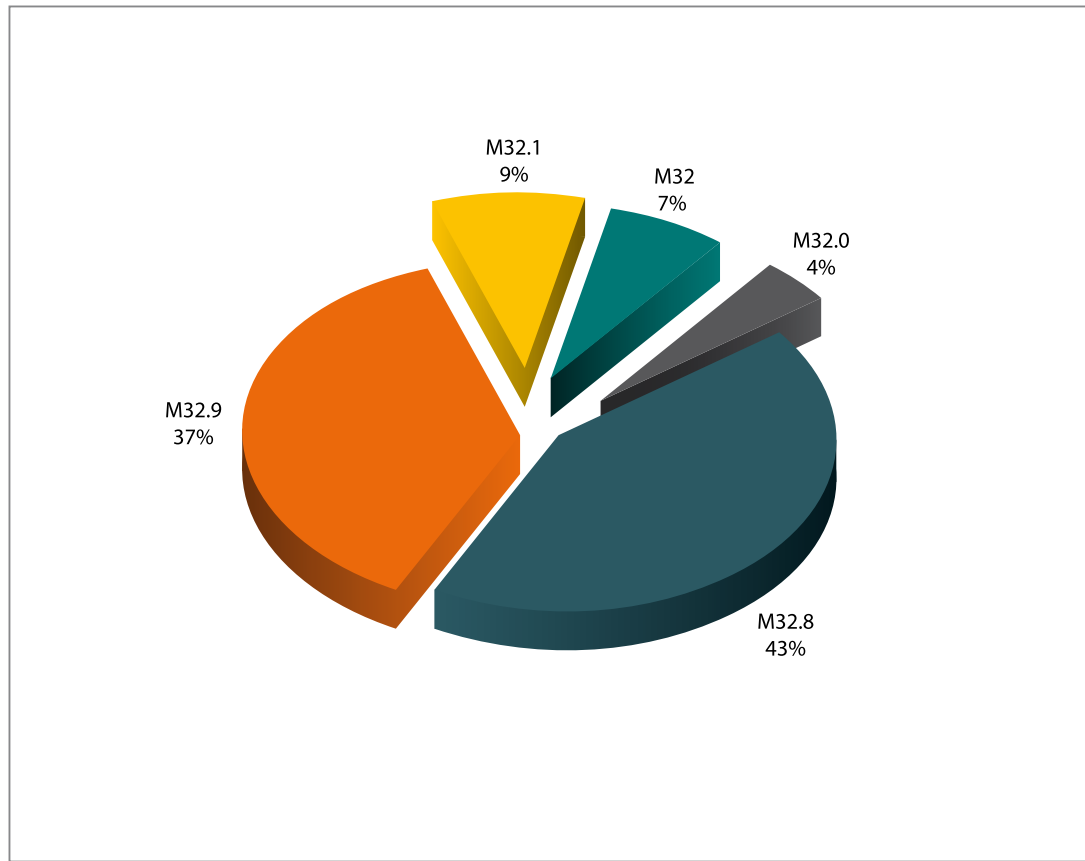
W ramach oceny wydatków NFZ związanych z finansowaniem świadczeń dla pacjentów ze szczegółowym rozpoznaniem toczenia dokonano analizy procentowego rozkładu finansowania rozpoznań z grupy M32.

Największe koszty w 2012 roku na związane były z leczeniem pacjentów z dwoma rozpoznaniem M.32.8 (Inne postaci toczenia rumieniowatego układowego) wynoszące 10 679 781 złotych (43%), oraz M32.9 (Nieokreślony toczeń rumieniowaty układowy) wynoszące 9 267 280 złotych (37%). Oznacza to, że dla tych dwóch rozpoznań koszty NFZ stanowią 80 % wszystkich kosztów związanych z finansowaniem leczenia toczenia.

Znacząco mniejsze wydatki związane są finansowaniem leczenia pozostałych postaci i rozpoznań toczenia:

- M32.1 (Toczeń rumieniowaty układowy z zajęciem narządów-choroba Libman-Sacksa) 2 249 114 złotych (9%),
- M32 (Toczeń rumieniowaty układowy) 1 740 525 złotych (7%),
- M32.0 (Toczeń rumieniowaty układowy indukowany lekami - 872 375 złotych (4%).

Wykres 2. Rozkład procentowy finansowania NFZ rozpoznań w grupie M32 w 2012 roku



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

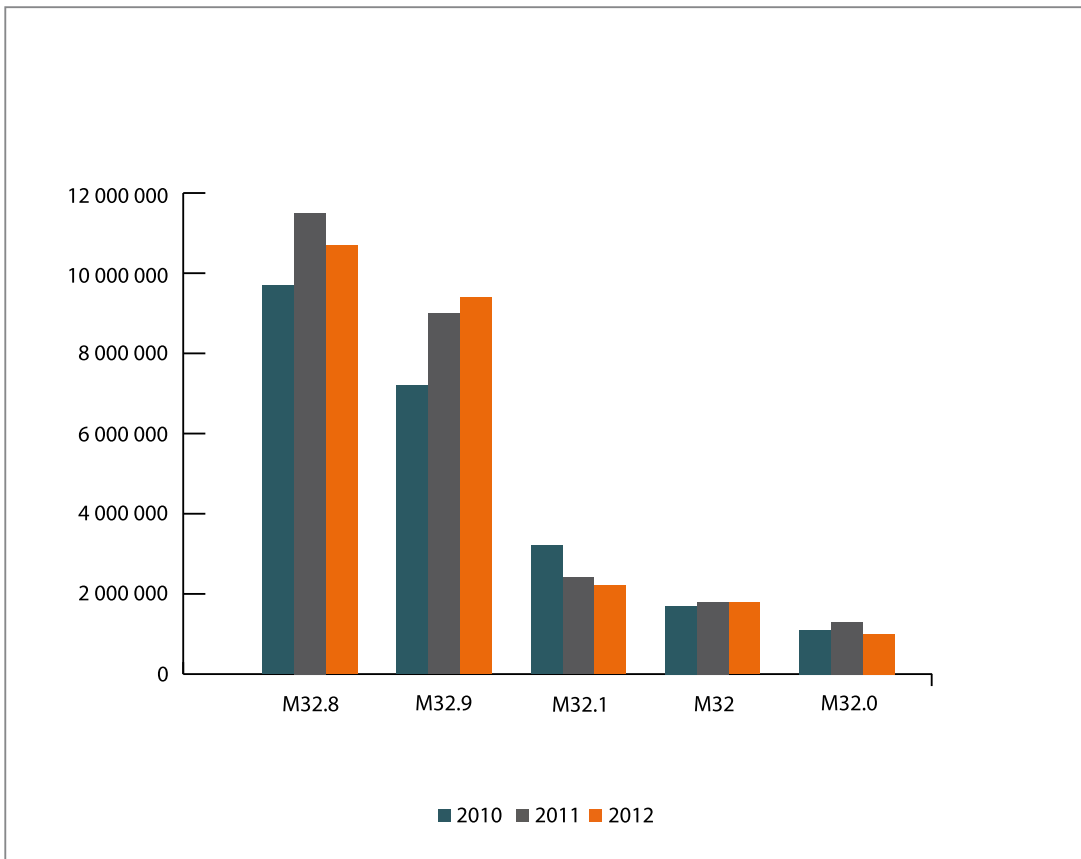
Podobne proporcje występowały w latach 2010-2011. Poniższa tabela przedstawia nakłady NFZ na finansowanie poszczególnych rozpoznań w ramach grupy M32 w latach 2010-2012.

Tabela 1. Sumaryczna wartość kosztów związanych z finansowaniem świadczeń według rozpoznań w grupie M32 w latach 2010-2012

Rozpoznanie / nakłady w złotych	2010	2011	2012
M32.8 – inne postacie toczenia rumieniowatego układowego	9 850 134	11 398 979	10 679 781
M32.9 – nieokreślony toczeń rumieniowaty układowy	7 080 708	8 984 048	9 267 280
M32.1 – toczeń rumieniowaty układowy z zajęciem narządów (choroba Libmana-Sacksa)	3 249 361	2 582 939	2 249 114
M32 – toczeń rumieniowaty układowy	1 575 891	1 792 105	1 740 525
M32.0 – toczeń rumieniowaty układowy indukowany lekami	1 036 767	1 195 715	872 375
Razem	22 792 861	25 953 786	24 809 075

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Wykres 3. Sumaryczna wartość kosztów związanych z finansowaniem świadczeń według rozpoznań w grupie M32 w latach 2010-2012



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

2.3. Finansowane kosztów leczenia TRU w poszczególnych rodzajach świadczeń

W oparciu o dane uzyskane z Centrali NFZ dokonano analizy finansowania świadczeń w poszczególnych rodzajach .

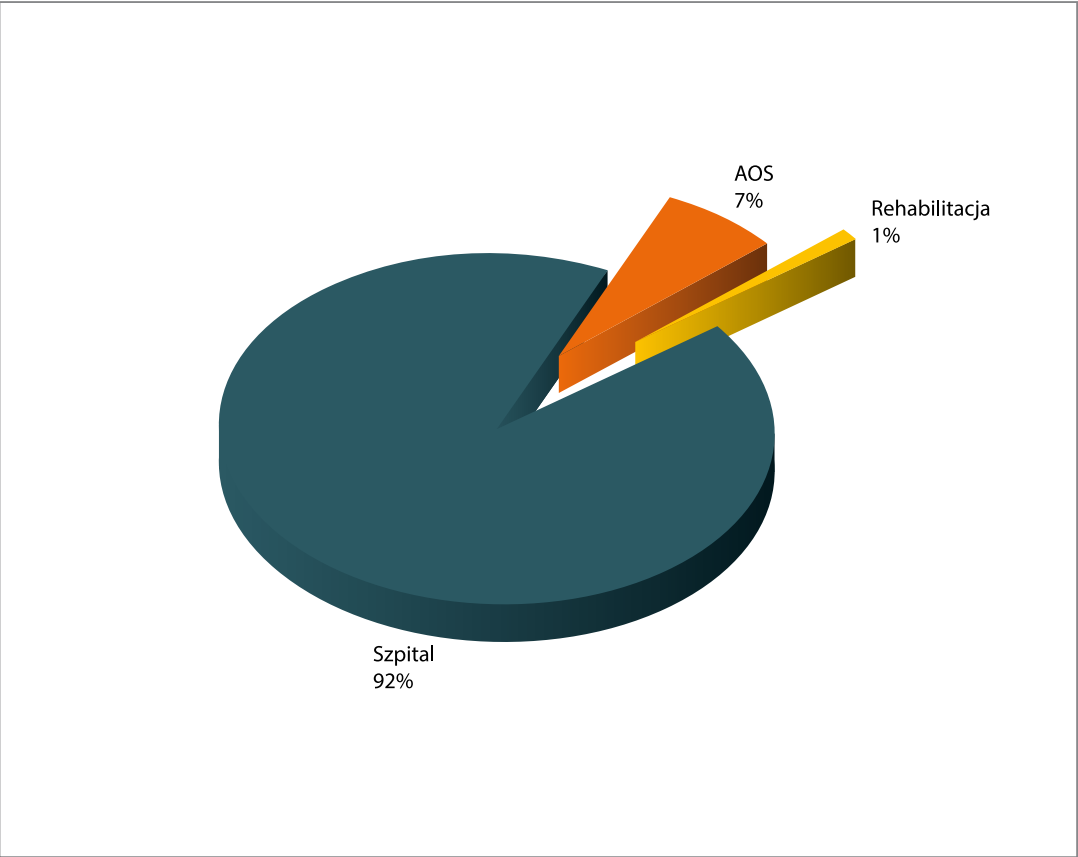
Zdecydowanie największe wydatki NFZ w 2012 związane są z leczeniem toczenia w warunkach szpitalnych (hospitalizacja) w ramach umów lecznictwo szpitalne tj. 21 184 856 złotych. Świadczenia w poradniach specjalistycznych finansowanych w ramach umów w rodzaju Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna NFZ sfinansował o wartości ponad trzynastokrotnie mniejszej tj. 1 650 644 zł. Bardzo niepokojące są wydatki ponoszone na rehabilitację pacjentów z rozpoznaniem toczenia, gdyż wartość tych to zaledwie 187 810 zł.

Finansowanie przez NFZ pobytów pacjentów z rozpoznaniem toczenia w uzdrowiskach w ramach lecznictwa uzdrowiskowego wyniosło zaledwie 34 767 złotych.

Niewielka wartość świadczeń w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna i stomatologia związana jest brakiem konieczności przekazywania precyzyjnych danych w zakresie rozpoznań ICD 10 w sprawozdaniach i rozliczaniach obowiązujących świadczeniodawców realizujących umowy w tych rodzajach.

Analogiczne proporcje wydatków występowały w latach 2010-2011.

Wykres 4. Proporcja wydatków NFZ tytułem leczenia toczenia według rodzajów świadczeń



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Tabela 2. Wartość finansowania leczenia TRU przez NFZ według poszczególnych rodzajów świadczeń w latach 2010-2012

Rodzaje świadczeń / Wydatki w złotych	2010	2011	2012
Leczenie szpitalne	21 084 688	22 564 255	21 184 856
Ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne	1 359 915	1 463 462	1 650 644
Rehabilitacja lecznicza	172 875	156 073	187 810
Lecznictwo uzdrowskowe	109 046	143 410	34 767
Leczenie stomatologiczne	14 136	11 080	2 280
Podstawowa opieka zdrowotna	1 243	765	766

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

W na podstawie danych ze „Sprawozdania z działalności NFZ za 2012 rok” ogólne koszty świadczeń Funduszu w rodzaju Leczenie Szpitalne wyniosły 29 437 mln zł w tym wydatki na leczenie pacjentów z rozpoznaniem toczenia 21,8 mln zł co stanowi 0,07% wydatków tym rodzaju.

Ogólne koszty świadczeń w rodzaju Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna wyniosły 5 056 mln w tym wydatki na leczenie pacjentów z rozpoznaniem toczenia 1,6 mln zł co stanowi 0.03% wydatków w tym rodzaju.

W ramach lecznictwa uzdrowskowego NFZ sfinansował świadczenie w wysokości 592 mln zł w tym pobyty uzdrowskowe pacjentów z rozpoznaniem toczenia wyniosły 0,03 mln zł stanowiąc 0,005% wydatków NFZ w tym zakresie.

2.4. Liczba sprawozdanych (leczonych) przez świadczeniodawców pacjentów z rozpoznaniem TRU w poszczególnych rodzajach świadczeń

Sumaryczna liczba pacjentów u których jako główne wskazane zostało jedno z rozpoznań ICD10 od M32 do M32.9 i którym udzielono świadczeń z zakresu ambulatoryjna opieka specjalistyczna lub lecznictwo szpitalne wyniosła **12 448** oraz **12 972** odpowiednio w roku **2011** i **2012** (wartość nie uwzględnia pacjentów którzy uzyskali świadczenia wyłącznie w ramach POZ).

Jeden pacjent może w trakcie roku uzyskać świadczenia w kilku rodzajach sprawozdawanych świadczeń. W ramach realizowanych świadczeń największą liczbą pacjentów sprawozdano w ramach umów w rodzaju Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna. W poradniach specjalistycznych udzielono porad 12 735 pacjentów z rozpoznaniem toczenia. W ramach podstawowej opieki specjalistycznej lekarze rodzinni sprawozdali udzielenie świadczeń dla 6 584 z tym rozpoznaniem. Liczba hospitalizowanych pacjentów z rozpoznaniem toczenia w oddziałach szpitalnych wyniosła 3552 pacjentów.

Tabela 3. Liczba pacjentów z rozpoznaniem TRU sprawozdana przez świadczeniodawców w poszczególnych rodzajach w latach 2010-2012 (jeden pacjent może figurować w kilku rodzajach udzielonych świadczeń)

Liczba pacjentów	2010	2011	2012
Ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne (AOS)	11 764	12 610	12 735
Podstawowa opieka zdrowotna (POZ)	5 393	5 689	6 584
Leczenie szpitalne	3 652	3 744	3 552
Rehabilitacja lecznicza	615	583	604
Profilaktyczne programy zdrowotne	27	19	18
Lecznictwo uzdrowskowe	18	17	10

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Z powyższych zestawień wynika , że zdecydowania większość pacjentów z rozpoznaniem toczenia rumieniowatego układowego (TRU) udzielane ma świadczenia w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

2.5. Szczegółowe rozpoznania pacjentów wykazane w poszczególnych rodzajach świadczeń

Największa ilość sprawozdanych pacjentów udzielona miała świadczenie z rozpoznaniem M32 (12 380), najmniej z rozpoznaniem M32.1 (946). Klasyfikację liczby pacjentów według wykazanych rozpoznań ICD-10 pokazuje tabela poniżej.

Tabela 4. Sumaryczna liczba pacjentów według rozpoznań w grupie M32 w latach 2010-2012, w kolejności od największej do najmniejszej we wszystkich rodzajach świadczeń (wartości w poszczególnych wierszach nie podlegają sumowaniu, ze względu na możliwość sprawozdawania jednego pacjenta z różnym rozpoznaniem szczegółowym przy różnych rodzajach świadczeń)

Rozpoznanie/liczba pacjentów	2010	2011	2012
M32 – toczeń rumieniowaty układowy	11 486	12 420	12 380
M32.8 – Inne postacie toczenia rumieniowatego układowego	2 528	3 057	3 255
M32.9 – nieokreślony toczeń rumieniowaty układowy	1 914	2 370	2 768
M32.1 – toczeń rumieniowaty układowy z zajęciem narządów (choroba Libman-Sacksa)	715	853	946
M32.0 – toczeń rumieniowaty układowy indukowany lekami	662	730	698

Źródło. Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

2.6. Koszty TRU ponoszone przez NFZ w ramach leczenia szpitalnego opracowane na podstawie statystyki JGP

W na podstawie danych sprawozdawczych uzyskiwanych od świadczeniodawców realizujących umowy w rodzaju leczenia szpitalnego NFZ corocznie publikuje zestawienia obejmujące statystyki Jednorodnych Grup Pacjentów (JGP). Dane dotyczące hospitalizacji pacjentów z rozpoznaniem toczenia oznaczonego w klasyfikacji ICD-10 M32 sprawozdawane są w ramach grupy „H96-Układowe choroby tkanki łącznej” wchodzącej w skład Katalogu H „Choroby układu mięśniowo-szkieletowego”. W katalogu tym znajduje się „Grupa H96-Układowe choroby tkanki łącznej”. Hospitalizacje pacjentów w okresie od 2010 do 2012 roku dotyczyły rozpoznań:

- M32.8 Inne postacie toczenia rumieniowatego układowego,
- M32.9 Nieokreślony toczeń rumieniowaty układowy,
- M32.0 Toczeń rumieniowaty układowy indukowany lekami.

Pacjenci z rozpoznaniami M32.8, M32.9 oraz M32.0 stanowili w 2012 roku 21,32% wszystkich sprawozdanych i rozliczonych świadczeń szpitalnych z powodu układowych chorób tkanki łącznej (H96). W latach 2011-2010 odpowiednio 24,20% i 24,79%. Pokazuje to zestawienie poniżej.

Tabela 5. Odsetek rozliczonych świadczeń szpitalnych w ramach rozpoznań M32.8, M32.9 oraz M32.0 w grupie H96

Rozpoznanie / odsetek rozliczeń w ramach grupy H96	2010	2011	2012
M32.8 – inne postacie toczenia rumieniowatego układowego	12,74%	12,56%	11,11%
M32.9 – nieokreślony toczeń rumieniowaty układowy	10,41%	10,33%	10,21%
M32.0 – toczeń rumieniowaty układowy indukowany lekami	1,64%	1,31%	brak
Razem M32.8 + M32.9 + M32.0	24,79%	24,20%	21,32%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

W grupie H96 istotną pozycję (18,39%) w 2012 roku zajmowali pacjenci z rozpoznaniem M35,9 (Nieokreślone układowe zajęcie tkanki łącznej). To rozpoznanie chorobowe często dotyczy pacjentów będących w trakcie diagnostyki, u których w pomniejszym okresie stwierdza się rozpoznanie toczenia układowego rumieniowatego. W roku 2011 rozpoznanie M35.9 stanowiło 16,85%, a w roku 2010-17,02% wszystkich rozpoznań w ramach grupy H96. Pokazuje to tabela poniżej.

Tabela 6. Odsetek rozliczonych świadczeń szpitalnych w ramach rozpoznania M35.9 w grupie H96

Rozpoznanie / odsetek rozliczeń w ramach grupy H96	2010	2011	2012
M35.9 – nieokreślone układowe zajęcie tkanki łącznej	17,02%	16,85%	18,39%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Szacunkowo należy przyjąć, że ogólna liczba pacjentów z rozpoznaniem toczenia i będących w trakcie jego diagnostyki wyniosła w 2012 roku w grupie H96 blisko 40% (39,71%). W latach 2010 i 2011 proporcja ta kształtowała się na podobnym poziomie. Patrz zestawienie.

Tabela 7. Odsetek rozliczonych świadczeń szpitalnych w ramach rozpoznań M35.9 oraz M32.8, M32.9, M32.0 w grupie H96

Rozpoznanie / odsetek rozliczeń w ramach grupy H96	2010	2011	2012
M35.9 – nieokreślone układowe zajęcie tkanki łącznej	17,02%	16,85%	18,39%
M32.8 + M32.9 + M32.0	24,79%	24,20%	21,32%
Razem M35.9 + M32.8 + M32.9 + M32.0	41,81%	41,05%	39,71%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

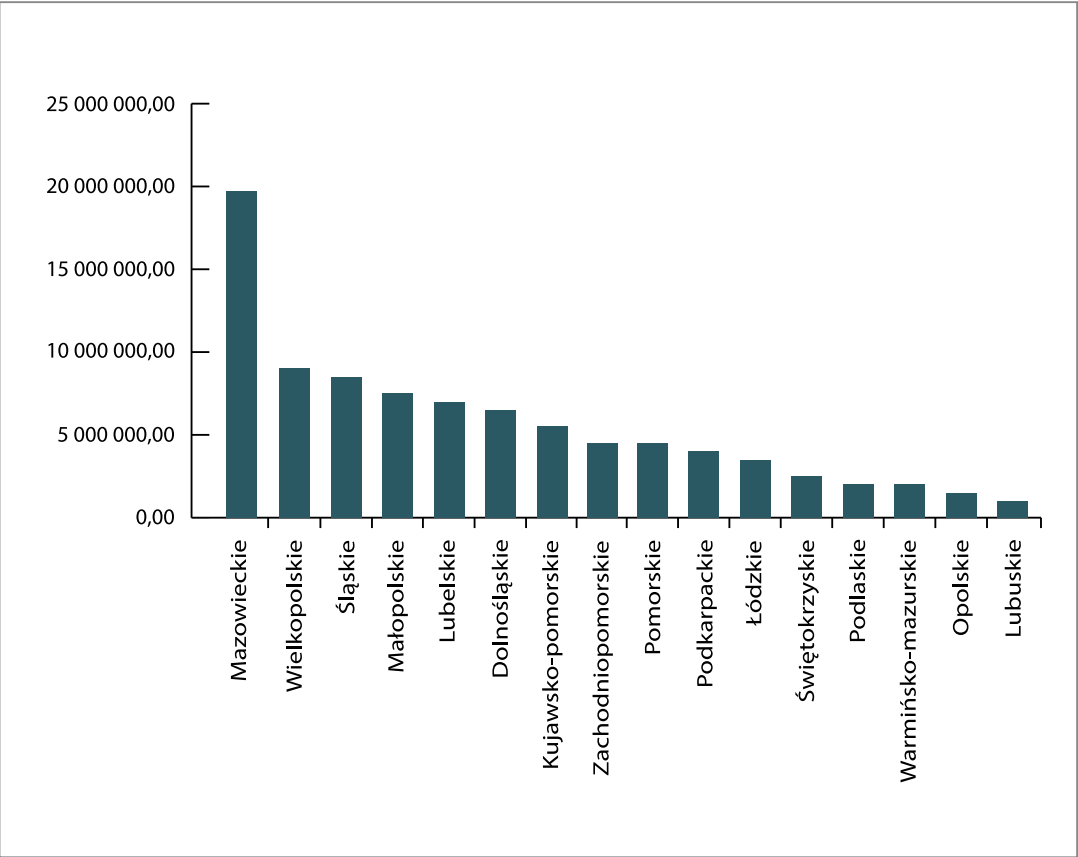
Według statystyki JGP liczba hospitalizacji w całej grupie H96 (Układowe choroby tkanki łącznej) w 2012 roku wyniosła 20 516 (kod produktu jednostkowego: 5.51.01.0008096). Wartość hospitalizacji w grupie H96 wyniosła w 2012 roku 85 139 722,86 złotych. Najwięcej na hospitalizację pacjentów z leczonych z powodu układowych chorób tkanki łącznej wydano w województwie mazowieckim (19 693 860,57 zł), wielkopolskim (9 024 733,08 zł) oraz śląskim (8 772 723,72 zł). Najmniej w województwie lubuskim (509 652 zł) i opolskim (928 952,34 zł). Patrz zestawienie i wykres poniżej.

Tabela 8. Wartość hospitalizacji w grupie H96 w 2012 roku w poszczególnych województwach

Województwo	Koszt hospitalizacji H96 – ogółem w zł
Mazowieckie	19 693 860,57
Wielkopolskie	9 024 733,08
Śląskie	8 772 723,72
Małopolskie	7 273 035,99
Lubelskie	6 655 009,01
Dolnośląskie	6 261 314,26
Kujawsko-pomorskie	5 648 941,04
Zachodniopomorskie	4 373 360,84
Pomorskie	4 249 069,63
Podkarpackie	3 684 809,35
Łódzkie	3 436 490,97
Świętokrzyskie	2 038 848,30
Podlaskie	1 308 475,20
Warmińsko-mazurskie	1 280 446,56
Opolskie	928 952,34
Lubuskie	509 652
Razem	85 139 722,86

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

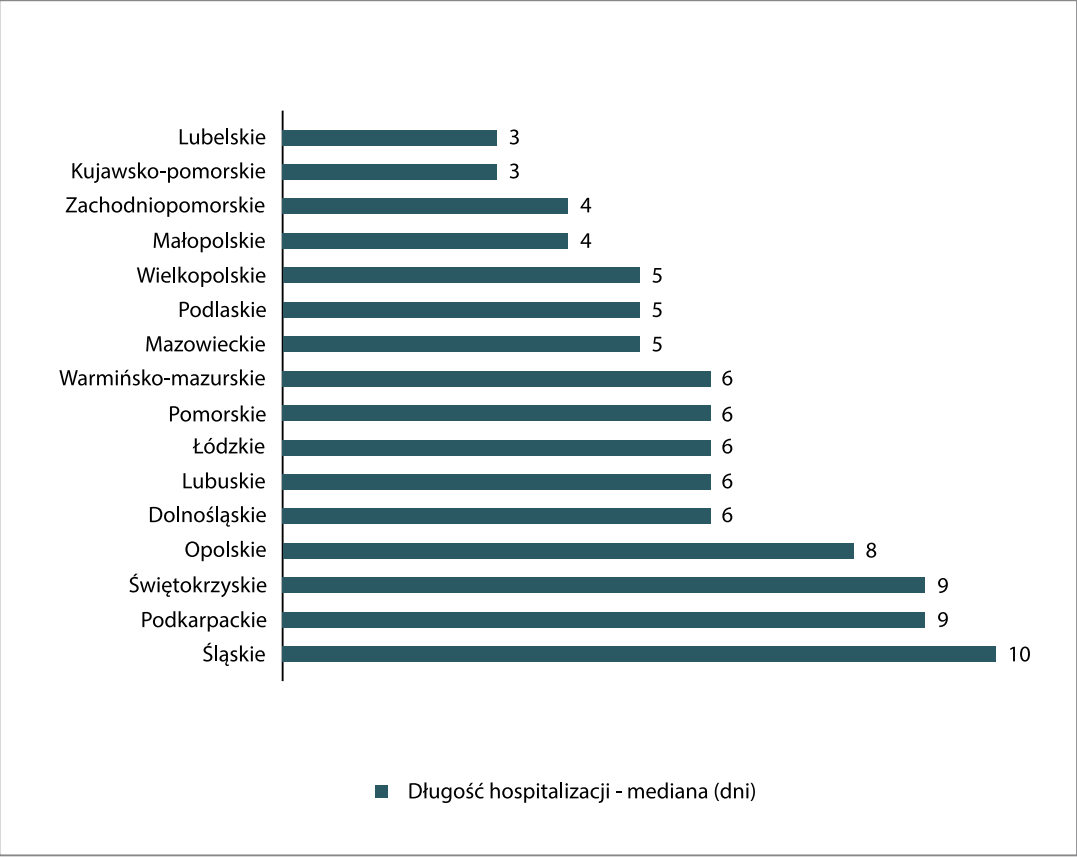
Wykres 5. Wartość hospitalizacji w grupie H96 w 2012 roku w poszczególnych województwach



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Średni czas hospitalizacji w grupie H96 w 2012 roku wyniósł 5 dni. Najdłużej przebywali w szpitalu pacjenci w województwach śląskim (średni czas 10 dni), podkarpackim i świętokrzyskim (9 dni), najkrócej w województwach lubelskim i kujawsko-pomorskim (3 dni). Pokazuje to wykres poniżej.

Wykres 6. Średni czas hospitalizacji pacjenta w grupie H96 w 2012 roku, w poszczególnych województwach



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Średnia wartość rozliczeniowa hospitalizacji w grupie H96 wyniosła 4 149,92 złotych. Najwięcej świadczeń w ramach leczenia szpitalnego rozliczyły oddziały reumatologiczne (61,94%), oddziały chorób wewnętrznych (17,50%) i oddziały dermatologiczne (8,22%). Szczegółowe zestawienie danych nt. hospitalizacji w grupie H96 przedstawia tabela poniżej.

Tabela 9. Szczegółowe zestawienie danych dotyczących hospitalizacji w grupie H96 według statystyki JGP w 2012 roku

Zakres świadczeń	Liczba hospitalizacji	Udział (proc.)	Mediana czasu pobytu (dni)
03.4280.030.02 – reumatologia – hospitalizacja	12 708	61,94	6
03.4000.030.02 – choroby wewnętrzne – hospitalizacja	3 590	17,50	5
03.4200.030.02 – dermatologia i wenerologia – hospitalizacja	1 686	8,22	4
03.4281.030.02 – reumatologia dziecięca – hospitalizacja	940	4,58	2
03.4401.030.02 – pediatria – hospitalizacja	748	3,65	3
03.4080.030.02 – immunologia kliniczna – hospitalizacja	319	1,55	4

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

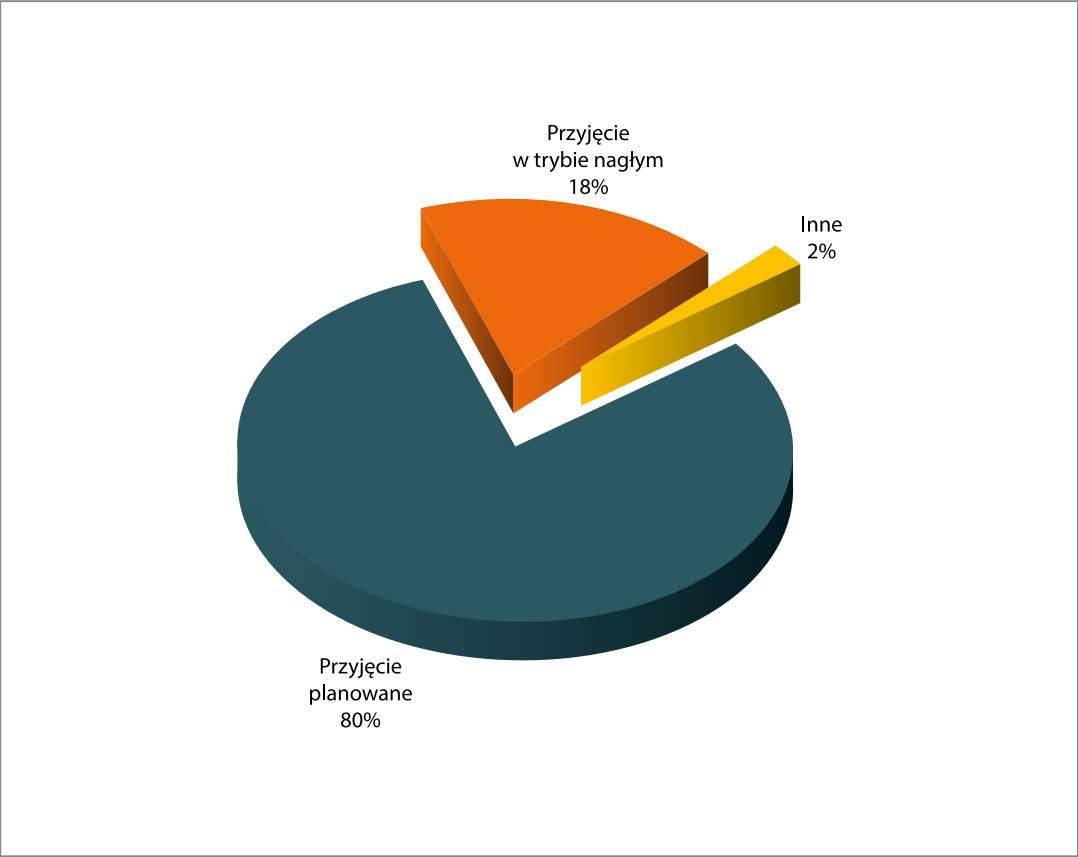
Pod względem trybu przyjęcia do szpitala, przyjęcia planowe istotnie przeważały (79,63%) nad przyjęciami nagłymi (18,35%). Pokazuje to tabela i wykres.

Tabela 10. Liczba hospitalizacji i czas pobytu w ramach grupy H96 ze względu na tryb przyjęcia pacjenta w 2012 roku

Tryb przyjęcia	Liczba hospitalizacji	Udział (proc.)	Mediana czasu pobytu (dni)
Przyjęcie planowe na podstawie skierowania	16 337	79,63	4
Przyjęcie w trybie nagłym – inne przypadki	3 764	18,35	8
Przyjęcie w trybie nagłym w wyniku przekazania przez zespół ratownictwa medycznego	229	1,12	10
Przyjęcie planowe osoby, która skorzystała ze świadczeń opieki zdrowotnej poza kolejnością, zgodnie z uprawnieniami przysługującymi jej na podstawie ustawy	168	0,82	9
Przeniesienie z innego szpitala	16	0,08	15

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Wykres 7. Tryb przyjęcia pacjenta do szpitala w ramach grupy H96 w 2012 roku



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

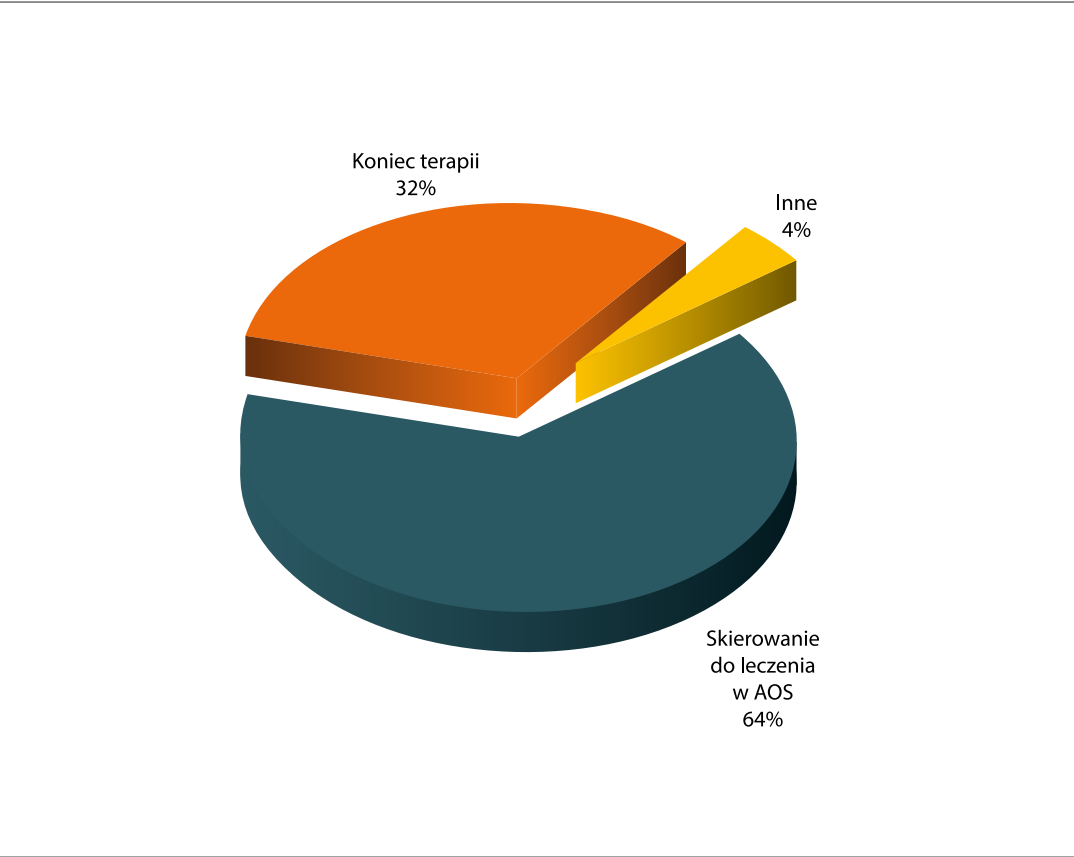
Należy zaznaczyć, że 64,20% hospitalizowanych pacjentów było kierowanych przy wypisie ze szpitala do kontynuacji leczenia w trybie ambulatoryjnym. Natomiast u 32% hospitalizowanych proces terapeutyczny zakończył się w szpitalu. Patrz tabela i wykres.

Tabela 11. Liczba hospitalizacji ze względu na tryb wypisu pacjenta w ramach grupy H96 w 2012 roku

Tryb wypisu	Liczba hospitalizacji	Udział (proc.)	Mediana czasu pobytu (dni)
Skierowanie do dalszego leczenia w lecznictwie ambulatoryjnym	13 172	64,20	4
Zakończenie procesu terapeutycznego lub diagnostycznego	6 589	32,12	7
Skierowanie do dalszego leczenia w innym szpitalu	387	1,89	7
Skierowanie do dalszego leczenia w innym niż szpital przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne	192	0,94	0
Wypisanie na własne żądanie	89	0,43	3
Zgon pacjenta	84	0,41	8

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Wykres 8. Tryb wypisu pacjenta ze szpitala w ramach grupy H96 w 2012 roku



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Pod względem płci wśród hospitalizowanych pacjentów dominowały kobiety (78,54%). Biorąc pod uwagę wiek pacjenta w grupie H96 najwięcej było osób w przedziale wiekowym od 41-60 roku życia(37,77%), a odsetek osób do 60 roku życia wyniósł 71,84%. Patrz dane poniżej.

Tabela 12. Liczba hospitalizacji i czas pobytu ze względu na wiek pacjenta w grupie H96 w 2012 roku

Wiek pacjenta (rok życia)	Liczba hospitalizacji	Udział (proc.)	Mediana czasu pobytu (dni)
Poniżej 1	19	0,09	2
1 - 6	424	2,07	4
7 - 18	1 800	8,77	3
19 - 40	4 747	23,14	4
41 - 60	7 749	37,77	6
61 - 80	5 293	25,80	8
81 i więcej	484	2,36	9

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

2.7. Finansowanie świadczeń dla pacjentów z rozpoznaniem TRU w poszczególnych województwach

W 2012 roku NFZ najwięcej sfinansował świadczeń w ramach leczenia pacjentów z rozpoznaniem M32 w trybie szpitalnym 21 213 819 zł i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS) 1 651 841,00 zł. Całkowite koszty świadczeń związane z leczeniem pacjentów z TRU wyniosły 24 809 076 złotych.

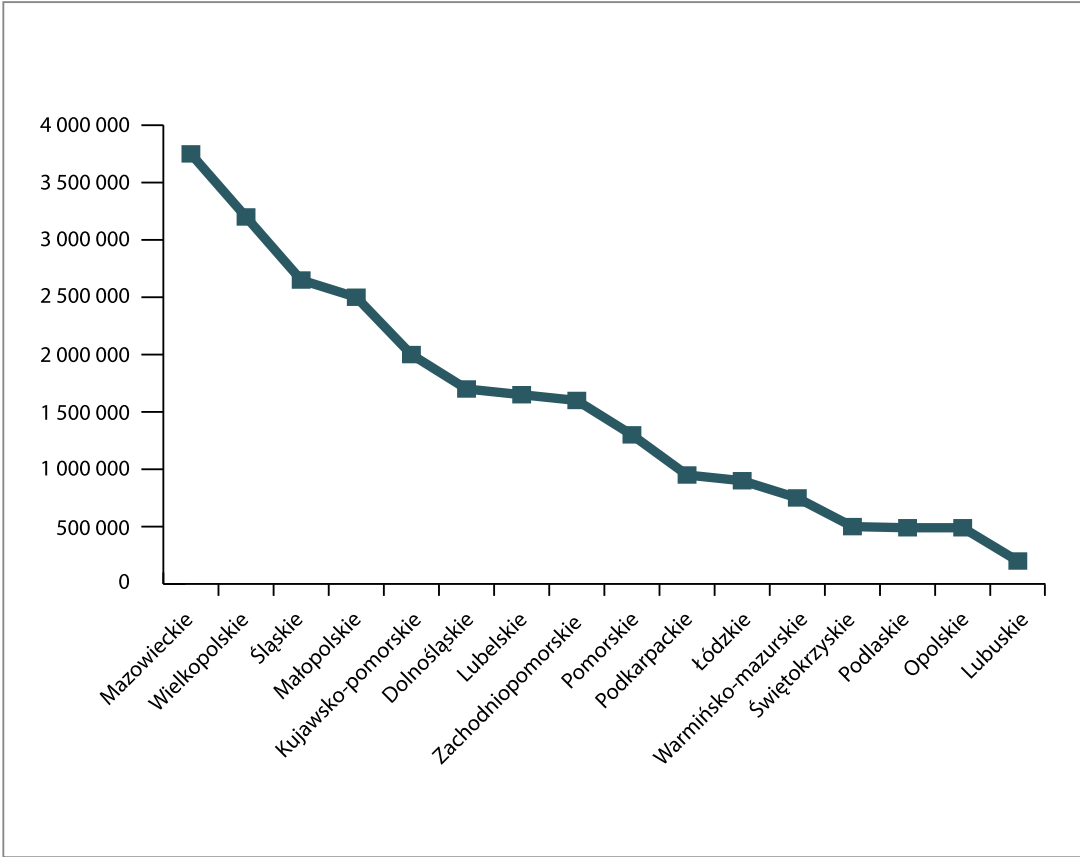
Najwyższy poziom finansowania świadczeń opieki zdrowotnej związany leczeniem toczenia rumieniowatego układowego (TRU) odnotowano w województwie mazowieckim 3 691 167 złotych i wielkopolskim 3 148 062 złotych. Pokazuje to tabela oraz wykres poniżej.

Tabela 13. Finansowanie świadczeń dla pacjentów z rozpoznaniem TRU w poszczególnych województwach w latach 2010-2012, w złotych

Województwa / Nakłady w złotych	2010	2011	2012
Mazowieckie	3 676 098	4 089 181	3 691 167
Wielkopolskie	2 572 612	2 926 005	3 148 062
Śląskie	2 876 240	2 672 950	2 694 196
Małopolskie	1 865 176	2 972 362	2 517 529
Kujawsko-pomorskie	1 956 625	2 138 102	2 027 589
Dolnośląskie	1 740 628	1 784 075	1 834 500
Lubelskie	1 620 571	1 848 041	1 793 903
Zachodniopomorskie	1 909 367	1 695 613	1 678 815
Pomorskie	1 369 154	1 671 223	1 326 274
Podkarpackie	642 307	1 218 561	944 371
Łódzkie	776 953	928 082	886 263
Warmińsko-mazurskie	554 513	620 167	750 903
Świętokrzyskie	379 961	442 180	522 001
Podlaskie	459 986	401 681	414 923
Opolskie	323 758	436 488	409 130
Lubuskie	68 912	109 075	169 450
Razem	22 792 862	25 953 786	24 809 076

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Wykres 9. Finansowanie świadczeń dla pacjentów z rozpoznaniem TRU w poszczególnych województwach w 2012 roku



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

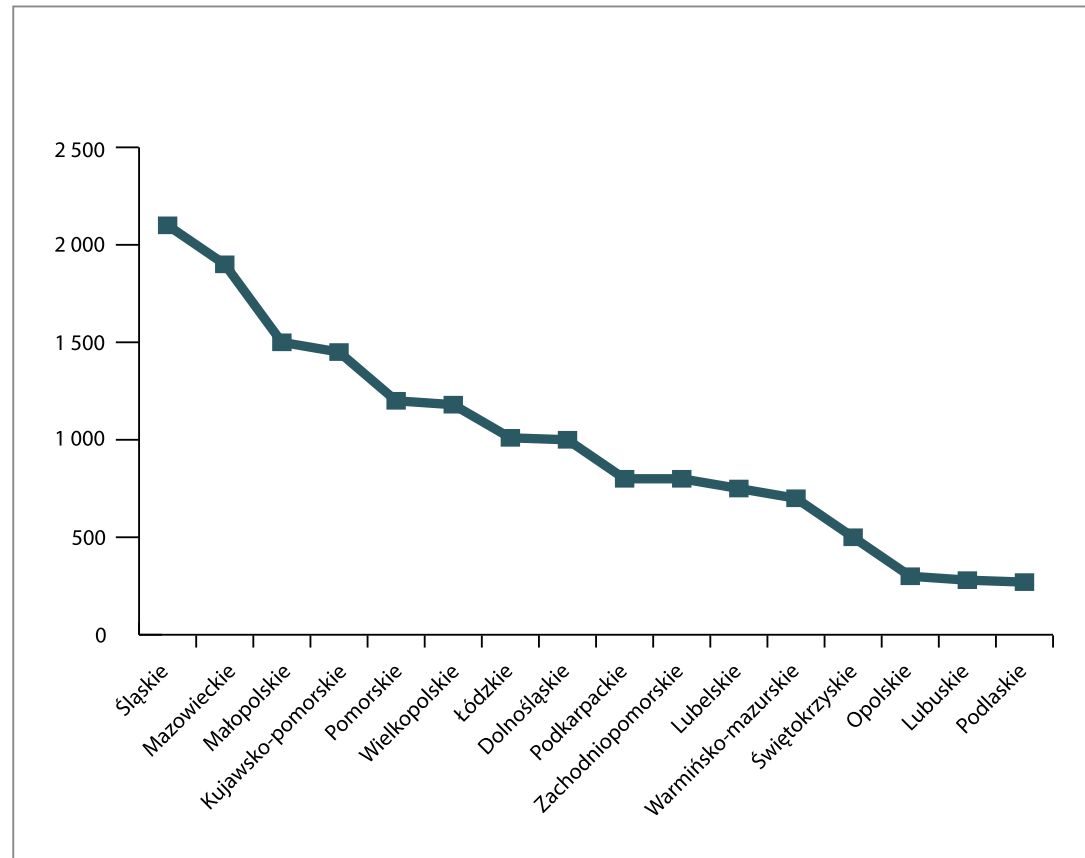
Największą liczbą leczonych pacjentów z rozpoznaniem toczenia rumieniowatego układowego odnotowano w 2012 roku w województwie śląskim 2 091, mazowieckim 1 899, i małopolskim 1 531. Patrz tabela i wykres poniżej.

Tabela 14. Liczba pacjentów z rozpoznaniem TRU według województw w 2012 roku, od najwyższej do najniższej

Województwo	2010	2011	2012
Śląskie	1 949	2 115	2 091
Mazowieckie	1 841	1 923	1 899
Małopolskie	1 065	1 278	1 531
Kujawsko-pomorskie	1 368	1 338	1 453
Pomorskie	1 125	1 281	1 210
Wielkopolskie	1 159	1 148	1 186
Łódzkie	1 020	1 073	1 027
Dolnośląskie	806	968	1 003
Podkarpackie	610	753	862
Zachodniopomorskie	786	818	858
Lubelskie	799	790	789
Warmińsko-mazurskie	616	652	681
Świętokrzyskie	420	468	492
Opolskie	276	303	334
Lubuskie	146	244	290
Podlaskie	260	260	247
Razem	14 246	15 412	15 953

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Wykres 10. Liczba pacjentów z rozpoznaniem TRU według województw w 2012 roku



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Biorąc pod uwagę nakłady NFZ przeznaczone na leczenie pacjentów z rozpoznaniem TRU oraz liczbę pacjentów w każdym województwie można obliczyć średni roczny koszt leczenia pacjenta z rozpoznaniem TRU w danym województwie w 2012 roku. Najwięcej przeznaczono na leczenie 1 pacjenta z rozpoznaniem TRU w województwie wielkopolskim (2 654 zł), lubelskim (2 274 zł), zachodniopomorskim (1 957 zł) oraz mazowieckim (1 944 zł). Najmniej wydano na 1 pacjenta z rozpoznaniem TRU w województwie lubuskim (584 zł) i łódzkim (863 zł). Te znaczące różnice spowodowane są bardzo ograniczoną dostępnością do leczenia i diagnostyki w ramach hospitalizacji w oddziale reumatologicznym w występującą województwach świętokrzyskim, łódzkim i lubuskim .

W województwach wielkopolskim, lubelskim, zachodniopomorskim , mazowieckim i dolnośląskim świadczenia realizowane są przez wysokospecjalistyczne reumatologiczne ośrodki szpitalne mające ogromne doświadczenie w diagnostyce i leczeniu TRU.

Ośrodki te realizują świadczenie w warunkach szpitalnych także dla pacjentów spoza swojego województwa .

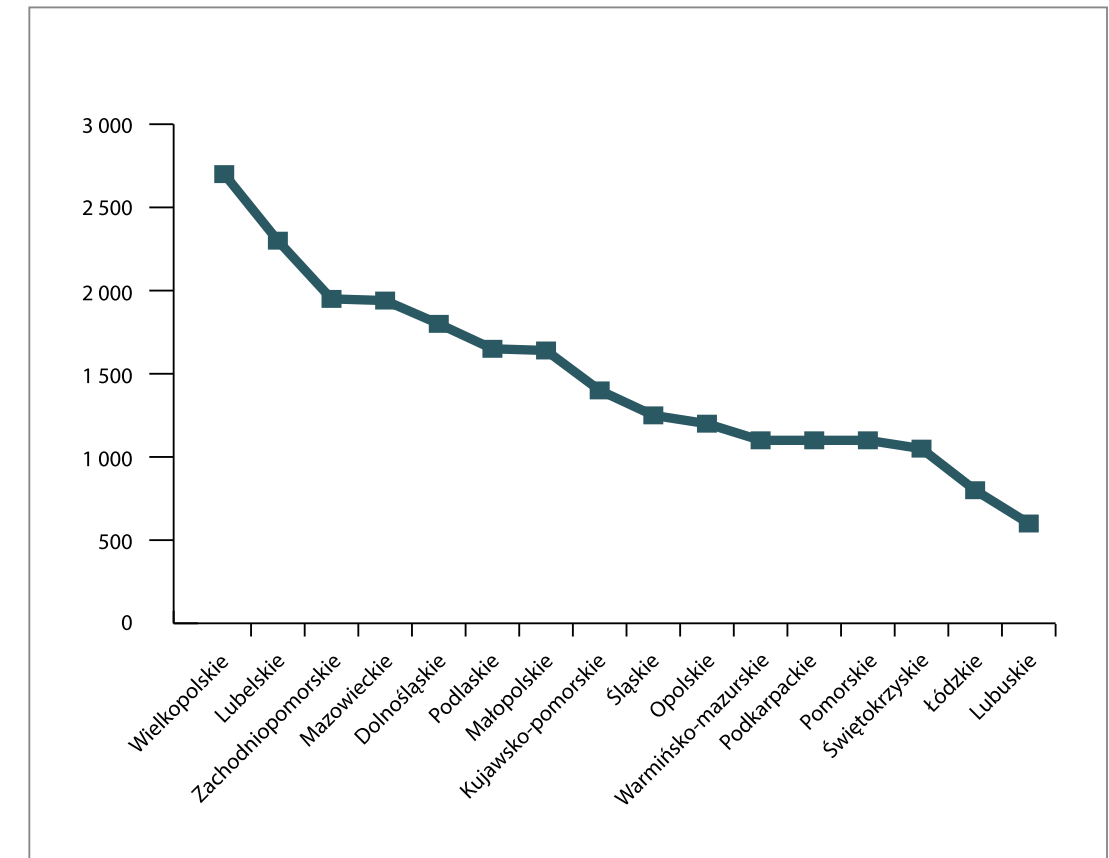
Patrz zestawienie i wykres poniżej.

Tabela 15. Średni roczny koszt leczenia jednego pacjenta z rozpoznaniem TRU w danym województwie w 2012 roku w złotych

Województwo	2010	2011	2012
Wielkopolskie	2 220	2 549	2 654
Lubelskie	2 028	2 339	2 274
Zachodniopomorskie	2 429	2 073	1 957
Mazowieckie	1 997	2 126	1 944
Dolnośląskie	2 160	1 843	1 829
Podlaskie	1 769	1 545	1 680
Małopolskie	1 751	2 326	1 644
Kujawsko-pomorskie	1 430	1 598	1 395
Śląskie	1 476	1 264	1 288
Opolskie	1 173	1 441	1 225
Warmińsko-mazurskie	900	951	1 103
Podkarpackie	1 053	1 618	1 096
Pomorskie	1 217	1 305	1 096
Świętokrzyskie	905	945	1 061
Łódzkie	762	865	863
Lubuskie	472	447	584

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Wykres 11. Średni roczny koszt leczenia 1 pacjenta z rozpoznaniem TRU w danym województwie w 2012 roku, w złotych



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

W 2012 roku NFZ wydał tytułem leczenia pacjentów z rozpoznaniem M32 w trybie szpitalnym 21 213 819 zł i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS) 1 651 841,00 zł. Biorąc pod uwagę całkowite koszty NFZ poniesione w 2012 roku tytułem leczenia TRU na poziomie 24 809 076 złotych.

2.7.1. Finansowanie świadczeń w rodzaju lecniectwo szpitalne (hospitalizacja) dla pacjentów z rozpoznaniem TRU w poszczególnych województwach w 2012 roku

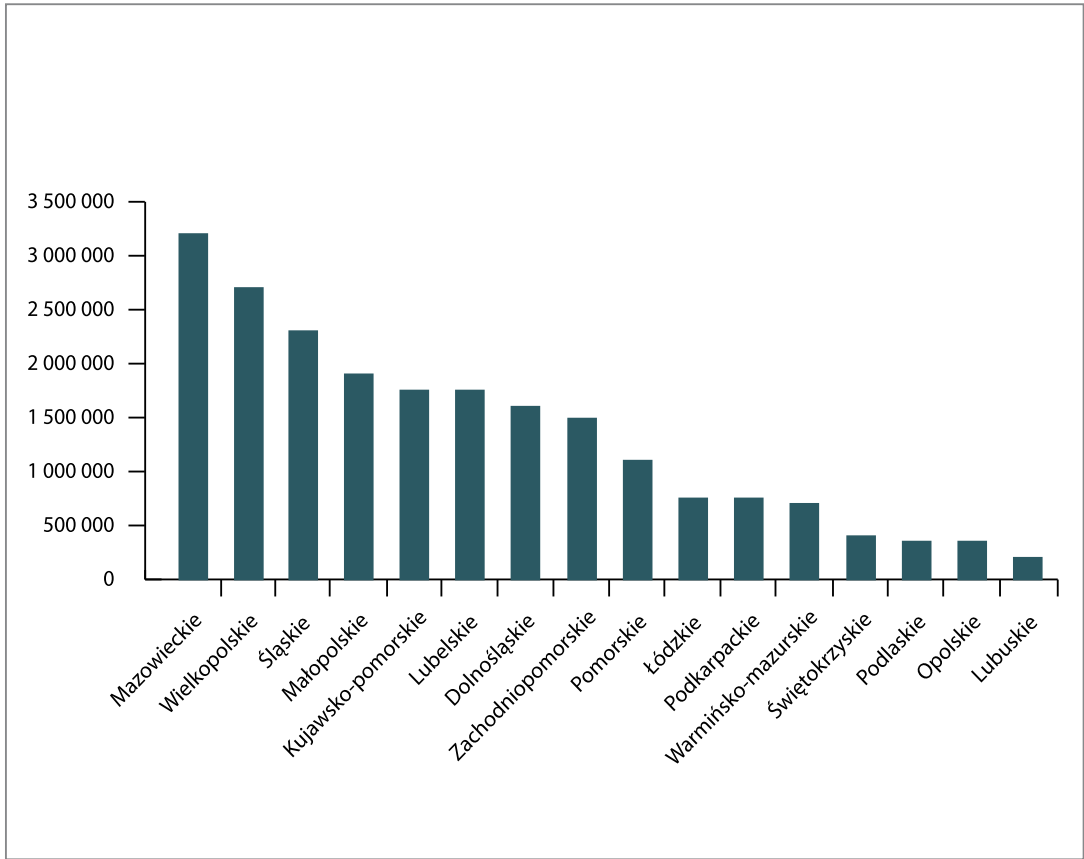
Pod względem wydatków na hospitalizację pacjentów z TRU (grupa rozpoznań M32) najwyższy poziom finansowania w 2012 roku odnotowano w województwie mazowieckim (3 116 620 zł), wielkopolskim (2 848 635 zł) i śląskim (2 296 448 zł). Najmniej na leczenie szpitalne NFZ wydał w województwach lubuskim (134 196 zł), opolskim (354 123 zł) i podlaskim (358 495 zł). Pokazuje to tabela i wykres poniżej.

Tabela 16. Finansowanie świadczeń w rodzaju lecniectwo szpitalne (hospitalizacji) pacjentów z TRU (grupa rozpoznań M32) w 2012, według województw, w złotych

Województwo	Finansowanie hospitalizacji w grupie M32 w 2012 (w zł)
Mazowieckie	3 116 620
Wielkopolskie	2 848 635
Śląskie	2 296 448
Małopolskie	1 897 599
Kujawsko-pomorskie	1 725 756
Lubelskie	1 712 975
Dolnośląskie	1 599 437
Zachodniopomorskie	1 474 356
Pomorskie	1 152 130
Łódzkie	747 577
Podkarpackie	727 896
Warmińsko-mazurskie	649 919
Świętokrzyskie	417 657
Podlaskie	358 495
Opolskie	354 123
Lubuskie	134 196
Razem	21 213 819

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Wykres 12. Finansowanie świadczeń w rodzaju lecniectwo szpitalne (hospitalizacji) pacjentów z TRU (grupa rozpoznań M32) w 2012, według województw, w złotych



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

2.7.2. Finansowanie świadczeń w rodzaju Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna (AOS) dla pacjentów z rozpoznaniem TRU w poszczególnych województwach w 2012 roku

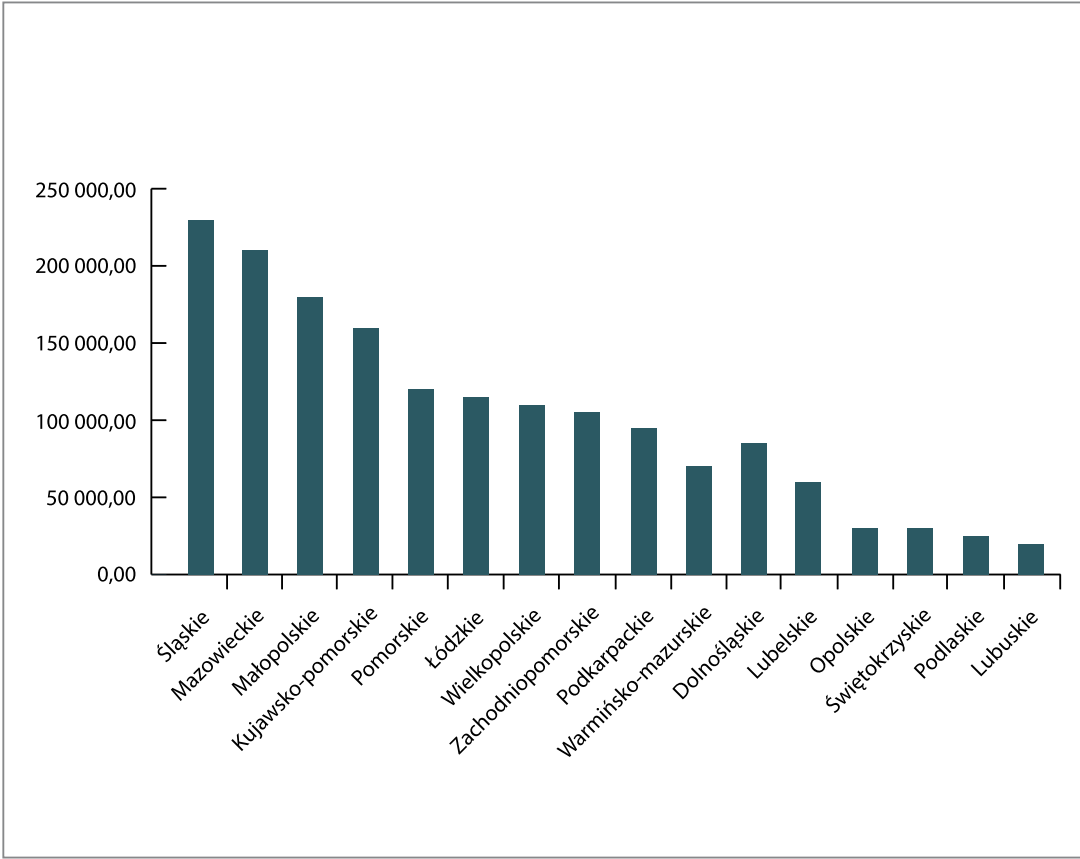
W ramach umów w rodzaju ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w 2012 roku województwa NFZ sfinansował świadczenia dla pacjentów z rozpoznaniem TRU o największej wartości w województwie śląskim 234 236 zł, mazowieckim 210 517 zł oraz małopolskim 185 401 zł. Najmniejsza wartość zrealizowanych świadczeń odnotowana została w województwach podlaskim 27 101 zł i lubuskim 22 692. Pokazuje to tabela i wykres.

Tabela 17. Finansowanie świadczeń z rodzaju Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna (AOS) pacjentów z TRU (grupa rozpoznań M32) w 2012 r.

Województwo	Finansowanie AOS w M32 w 2012 r. (w zł)
Śląskie	234 236,00
Mazowieckie	210 517,00
Małopolskie	185 401,00
Kujawsko-pomorskie	160 981,00
Pomorskie	121 641,00
Łódzkie	113 564,00
Wielkopolskie	108 235,00
Zachodniopomorskie	104 873,00
Podkarpackie	94 820,00
Warmińsko-mazurskie	69 899,00
Dolnośląskie	66 043,00
Lubelskie	58 256,00
Opolskie	37 344,00
Świętokrzyskie	36 238,00
Podlaskie	27 101,00
Lubuskie	22 692,00
Razem	1 651 841,00

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Wykres 13. Finansowanie świadczeń z rodzaju Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna (AOS) pacjentów z TRU (grupa rozpoznań M32) w 2012 r.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

2.8. Charakterystyka finansowania oraz kosztów leczenia pacjentów z rozpoznaniem TRU w poszczególnych województwach

Poniżej przedstawiono kluczowe dane dotyczące każdego z województw w zakresie finansowania przez NFZ leczenia pacjentów z rozpoznaniem toczenia M32 (Toczeń rumieniowaty układowy) w 2012 roku oraz sprawozdanych i rozliczanych w ramach grupy H96 (Układowe choroby tkanki łącznej).

Tabela 18. Województwo dolnośląskie

Pozycja	Wartość w 2012 r.
Liczba hospitalizacji H96 – ogółem	1 627
Długość hospitalizacji H96 – mediana	6 dni
Średnia wartość hospitalizacji H96	3 848,38 zł
Koszt hospitalizacji H96 – ogółem	6 261 314,26 zł
Liczba hospitalizacji M32 – ogółem	279
Koszt hospitalizacji M32 – ogółem	1 599 437 zł
Odsetek kosztów hospitalizacji M32 w kosztach hospitalizacji H96	25,54%
Liczba świadczeń AOS M32 – ogółem	569
Koszt świadczeń AOS M32 – ogółem	66 043 zł
Koszt leczenia pacjentów M32 – ogółem	1 834 500 zł
Liczba pacjentów z rozpoznaniem M32 – ogółem	1 003
Koszt leczenia 1 pacjenta z rozpoznaniem M32	1 829 zł

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Tabela 19. Województwo kujawsko-pomorskie

Pozycja	Wartość w 2012 r.
Liczba hospitalizacji H96 – ogółem	1 304
Długość hospitalizacji H96 – mediana	3 dni
Średnia wartość hospitalizacji H96	4 332,01 zł
Koszt hospitalizacji H96 – ogółem	5 648 941,04 zł
Liczba hospitalizacji M32 – ogółem	212
Koszt hospitalizacji M32 – ogółem	1 725 756 zł
Odsetek kosztów hospitalizacji M32 w kosztach hospitalizacji H96	30,55%
Liczba świadczeń AOS M32 – ogółem	1 113
Koszt świadczeń AOS M32 – ogółem	160 981 zł
Koszt leczenia pacjentów M32 – ogółem	2 027 589 zł
Liczba pacjentów z rozpoznaniem M32 – ogółem	1 453
Koszt leczenia 1 pacjenta z rozpoznaniem M32	1 395 zł

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Tabela 20. Województwo lubelskie

Pozycja	Wartość w 2012 r.
Liczba hospitalizacji H96 – ogółem	1 937
Długość hospitalizacji H96 – mediana	3 dni
Średnia wartość hospitalizacji H96	3 435,73 zł
Koszt hospitalizacji H96 – ogółem	6 655 009,01 zł
Liczba hospitalizacji M32 – ogółem	222
Koszt hospitalizacji M32 – ogółem	1 712 975 zł
Odsetek kosztów hospitalizacji M32 w kosztach hospitalizacji H96	25,74%
Liczba świadczeń AOS M32 – ogółem	484
Koszt świadczeń AOS M32 – ogółem	58 256 zł
Koszt leczenia pacjentów M32 – ogółem	1 793 903 zł
Liczba pacjentów z rozpoznaniem M32 – ogółem	789
Koszt leczenia 1 pacjenta z rozpoznaniem M32	2 274 zł

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Tabela 21. Województwo lubuskie

Pozycja	Wartość w 2012 r.
Liczba hospitalizacji H96 – ogółem	117
Długość hospitalizacji H96 – mediana	6 dni
Średnia wartość hospitalizacji H96	4 356,00 zł
Koszt hospitalizacji H96 – ogółem	509 652 zł
Liczba hospitalizacji M32 – ogółem	28
Koszt hospitalizacji M32 – ogółem	134 196
Odsetek kosztów hospitalizacji M32 w kosztach hospitalizacji H96	26,33%
Liczba świadczeń AOS M32 – ogółem	174
Koszt świadczeń AOS M32 – ogółem	22 692 zł
Koszt leczenia pacjentów M32 – ogółem	169 450 zł
Liczba pacjentów z rozpoznaniem M32 – ogółem	290
Koszt leczenia 1 pacjenta z rozpoznaniem M32	584

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Tabela 22. Województwo łódzkie

Pozycja	Wartość w 2012 r.
Liczba hospitalizacji H96 – ogółem	927
Długość hospitalizacji H96 – mediana	6 dni
Średnia wartość hospitalizacji H96	3 707,11 zł
Koszt hospitalizacji H96 – ogółem	3 436 490,97 zł
Liczba hospitalizacji M32 – ogółem	153
Koszt hospitalizacji M32 – ogółem	747 577 zł
Odsetek kosztów hospitalizacji M32 w kosztach hospitalizacji H96	21,75%
Liczba świadczeń AOS M32 – ogółem	778
Koszt świadczeń AOS M32 – ogółem	113 564 zł
Koszt leczenia pacjentów M32 – ogółem	886 263 zł
Liczba pacjentów z rozpoznaniem M32 – ogółem	1 027
Koszt leczenia 1 pacjenta z rozpoznaniem M32	863 zł

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Tabela 23. Województwo małopolskie

Pozycja	Wartość w 2012 r.
Liczba hospitalizacji H96 – ogółem	1 727
Długość hospitalizacji H96 – mediana	4 dni
Średnia wartość hospitalizacji H96	4 211,37 zł
Koszt hospitalizacji H96 – ogółem	7 273 035,99 zł
Liczba hospitalizacji M32 – ogółem	283
Koszt hospitalizacji M32 – ogółem	1 897 599 zł
Odsetek kosztów hospitalizacji M32 w kosztach hospitalizacji H96	12,34%
Liczba świadczeń AOS M32 – ogółem	1 226
Koszt świadczeń AOS M32 – ogółem	185 401 zł
Koszt leczenia pacjentów M32 – ogółem	2 517 529 zł
Liczba pacjentów z rozpoznaniem M32 – ogółem	1 531
Koszt leczenia 1 pacjenta z rozpoznaniem M32	1 644 zł

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Tabela 24. Województwo mazowieckie

Pozycja	Wartość w 2012 r.
Liczba hospitalizacji H96 – ogółem	4 481
Długość hospitalizacji H96 – mediana	5 dni
Średnia wartość hospitalizacji H96	4 394,97 zł
Koszt hospitalizacji H96 – ogółem	19 693 860,57 zł
Liczba hospitalizacji M32 – ogółem	435
Koszt hospitalizacji M32 – ogółem	3 116 620 zł
Odsetek kosztów hospitalizacji M32 w kosztach hospitalizacji H96	15,82%
Liczba świadczeń AOS M32 – ogółem	1 377
Koszt świadczeń AOS M32 – ogółem	210 517 zł
Koszt leczenia pacjentów M32 – ogółem	3 691 167 zł
Liczba pacjentów z rozpoznaniem M32 – ogółem	1 899
Koszt leczenia 1 pacjenta z rozpoznaniem M32	1 944 zł

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Tabela 25. Województwo opolskie

Pozycja	Wartość w 2012 r.
Liczba hospitalizacji H96 – ogółem	222
Długość hospitalizacji H96 – mediana	8 dni
Średnia wartość hospitalizacji H96	4 184,47 zł
Koszt hospitalizacji H96 – ogółem	928 952,34 zł
Liczba hospitalizacji M32 – ogółem	55
Koszt hospitalizacji M32 – ogółem	354 123 zł
Odsetek kosztów hospitalizacji M32 w kosztach hospitalizacji H96	38,12%
Liczba świadczeń AOS M32 – ogółem	241
Koszt świadczeń AOS M32 – ogółem	37 344 zł
Koszt leczenia pacjentów M32 – ogółem	409 130 zł
Liczba pacjentów z rozpoznaniem M32 – ogółem	334
Koszt leczenia 1 pacjenta z rozpoznaniem M32	1 225 zł

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Tabela 26. Województwo podkarpackie

Pozycja	Wartość w 2012 r.
Liczba hospitalizacji H96 – ogółem	859
Długość hospitalizacji H96 – mediana	9 dni
Średnia wartość hospitalizacji H96	4 289,65 zł
Koszt hospitalizacji H96 – ogółem	3 684 809,35 zł
Liczba hospitalizacji M32 – ogółem	164
Koszt hospitalizacji M32 – ogółem	727 896 zł
Odsetek kosztów hospitalizacji M32 w kosztach hospitalizacji H96	19,75%
Liczba świadczeń AOS M32 – ogółem	633
Koszt świadczeń AOS M32 – ogółem	94 820 zł
Koszt leczenia pacjentów M32 – ogółem	944 371 zł
Liczba pacjentów z rozpoznaniem M32 – ogółem	862
Koszt leczenia 1 pacjenta z rozpoznaniem M32	1 096 zł

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Tabela 27. Województwo podlaskie

Pozycja	Wartość w 2012 r.
Liczba hospitalizacji H96 – ogółem	303
Długość hospitalizacji H96 – mediana	5 dni
Średnia wartość hospitalizacji H96	4 318,40 zł
Koszt hospitalizacji H96 – ogółem	1 308 475,2 zł
Liczba hospitalizacji M32 – ogółem	48
Koszt hospitalizacji M32 – ogółem	358 495 zł
Odsetek kosztów hospitalizacji M32 w kosztach hospitalizacji H96	27,40%
Liczba świadczeń AOS M32 – ogółem	198
Koszt świadczeń AOS M32 – ogółem	27 101 zł
Koszt leczenia pacjentów M32 – ogółem	414 923 zł
Liczba pacjentów z rozpoznaniem M32 – ogółem	247
Koszt leczenia 1 pacjenta z rozpoznaniem M32	1 680 zł

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Tabela 28. Województwo pomorskie

Pozycja	Wartość w 2012 r.
Liczba hospitalizacji H96 – ogółem	1 079
Długość hospitalizacji H96 – mediana	6 dni
Średnia wartość hospitalizacji H96	3 937,97 zł
Koszt hospitalizacji H96 – ogółem	4 249 069,63 zł
Liczba hospitalizacji M32 – ogółem	220
Koszt hospitalizacji M32 – ogółem	1 152 130 zł
Odsetek kosztów hospitalizacji M32 w kosztach hospitalizacji H96	27,11%
Liczba świadczeń AOS M32 – ogółem	909
Koszt świadczeń AOS M32 – ogółem	121 641 zł
Koszt leczenia pacjentów M32 – ogółem	1 326 274 zł
Liczba pacjentów z rozpoznaniem M32 – ogółem	1 210
Koszt leczenia 1 pacjenta z rozpoznaniem M32	1 096 zł

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Tabela 29. Województwo śląskie

Pozycja	Wartość w 2012 r.
Liczba hospitalizacji H96 – ogółem	2 043
Długość hospitalizacji H96 – mediana	10 dni
Średnia wartość hospitalizacji H96	4 294,04 zł
Koszt hospitalizacji H96 – ogółem	8 772 723,72 zł
Liczba hospitalizacji M32 – ogółem	375
Koszt hospitalizacji M32 – ogółem	2 296 448 zł
Odsetek kosztów hospitalizacji M32 w kosztach hospitalizacji H96	26,18%
Liczba świadczeń AOS M32 – ogółem	1 577
Koszt świadczeń AOS M32 – ogółem	234 236 zł
Koszt leczenia pacjentów M32 – ogółem	2 694 196 zł
Liczba pacjentów z rozpoznaniem M32 – ogółem	2 091
Koszt leczenia 1 pacjenta z rozpoznaniem M32	1 288 zł

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Tabela 30. Województwo świętokrzyskie

Pozycja	Wartość w 2012 r.
Liczba hospitalizacji H96 – ogółem	465
Długość hospitalizacji H96 – mediana	9 dni
Średnia wartość hospitalizacji H96	4 384,62 zł
Koszt hospitalizacji H96 – ogółem	2 038 848,3 zł
Liczba hospitalizacji M32 – ogółem	84
Koszt hospitalizacji M32 – ogółem	417 657 zł
Odsetek kosztów hospitalizacji M32 w kosztach hospitalizacji H96	20,48%
Liczba świadczeń AOS M32 – ogółem	316
Koszt świadczeń AOS M32 – ogółem	36 238 zł
Koszt leczenia pacjentów M32 – ogółem	522 001 zł
Liczba pacjentów z rozpoznaniem M32 – ogółem	492
Koszt leczenia 1 pacjenta z rozpoznaniem M32	1 061 zł

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Tabela 31. Województwo warmińsko-mazurskie

Pozycja	Wartość w 2012 r.
Liczba hospitalizacji H96 – ogółem	291
Długość hospitalizacji H96 – mediana	6 dni
Średnia wartość hospitalizacji H96	4 400,16 zł
Koszt hospitalizacji H96 – ogółem	1 280 446,56zł
Liczba hospitalizacji M32 – ogółem	78
Koszt hospitalizacji M32 – ogółem	649 919 zł
Odsetek kosztów hospitalizacji M32 w kosztach hospitalizacji H96	50,52%
Liczba świadczeń AOS M32 – ogółem	538
Koszt świadczeń AOS M32 – ogółem	69 899 zł
Koszt leczenia pacjentów M32 – ogółem	750 903 zł
Liczba pacjentów z rozpoznaniem M32 – ogółem	681
Koszt leczenia 1 pacjenta z rozpoznaniem M32	1 103 zł

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Tabela 32. Województwo wielkopolskie

Pozycja	Wartość w 2012 r.
Liczba hospitalizacji H96 – ogółem	2 097
Długość hospitalizacji H96 – mediana	5 dni
Średnia wartość hospitalizacji H96	4 303,64 zł
Koszt hospitalizacji H96 – ogółem	9 024 733,08 zł
Liczba hospitalizacji M32 – ogółem	361
Koszt hospitalizacji M32 – ogółem	2 848 635 zł
Odsetek kosztów hospitalizacji M32 w kosztach hospitalizacji H96	31,54%
Liczba świadczeń AOS M32 – ogółem	789
Koszt świadczeń AOS M32 – ogółem	108 235 zł
Koszt leczenia pacjentów M32 – ogółem	3 148 062 zł
Liczba pacjentów z rozpoznaniem M32 – ogółem	1 186
Koszt leczenia 1 pacjenta z rozpoznaniem M32	2 654 zł

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Tabela 33. Województwo zachodnio-pomorskie

Pozycja	Wartość w 2012 r.
Liczba hospitalizacji H96 – ogółem	1 037
Długość hospitalizacji H96 – mediana	4 dni
Średnia wartość hospitalizacji H96	4 217,32 zł
Koszt hospitalizacji H96 – ogółem	4 373 360,84 zł
Liczba hospitalizacji M32 – ogółem	153
Koszt hospitalizacji M32 – ogółem	1 474 356 zł
Odsetek kosztów hospitalizacji M32 w kosztach hospitalizacji H96	33,71%
Liczba świadczeń AOS M32 – ogółem	609
Koszt świadczeń AOS M32 – ogółem	104 873 zł
Koszt leczenia pacjentów M32 – ogółem	1 678 815 zł
Liczba pacjentów z rozpoznaniem M32 – ogółem	858
Koszt leczenia 1 pacjenta z rozpoznaniem M32	1 957 zł

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

3. ANALIZA WYDATKÓW ZUS ZWIĄZANYCH Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ I ABSENCJĄ CHOROBOWĄ U OSÓB Z ROZPOZNANIEM TRU

Celem ubezpieczeń społecznych jest m.in. ochrona osób ubezpieczonych zagrożonych utratą zdolności do pracy w wyniku określonych zdarzeń (wypadek przy pracy, choroba zawodowa) czy też wskutek pogorszenia ogólnego stanu zdrowia.

Zakład Ubezpieczeń Społecznych osobom ubezpieczonym w ramach ubezpieczenia chorobowego, wypadkowego i ubezpieczeń rentowych wypłaca świadczenia stanowiące rekompensatę utraty zarobków (dochodów) w okresie długotrwałej niezdolności do pracy lub czasowej niemożności jej wykonywania.

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).

Jedną z przyczyn chorobowych niezdolności do pracy, którą można wyróżnić w prowadzonych przez ZUS analizach, jest toczeń rumieniowaty układowy, wchodzący do podgrupy układowych chorób tkanki łącznej.

3.1. Czasowa niezdolność do pracy – absencja chorobowa

W 2010 r. w Rejestrze zaświadczeń lekarskich KSI ZUS zostało zarejestrowanych 16 853,5 tys. zaświadczeń lekarskich o czasowej niezdolności do pracy z tytułu choroby własnej wydanych osobom ubezpieczonym w ZUS na łączną liczbę 205 478,5 tys. dni absencji chorobowej.

Z tytułu chorób wchodzących do podgrupy układowych chorób tkanki łącznej odnotowano 11,4 tys. zaświadczeń lekarskich na łączną liczbę 174,6 tys. dni absencji chorobowej. Toczeń rumieniowaty układowy stanowił przyczynę wydania zaświadczeń lekarskich w 3,6 tys. przypadków na łączną liczbę 57,7 tys. dni absencji chorobowej.

W porównaniu z poprzednimi latami obserwujemy nieznaczny, systematyczny wzrost zarówno liczby dni absencji chorobowej, jak i liczby zaświadczeń lekarskich wydanych ubezpieczonym w ZUS z tytułu toczenia rumieniowatego układowego. Przeciętna długość zaświadczenia lekarskiego w 2010 r. wyniosła 12,19 dnia, a w przypadku niezdolności do pracy spowodowanej toczeniem rumieniowatym układowym – 16,25 dnia (w 2009 r. – 16,69 dnia, w 2008 r. – 17,19 dnia).

Tabela 34. Absencja chorobowa z tytułu choroby własnej osób ubezpieczonych w ZUS w latach 2008-2010

Wyszczególnienie	Liczba dni absencji chorobowej w tys.			Liczba zaświadczeń lekarskich w tys.		
	2008	2009	2010	2008	2009	2010
OGÓŁEM (A00-Z99)	206 037,3	216 162,0	205 478,5	17 591,3	18 154,7	16 853,5
w tym: Choroby układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej (M00 - M99)	25 141,2	26 187,9	25 462,6	1 934,0	1 929,3	1 903,4
w tym: Układowe choroby tkanki łącznej (M30 - M36)	155,7	166,8	174,6	9,9	10,7	11,4
w tym: Toczeń rumieniowaty układowy (M32)	53,5	57,5	57,7	3,1	3,4	3,6

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych ZUS.

W 2010 r. liczba osób ubezpieczonych w ZUS, które przynajmniej raz przebywały w ciągu roku na zwolnieniu lekarskim z tytułu toczenia rumieniowatego układowego, to 1,6 tys., przeciętna absencja chorobowa skumulowana (wynikająca z sumy dni absencji w roku dla danej osoby) przypadająca na 1 osobę wyniosła 36,33 dnia. W porównaniu z rokiem poprzednim liczba tych osób wzrosła o 3,3 proc., natomiast przeciętna absencja chorobowa skumulowana była niższa o 1,07 dnia.

Wśród osób ubezpieczonych w ZUS przebywających na zwolnieniach lekarskich z tytułu toczenia rumieniowatego układowego w 2010 r. przeważały kobiety, które stanowiły 83,5 proc. tej populacji. Podobna proporcja wystąpiła również i w latach poprzednich. W 2008 r. kobiety stanowiły 82,8 proc. populacji, a w 2009 r. – 84,9 proc. W poszczególnych grupach wiekowych odsetek kobiet był zdecydowanie większy niż mężczyzn. Stosunkowo najniższy, wynoszący 62,5 proc. w 2009 r. i 60,0 proc. w 2010 r., wystąpił wśród osób w wieku poniżej 19 lat.

Tabela 35. Liczba osób ubezpieczonych w ZUS, którym w latach 2008-2010 wydano przynajmniej jedno zaświadczenie lekarskie w danym roku

Wyszczególnienie	Liczba osób w tys.			Przeciętna długość absencji chorobowej w roku w dniach		
	2008	2009	2010	2008	2009	2010
Ogółem (A00-Z99)	5 969,8	6 123,1	5 717,6	34,41	35,12	35,86
w tym: Układowe choroby tkanki łącznej (M30 - M36)	6,2	5,9	6,3	25,25	28,29	27,91
w tym: Toczeń rumieniowaty układowy (M32)	1,7	1,5	1,6	32,28	37,40	36,33

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych ZUS.

Najwyższy odsetek w populacji kobiet, które przynajmniej raz przebywały na zwolnieniu lekarskim w 2010 r., wystąpił w grupie wiekowej 30-39 lat i wyniósł 28,7 proc. Natomiast wśród mężczyzn najwyższy odsetek przebywających na zwolnieniach odnotowano w grupie wiekowej 50-59 lat. Tabela nr 36 prezentuje rozkład struktury wiekowej populacji mężczyzn i populacji kobiet w latach 2008-2010.

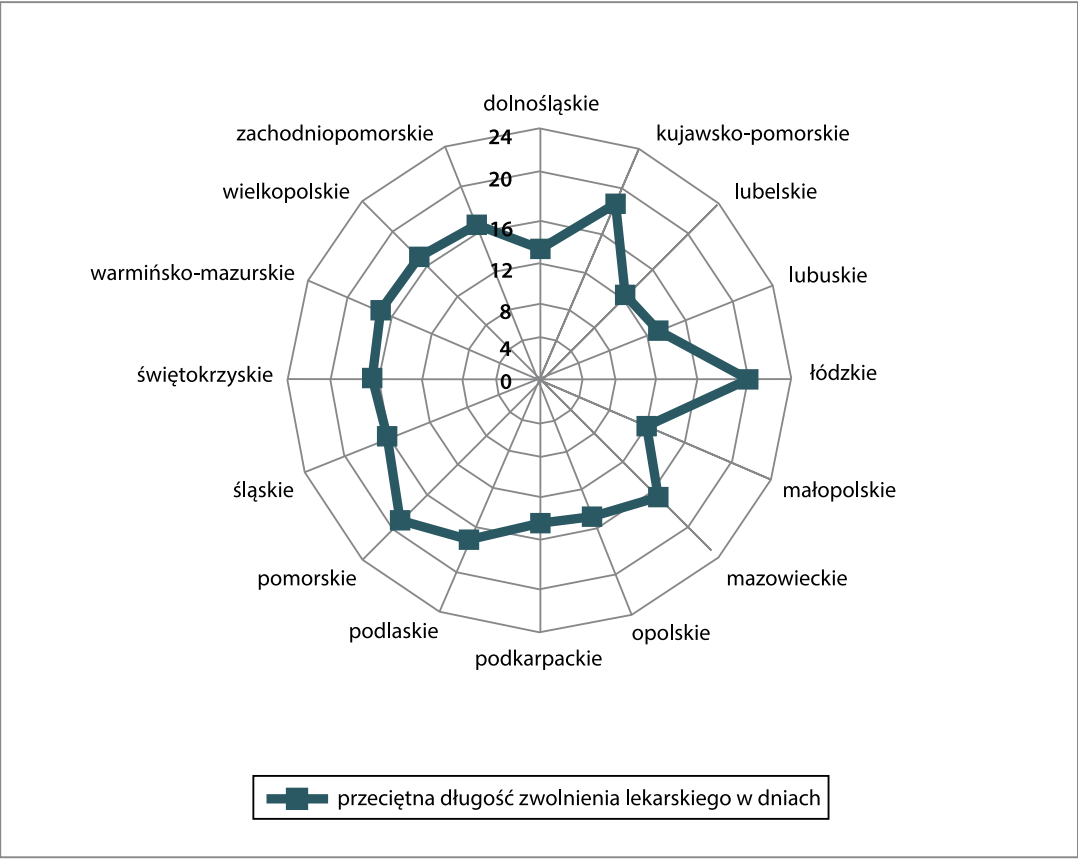
Tabela 36. Struktura osób ubezpieczonych w ZUS, którym w latach 2008-2010 wydano w danym roku przynajmniej jedno zaświadczenie lekarskie z tytułu niezdolności do pracy spowodowanej toczeniem rumieniowatym układowym według wieku i płci ubezpieczonych

Wiek ubezpieczonych	2008			2009			2010		
	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety
OGÓŁEM	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
19 lat i mniej	0,4	0,4	0,4	0,5	1,3	0,4	0,3	0,7	0,2
20 - 29	17,2	17,9	17,1	16,8	14,9	17,2	16,8	18,5	16,5
30 - 39	30,5	31,7	30,2	30,0	25,9	30,8	28,1	24,9	28,7
40 - 49	29,3	23,4	30,5	27,9	24,7	28,4	27,7	23,8	28,6
50 - 59	20,6	21,8	20,4	22,5	25,9	21,8	25,1	27,9	24,5
60 - 64	1,6	3,6	1,2	1,7	4,7	1,2	1,8	3,8	1,4
65 i więcej	0,4	1,2	0,2	0,6	2,6	0,2	0,2	0,4	0,1

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych ZUS.

Przeciętna długość zaświadczenia lekarskiego wystawionego z powodu niezdolności do pracy spowodowanej toczeniem rumieniowatym układowym zarejestrowana w poszczególnych województwach odbiegała znacząco od przeciętnej ogółem (16,25 dnia) w województwie łódzkim (20,80 dnia) i pomorskim (18,44 dnia).

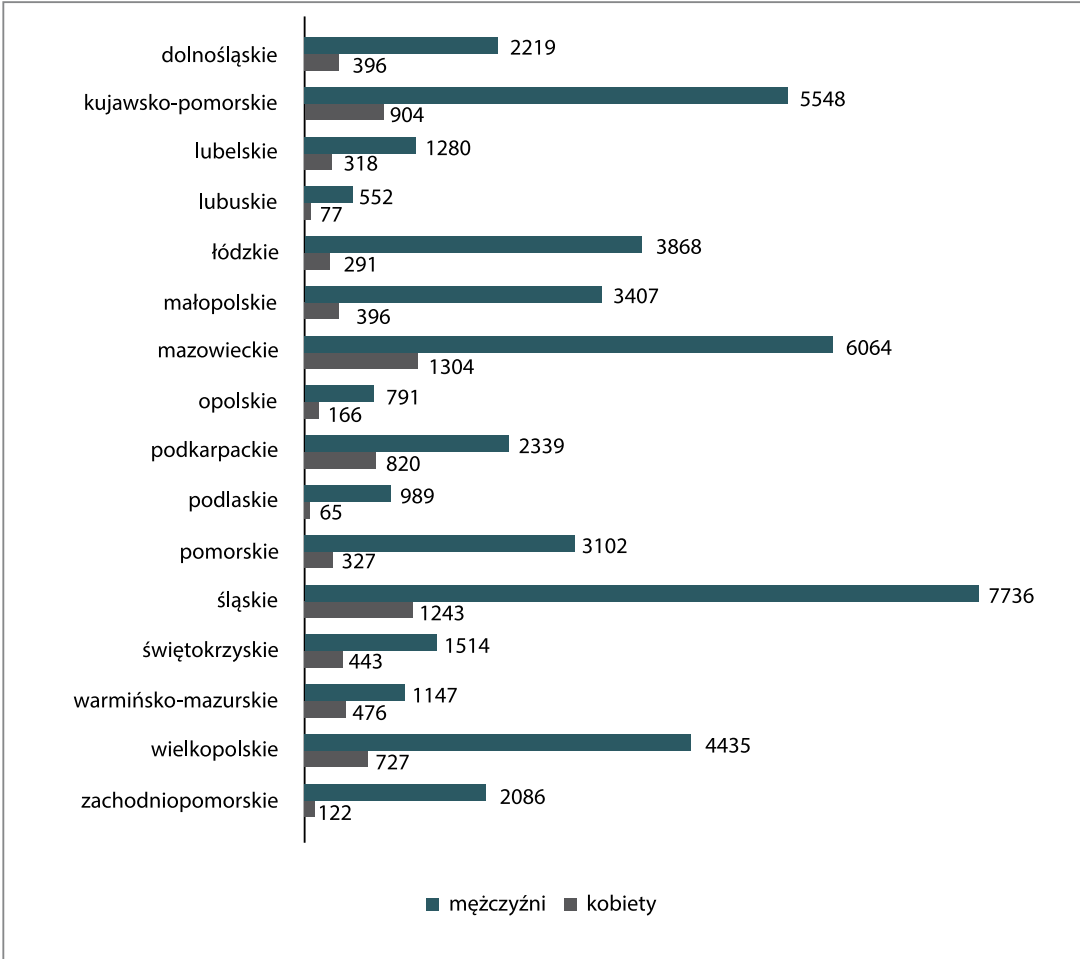
Wykres 14. Przeciętna długość zaświadczenia lekarskiego w 2010 r. wystawionego z tytułu toczenia rumieniowatego układowego osobom ubezpieczonym w ZUS w poszczególnych województwach



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych ZUS.

Rozkład dni absencji chorobowej w 2010 r. z powodu toczenia rumieniowatego układowego według województw wskazuje na najwyższy odsetek absencji w województwie śląskim – 15,6 proc. ogólnej liczby dni absencji z tytułu tej jednostki chorobowej, w województwie mazowieckim – 12,8 proc., w kujawsko-pomorskim – 11,2 proc. W 2009 r. również w tych województwach odnotowano najwyższy odsetek absencji wynoszący odpowiednio 12,7 proc., 12,9 proc., 11,2 proc. Natomiast w 2008 r. dominowały pod tym względem województwa śląskie (14,2 proc.), mazowieckie (13,3 proc.) oraz wielkopolskie (8,7 proc.).

Wykres 15. Liczba dni absencji chorobowej w 2010 r. osób ubezpieczonych w ZUS z powodu toczenia rumieniowatego układowego w poszczególnych województwach według płci



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych ZUS.

Rozpatrując liczbę dni absencji chorobowej z powodu toczenia rumieniowatego układowego w poszczególnych województwach, obserwujemy kilkakrotnie większą absencję w populacji kobiet niż mężczyzn. I tak, w województwie zachodniopomorskim liczba dni absencji kobiet była 17-krotnie wyższa niż mężczyzn, w podlaskim – 15-krotnie, zaś w łódzkim 13-krotnie.

W ocenie poziomu absencji chorobowej istotny jest wskaźnik liczby dni absencji chorobowej przypadających na jedną osobę objętą obowiązkowym ubezpieczeniem zdrowotnym. Kształtowanie się tego wskaźnika w 2010 r. w poszczególnych województwach przedstawione zostało w tabeli nr 37.

Tabela 37. Wskaźnik liczby dni absencji chorobowej z powodu toczenia rumieniowatego układowego w 2010 r. wśród osób ubezpieczonych w ZUS w przeliczeniu na jedną osobę objętą obowiązkowym ubezpieczeniem zdrowotnym w poszczególnych województwach

Wyszczególnienie	Liczba dni absencji chorobowej	Wskaźnik liczby dni absencji chorobowej na jedną osobę objętą obowiązkowym ubezpieczeniem zdrowotnym
Ogółem	57 706	2,48
w tym:		
Dolnośląskie	2 615	1,40
Kujawsko-pomorskie	6 452	5,08
Lubelskie	1 598	1,39
Lubuskie	629	0,97
Łódzkie	4 159	2,57
Małopolskie	3 803	1,97
Mazowieckie	7 368	2,26
Opolskie	957	1,69
Podkarpackie	3 159	2,66
Podlaskie	1 054	1,76
Pomorskie	3 429	2,51
Śląskie	8 979	2,91
Świętokrzyskie	1 957	2,68
Warmińsko-mazurskie	1 623	1,88
Wielkopolskie	5 162	2,47
Zachodniopomorskie	2 208	2,07

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych ZUS.

3.2. 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 rokują odzyskanie zdolności do niej. Świadczenie rehabilitacyjne przysługuje na okres nie dłuższy niż 12 miesięcy.

W 2010 r. orzeczenia pierwszorazowe lekarzy orzeczników, w których ustalono uprawnienie do świadczenia rehabilitacyjnego, otrzymało 70,7 tys. osób. W porównaniu do roku poprzedniego liczba ta zmalała o 12,3 proc. Z powodu chorób układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej wydano 16,7 tys. orzeczeń. W grupie tych chorób orzeczenia ustalające uprawnienia do świadczenia rehabilitacyjnego w związku z układowymi chorobami tkanki łącznej stanowiły 1,1 proc., natomiast w związku z toczniem rumieniowatym układowym 0,4 proc.

Tabela 38. Orzeczenia ustalające uprawnienia do świadczenia rehabilitacyjnego wydane przez lekarzy orzeczników w latach 2008-2010

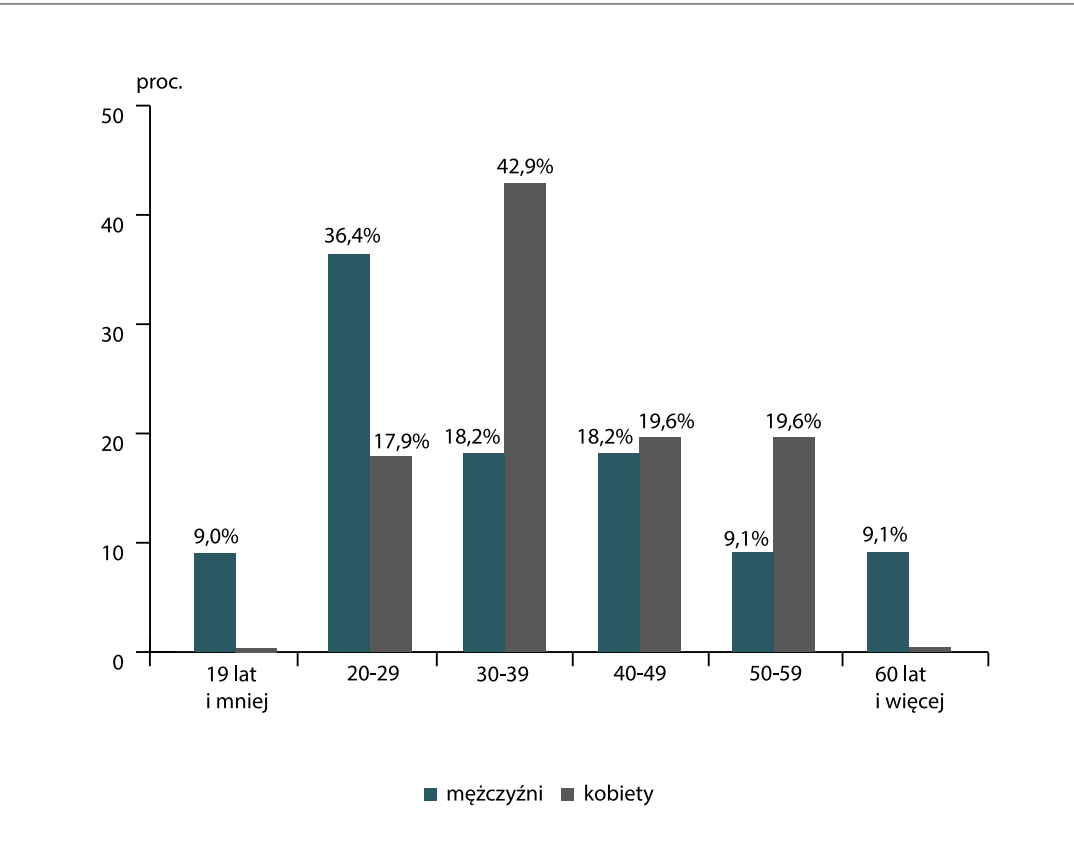
Wyszczególnienie	Orzeczenia pierwszorazowe			Orzeczenia ponowne		
	2008	2009	2010	2008	2009	2010
Ogółem (A00-Z99)	145 295	80 634	70 742	38 919	51 224	55 090
w tym: Choroby układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej (M00 - M99)	17 810	19 907	16 732	10 954	14 977	15 877
w tym: Układowe choroby tkanki łącznej (M30 - M36)	150	180	177	75	137	143
w tym: Toczeń rumieniowaty układowy (M32)	53	68	67	23	53	45

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych ZUS.

W przypadku orzeczeń ponownych najwięcej uprawnień do świadczenia rehabilitacyjnego – na tle innych grup chorobowych – orzeczono w związku z chorobami układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej – 28,8 proc. Orzeczenia wydane z powodu układowych chorób tkanki łącznej stanowiły 0,9 proc., natomiast z powodu toczenia rumieniowatego układowego – 0,3 proc.

W populacji badanych w 2010 r., którym orzeczono świadczenie rehabilitacyjne z powodu toczenia rumieniowatego układowego, 83,6 proc. stanowiły kobiety, w 2009 r. – 80,9 proc., zaś w 2008 r. – 83,0 proc.

Wykres 16. Struktura wieku osób z orzeczonym po raz pierwszy świadczeniem rehabilitacyjnym z tytułu toczenia rumieniowatego układowego w 2010 r.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych ZUS.

Najwyższy odsetek mężczyzn z ustalonym uprawnieniem do świadczenia rehabilitacyjnego wystąpił w przedziale wiekowym od 20 do 29 lat. W populacji kobiet odsetek ten był najwyższy dla kobiet w wieku od 30 do 39 lat.

Poniższe zestawienia ilustrują strukturę orzeczeń pierwszorazowych i ponownych ustalających uprawnienia do świadczenia rehabilitacyjnego wydanych w 2010 r. z tytułu toczenia rumieniowatego układowego. Najwyższy odsetek orzeczeń, zarówno pierwszorazowych, jak i ponownych, wydano na okres od 4 do 6 miesięcy.

Tabela 39. Orzeczenia pierwszorazowe uprawniające do świadczenia rehabilitacyjnego wydane w 2010 r. z powodu toczenia rumieniowatego układowego

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	67	19,4	58,2	9,0	13,4
19 lat i mniej	1	0,0	0,0	0,0	100,0
20 - 29	14	7,1	57,1	21,4	14,4
30 - 39	26	23,1	53,8	7,7	15,4
40 - 49	13	23,1	69,2	0,0	7,7
50 - 59	12	16,7	66,7	8,3	8,3
60 lat i więcej	1	100,0	0,0	0,0	0,0

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych ZUS.

Tabela 40. Orzeczenia ponowne uprawniające do świadczenia rehabilitacyjnego wydane w 2010 r. z tytułu toczenia rumieniowatego układowego

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	45	28,9	50,0	11,1	-
19 lat i mniej	-	-	-	-	-
20 - 29	6	33,3	50,0	16,7	-
30 - 39	14	28,6	57,1	14,3	-
40 - 49	14	28,6	64,3	7,1	-
50 lat i więcej	11	27,3	63,6	9,1	-

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych ZUS.

3.3. Długotrwała niezdolność do pracy w orzeczeniach wydanych przez lekarzy orzeczników do 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 2010 r. lekarze orzecznicy ZUS wydali ogółem 45,3 tys. orzeczeń pierwszorazowych ustalających stopień niezdolności do pracy. Z tytułu chorób układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej wydano 5,4 tys. orzeczeń. Orzeczenia wydane w związku z chorobami tkanki łącznej stanowiły w tej grupie chorobowej 3 proc., zaś z powodu toczenia rumieniowatego układowego – 1,2 proc.

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.

Badania te są podstawą do ewentualnego przedłużenia orzeczenia pierwszorazowego. Dlatego też udział grup chorobowych, z tytułu których wydano orzeczenie ponowne, nie ulega znaczącym zmianom. I tak w przypadku chorób układowych tkanki łącznej udział orzeczeń ponownych wydanych w 2010 r. wyniósł 2,9 proc. w grupie chorób układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej, zaś w przypadku toczenia rumieniowatego układowego – 1,5 proc.

Tabela 41. Orzeczenia wydane przez lekarzy orzeczników ZUS do celów rentowych

Wyszczególnienie	Orzeczenia pierwszorazowe			Orzeczenia ponowne		
	2008	2009	2010	2008	2009	2010
Ogółem (A00-Z99)	49 593	47 148	45 349	312 630	293 788	293 242
w tym: Choroby układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej (M00 - M99)	6 209	5 747	5 421	44 937	42 611	42 924
w tym: Układowe choroby tkanki łącznej (M30 - M36)	172	190	165	1 190	1 157	1 259
w tym: Toczeń rumieniowaty układowy (M32)	72	91	64	623	601	664

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych ZUS.

Wśród osób, którym wydano orzeczenie pierwszorazowe w związku z niezdolnością do pracy spowodowaną toczeniem rumieniowatym układowym, przeważały kobiety. W 2010 r. stanowiły one 84,4 proc. tej grupy badanych (w 2009 r. – 90,1 proc., w 2008 r. – 81,9 proc.).

W 2010 r. orzeczenia pierwszorazowe z tytułu toczenia rumieniowatego układowego otrzymywały głównie kobiety w wieku od 30 do 49 lat. Najwyższy odsetek w populacji mężczyzn odnotowano w grupie wiekowej od 50 do 59 lat.

Tabela 42. Orzeczenia pierwszorazowe wydane w 2010 r. przez lekarzy orzeczników ZUS do celów rentowych z tytułu toczenia rumieniowatego układowego według wieku i płci osób badanych

Wiek ubezpieczonych	2008			2009			2010		
	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety
Ogółem	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
19 lat i mniej	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
20 - 29	22,2	15,4	23,7	13,2	11,1	13,4	17,2	20,0	16,6
30 - 39	20,8	7,7	23,7	29,7	33,4	29,3	29,7	20,0	31,5
40 - 49	30,6	15,4	33,9	30,8	22,2	31,7	29,7	20,0	31,5
50 - 59	25,0	53,8	18,7	25,3	22,2	25,6	23,4	40,0	20,4
60 lat i więcej	1,4	7,7	0,0	1,0	11,1	0,0	0,0	0,0	0,0

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych ZUS.

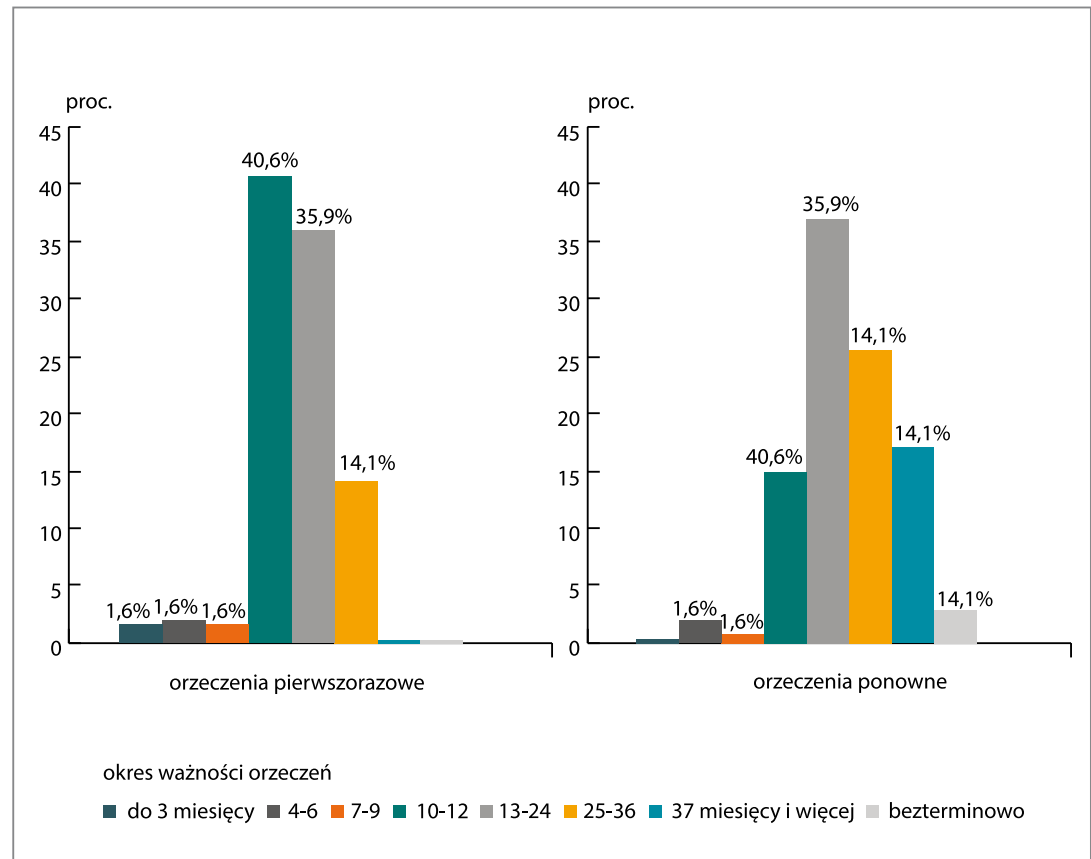
W grupie badanych, którzy w 2010 r. otrzymali orzeczenie pierwszorazowe o niezdolności do pracy spowodowanej toczeniem rumieniowatym układowym, uznano:

- za całkowicie niezdolną do pracy i samodzielnej egzystencji – 1 osobę,
- za całkowicie niezdolne do pracy – 23 osoby,
- za częściowo niezdolnych do pracy – 40 osób.

W wyniku badań ponownych uznano:

- za całkowicie niezdolnych do pracy i samodzielnej egzystencji – 31 osób,
- za całkowicie niezdolnych do pracy – 219 osób,
- za częściowo niezdolnych do pracy – 414 osób.

Wykres 17. Struktura orzeczeń pierwszorazowych wydanych w 2010 r. do celów rentowych w związku z toczniem rumieniowatym układowym 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 2010 r. ustalających niezdolność do pracy w związku z toczniem rumieniowatym układowym najwyższy odsetek stanowiły orzeczenia z okresem ważności od 10 do 12 miesięcy – 40,6 proc., z okresem ważności od 13 do 24 miesięcy – 35,9 proc., wydane na okres od 25 do 36 miesięcy – 14,1 proc. Nie wydano orzeczeń na czas nieokreślony (bezterminowych). W przypadku orzeczeń ponownych struktura według ich okresu ważności uległa przesunięciu. Najwyższy udział odnotowano w odniesieniu do orzeczeń wydanych na okres ważności od 13 do 24 miesięcy – 36,9 proc., na okres od 25 do 36 miesięcy – 25,5 proc., na okres 37 miesięcy i więcej – 17 proc. Orzeczenia wydane na czas nieokreślony (bezterminowe) stanowiły 2,9 proc.

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

W 2010 r. wydatki poniesione ze środków FUS, z budżetu państwa oraz ze środków własnych pracodawców na świadczenia związane z niezdolnością do pracy w obszarze realizowanym przez ZUS wyniosły łącznie 28 661 177,1 tys. zł, tj. o 1,0 proc. więcej niż w roku poprzednim.

W strukturze wydatków ogółem na świadczenia z tytułu niezdolności do pracy choroby układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej generowały 12,5 proc. ogółu wydatków. W tej grupie chorobowej udział wydatków z tytułu układowych chorób tkanki łącznej wyniósł 1,7 proc., natomiast z powodu tocznia rumieniowatego układowego 0,8 proc.

Wśród wydatków ogółem na świadczenia udział 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 proc.

W strukturze wydatków na świadczenia związane z układowymi chorobami tkanki łącznej oraz z toczniem rumieniowatym układowym relacje te przedstawiały się odmiennie. W przypadku niezdolności kobiet udział tych wydatków był wyższy odpowiednio o 53 punkty procentowe (76,5 proc. wydatków z powodu układowych chorób tkanki łącznej) i o 69 punktów procentowych (84,5 proc. wydatków z powodu tocznia rumieniowatego układowego) od poniesionych w związku z niezdolnością do pracy mężczyzn.

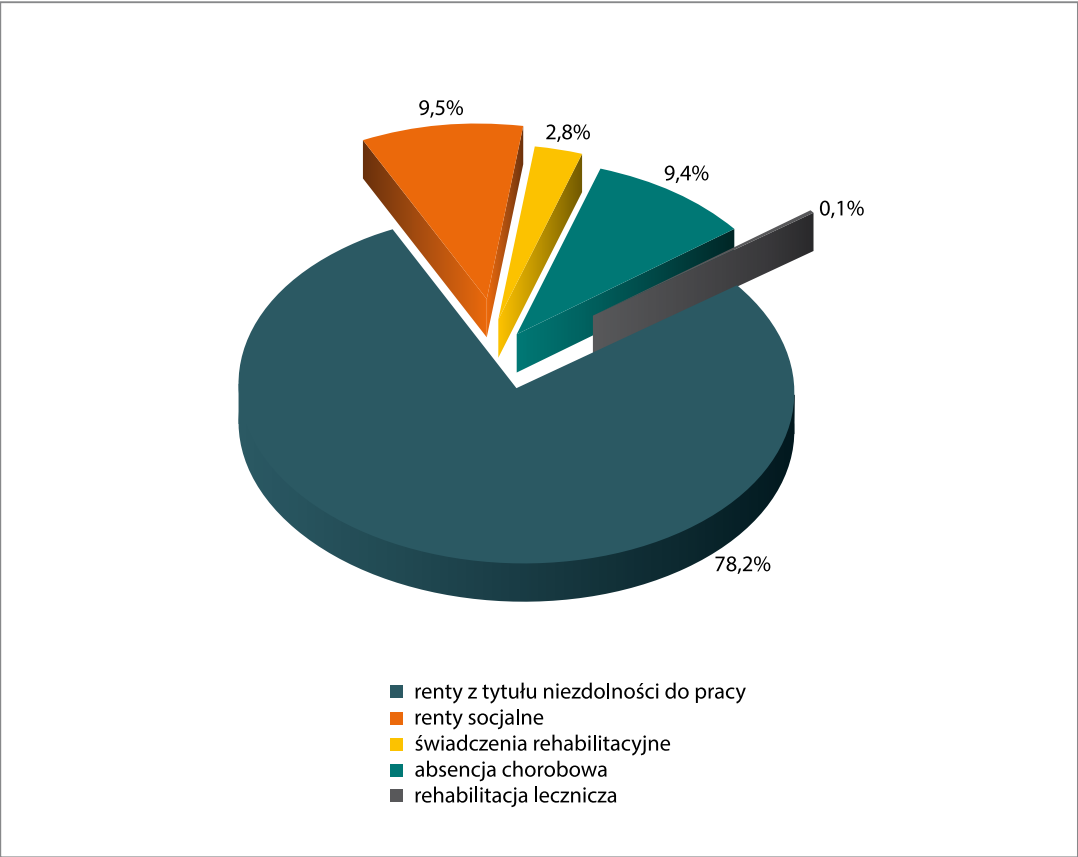
Tabela 43. Wydatki ogółem na świadczenia związane z niezdolnością do pracy poniesione w latach 2009-2010

Wyszczególnienie	2009			2010		
	Razem	Mężczyźni	Kobiety	Razem	Mężczyźni	Kobiety
	Kwota wypłat w tys. zł					
Ogółem (A00-Z99)	28 387 445,3	16 348 067,1	12 039 378,2	28 661 177,1	16 358 511,1	12 302 666,0
w tym:	3 584 890,2	2 213 068,0	1 371 822,2	3 584 838,8	2 201 927,4	1 382 911,4
Choroby układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej (M00 - M99)						
w tym:	59 531,3	14 032,4	45 498,9	61 532,0	14 477,4	47 054,6
Układowe choroby tkanki łącznej (M30 - M36)						
w tym:	27 720,7	4 277,2	23 443,5	28 302,4	4 386,3	23 916,1
Toczeń rumieniowaty układowy (M32)						

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych ZUS.

Strukturę wydatków w 2010 r. poniesionych na poszczególne świadczenia związane z niezdolnością do pracy spowodowaną toczniem rumieniowatym układowym przedstawia wykres nr . Najwyższy udział wydatków, wynoszący 78,2 proc., tj. 22 136,7 tys. zł, odnotowano w odniesieniu do rent z tytułu niezdolności do pracy. Udział wydatków na renty socjalne wyniósł 9,5 proc., tj. 2 681,6 tys. zł. Udział wydatków związanych z absencją chorobową stanowił 9,4 proc., tj. 2 657,8 tys. zł. Wydatki na świadczenie rehabilitacyjne poniesiono w kwocie 799,9 tys. zł, tj. 2,8 proc. ogółu wydatków.

Wykres 18. Struktura wydatków w 2010 r. na świadczenia związane z niezdolnością do pracy spowodowaną toczeniem rumieniowatym układowym według rodzajów świadczeń



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 chorobami układowymi tkanki łącznej pobierało ok. 5,0 tys. świadczeniobiorców na łączną kwotę 45 889,5 tys. zł. Renty z tytułu niezdolności do pracy spowodowanej toczeniem rumieniowatym układowym pobierało 2,5 tys. osób na łączną kwotę 22 136,7 tys. zł.

W populacji świadczeniobiorców pobierających rentę z powodu toczenia rumieniowatego układowego 88,1 proc., tj. 2,2 tys., stanowiły kobiety.

W porównaniu z rokiem poprzednim spadła o 2,7 proc. liczba świadczeniobiorców pobierających renty z tytułu niezdolności do pracy spowodowanej toczeniem rumieniowatym układowym, przy czym liczba kobiet pobierających renty z tego tytułu zmalała o 3,3 proc., zaś mężczyzn o 2,4 proc.

W tabeli nr zostały zestawione wydatki poniesione w 2010 r. na renty z tytułu niezdolności do pracy spowodowanej toczeniem rumieniowatym układowym wraz z liczbą świadczeniobiorców oraz przeciętną kwotą wydatków na renty w przeliczeniu na jednego świadczeniobiorcę w poszczególnych województwach.

Tabela 44. Wydatki na renty z tytułu niezdolności do pracy spowodowanej toczeniem rumieniowatym układowym poniesione w 2010 r. według płci i województw

Wyszczególnienie	Toczeń rumieniowaty układowy M32						Przeciętna kwota wypłaty na renty z tytułu niezdolności do pracy przyznane z tytułu TRU na jednego świadczeniobiorcę w zł		
	Kwota wypłat w tys. zł			Liczba świadczeniobiorców					
	Razem	Mężczyźni	Kobiety	Razem	Mężczyźni	Kobiety	Razem	Mężczyźni	Kobiety
Ogółem	22 136,7	3 344,8	18 791,9	2 481	294	2 187	8 922,49	11 376,87	8 592,55
Dolnośląskie	1 487,4	149,4	1 338,0	170	15	155	8 749,41	9 960,00	8 632,26
Kujawsko-pomorskie	1 537,2	248,6	1 288,6	184	24	160	8 354,35	10 358,33	8 053,75
Lubelskie	983,1	83,8	899,3	110	9	101	8 937,27	9 311,11	8 903,96
Lubuskie	688,8	123,6	565,2	77	9	68	8 945,45	13 733,33	8 311,76
Łódzkie	1 212,3	148,4	1 063,9	142	15	127	8 537,32	9 893,33	8 377,17
Małopolskie	1 770,5	396,1	1 374,4	199	34	165	8 896,98	11 650,00	8 329,70
Mazowieckie	2 621,2	396,0	2 225,2	262	35	227	10 004,58	11 314,29	9 802,64
Opolskie	383,2	34,1	349,1	42	5	37	9 123,81	6 820,00	9 435,14
Podkarpackie	1 132,8	142,0	990,8	143	17	126	7 921,68	8 352,94	7 863,49
Podlaskie	284,6	25,1	259,5	37	3	34	7 691,89	8 366,67	7 632,35
Pomorskie	2 009,3	220,6	1 788,7	216	19	197	9 302,31	11 610,53	9 079,70
Śląskie	3 053,2	684,1	2 369,1	329	46	283	9 280,24	14 871,74	8 371,38
Świętokrzyskie	531,5	90,6	440,9	68	10	58	7 816,18	9 060,00	7 601,72
Warmińsko-mazurskie	946,3	113,5	832,8	110	11	99	8 602,73	10 318,18	8 412,12
Wielkopolskie	2 137,1	283,8	1 853,3	234	23	211	9 132,91	12 339,13	8 783,41
Zachodniopomorskie	1 358,2	205,1	1 153,1	158	19	139	8 596,20	10 794,74	8 295,68

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych ZUS.

Jak wynika z przedstawionych danych, kwota wydatków z tytułu rent pobieranych przez kobiety jest prawie 6-krotnie wyższa od kwoty wydatków poniesionych w związku z rentami pobieranymi przez mężczyzn, zaś liczba kobiet wyższa ponad 7-krotnie niż mężczyzn. Natomiast przeciętna kwota wypłaty na jednego świadczeniobiorcę w przypadku kobiet jest niższa niż wśród mężczyzn.

Po uwzględnieniu w analizie również wieku świadczeniobiorców, przedstawionego w odniesieniu do orzeczeń pierwszorazowych i ponownych ustalających niezdolność do pracy do celów rentowych, nasuwa się wniosek, iż z powodu przechodzenia kobiet na rentę o co najmniej 10 lat wcześniej od mężczyzn ich świadczenie jest relatywnie niższe.

4. KOSZTY POŚREDNIE TRU ZWIĄZANE Z UTRATĄ PRODUKTYWNOŚCI

4.1. Wprowadzenie

Efekt ekonomiczny toczenia układowego rumieniowatego (TRU) w Polsce jest słabo zbadany. Według naszej wiedzy koszty pośrednie nie były jeszcze szacowane.

Dane dotyczące absencji chorobowej przedstawione w opracowaniu Zakładu Ubezpieczeń Społecznych umożliwiają przeprowadzenie oszacowania spadku produktywności związanego z TRU wynikającego z nieobecności w pracy (absenteizmu).

4.2. Dostępne dane ZUS

Dostępne dane ZUS dotyczyły zarówno absencji chorobowej, krótkoterminowej, jak i długoterminowej niezdolności do pracy. Absencję chorobową szacowano w oparciu o zaświadczenia lekarskie o czasowej niezdolności do pracy, krótkoterminową niezdolność do pracy – w oparciu o orzeczenia uprawniające do świadczeń rehabilitacyjnych, długoterminową niezdolność do pracy - w oparciu o uprawnienia do rent z tytułu niezdolności do pracy.

4.3. Absencja chorobowa

Ogółem w 2010 roku zaświadczenia lekarskie o czasowej niezdolności do pracy z powodu toczenia układowego rumieniowatego (ICD-10: M32) zostały wystawione dla **1 600 pacjentów** na łączną liczbę **57 700 dni** (co odpowiada 1897 miesięcy lub 158 lat) absencji chorobowej. Przeciętna skumulowana długość absencji chorobowej wyniosła 36,3 dnia.

4.4. Krótkoterminowa niezdolność do pracy (uprawnienia do świadczenia rehabilitacyjnego)

Dane udostępnione przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych objęły ogólną liczbę orzeczeń pierwszorazowych i ponownych uprawniających do świadczeń rehabilitacyjnych z tytułu toczenia rumieniowatego układowego wydanych w 2010 roku, z wyszczególnieniem procentowego rozkładu długości uprawnienia.

Tabela 45. Orzeczenia uprawniające do świadczenia rehabilitacyjnego wydane w 2010 roku z powodu toczenia rumieniowatego układowego

	Ogółem liczba orzeczeń	Odsetek orzeczeń wydanych na okres (miesiące):			
		do 3	4-6	7-9	10-12
Orzeczenia pierwszorazowe	67	19,4%	58,2%	9,0%	13,4%
Orzeczenia ponowne	45	28,9%	50,0%	11,1%	-

Źródło: Karczewicz E. *Niezdolność do pracy spowodowana toczeniem rumieniowatym układowym w 2010 roku w badaniach Zakładu Ubezpieczeń Społecznych*.

Zakładając stałą miesięczną dynamikę wydawanych orzeczeń oraz przyjmując, że w kolejnych latach liczba i rozkład długości wydawanych orzeczeń nie ulega istotnym zmianom, skumulowaną roczną liczbę miesięcy finansowania świadczeń rehabilitacyjnych związanych z toczeniem rumieniowatym układowym wyliczono na **596 miesięcy (49,7 lat)**.

4.5. Długoterminowa niezdolność do pracy – uprawnienia do przyznania renty z tytułu niezdolności do pracy

Ogółem w 2010 roku rentę z tytułu niezdolności do pracy, w przebiegu toczenia rumieniowatego układowego, pobierało **2 481 świadczeniobiorców**. Przy przeciętnym okresie wypłacania równym 10 miesięcy i 27 dni przekłada się to na skumulowaną liczbę **2 251 lat** pozostawania na świadczeniu rentowym.

W dalszym toku szacowania kosztów pośrednich toczenia rumieniowatego układowego wykorzystano zagregowane dane ZUS zestawione w tabeli poniżej.

Tabela 46. Dane Zakładu Ubezpieczeń Społecznych wykorzystane do szacowania kosztów pośrednich TRU

	Liczba osób	Przeciętna długość świadczenia w roku (dni)	Sumaryczna absencja chorobowa (miesiące)
Absencja chorobowa	1 600	36,3	1 897
Świadczenia rehabilitacyjne	112*	b.d.	596
Renty z tytułu niezdolności do pracy	2481	331,2	27 012
			29 505

*liczba nowych pacjentów z uprawnieniem do świadczenia w roku

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych ZUS.

4.6. Metodyka oszacowań

Koszty pośrednie toczenia rumieniowatego układowego związane są z kosztem produktu utraconego przez społeczeństwo jako całość w wyniku choroby lub procesu jej leczenia (koszty utraconej produktywności). W opracowaniu zastosowano równolegle 3 metody stanowiące implementację podejścia z perspektywy kapitału ludzkiego (ang. human capital approach; HCA) bazujące na przybliżeniu jednostkowej utraty produktywności za pomocą:

- przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia brutto,

- produktu krajowego brutto (PKB) *per capita*,
- wartości dodanej brutto na 1 pracującego, skorygowanej o współczynnik krańcowej wydajności pracy.

Tabela 47. Dane demograficzne wykorzystane do szacowania kosztów pośrednich TRU

Ludność (osób)		Zatrudnionych (osób)
2010	38 529 900	14 106 900
2011	38 538 400	14 232 600

Źródło: Dane GUS.

Tabela 48. Wskaźniki makroekonomiczne wykorzystane do szacowania kosztów pośrednich TRU

Rok	Produkt krajowy brutto (PKB)		Wartość dodana brutto (WDB)				Przeciętne wynagrodzenie brutto	
	(mln zł)	<i>Per capita</i> (zł)	(mln zł)	<i>Per capita</i> (zł)	Na 1 zatrudnionego (zł)	Na 1 zatrudnionego, skorygowana współczynnikiem krańcowej wydajności pracy (zł)	Miesięcznie (zł)	Roczne (zł)
2010	1 416 585	37 064,00	1 247 651	32 640	88 442,61	61 909,82	3 224,13	38 689,56
2011	1 523 245	39 538,00	1 337 504	34 717	93 974,68	65 782,27	3 403,51	40 842,12

* Rocznik statystyczny 2012, **Rocznik statystyczny 2011

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS (Rocznik statystyczny 2011 oraz Rocznik statystyczny 2012).

4.7. Wyniki

Ogółem, toczy układowy rumieniowaty odpowiada za blisko 2460 lat utraconej produktywności w Polsce, rocznie. Koszty pośrednie ponoszone przez polskie społeczeństwo z tytułu TRU wahają się w zależności od przyjętego podejścia implementacyjnego dla metody kapitału ludzkiego - od ok. 97 do ok. 162 mln zł rocznie. Dwa podejścia wskazują na koszty utraty produktywności na poziomie ok. 100 mln zł rocznie.

Tabela 49. Koszty pośrednie TRU w Polsce szacowane metodą kapitału ludzkiego, w zależności od przyjętego podejścia

Wartość współczynnika (zł)		Liczba lat utraty produktywności	Koszty pośrednie tocznia rumieniowatego układowego (zł)
Przeciętne roczne wynagrodzenie brutto			100 421 578,94 zł
Produkt krajowy brutto per capita	39 538,00 zł	2 459	97 215 041,44 zł
Skorygowana wartość dodana brutto na 1 pracującego	65 782,27 zł		161 743 804,47 zł

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych ZUS oraz GUS.

4.8. Dyskusja

Koszty utraconej produktywności mogą zasadniczo wiązać się z absencją w pracy z powodu choroby (absenteizmem), zmniejszeniem efektywności pracy wykonywanej pomimo choroby (prezenteizmem) lub przedwczesną umieralnością.

Zarówno w Polsce, jak i na świecie, brak jest konsensusu co do jednolitej i powszechnie akceptowanej metodyki obliczania kosztów pośrednich. Koszty absenteizmu szacowane są w oparciu o: metodę kapitału ludzkiego (HCA), metodę kosztów frykcyjnych (friction cost method, FCM) lub podejście uwzględniające ocenę stanu zdrowia (health state valuation, HSV). Największym uznaniem cieszy się metoda kapitału ludzkiego. Samo HCA posiada wiele podejść implementacyjnych, związanych z różną wyceną wartości dlajednostki czasu utraty produktywności. W 2011roku, Wrona i wsp. zwrócili uwagę na fakt, że metoda kapitału ludzkiego jest jedynym podejściem wykorzystywanym w piśmiennictwie polskim, a utrata wydajności przybliżana jest najczęściej poprzez przeciętne wynagrodzenie lub PKB per capita.¹ Obserwacje spoza Polski oraz z innych obszarów terapeutycznych, potwierdzają dominację tych dwóch podejść implementacyjnych do metody HCA.²

Nie czując się kompetentni by wskazywać jedyną słuszną metodę do obliczania utraty produktywności, podjęliśmy decyzję o równoległym oszacowaniu kosztów pośrednich absenteizmu związanego z TRU, przy pomocy trzech wariantów metody HCA. Dwa z trzech podejść, w dodatku te najczęściej wymieniane w piśmiennictwie, wskazały na koszty pośrednie tocznia układowego rumieniowatego na poziomie ok. 100 mln zł rocznie.

Wśród ograniczeń naszego badania należy wymienić: pominięcie kosztów utraty produktywności związanych z przedwczesną umieralnością w przebiegu TRU oraz kosztów związanych ze zmniejszeniem efektywności pracy wykonywanej pomimo choroby (prezenteizmem). Obie sytuacje potencjalnie prowadzą do pewnego niedoszacowania kosztów pośrednich TRU.

Porównując uzyskane przez nas wyniki z wynikami innych badań można stwierdzić, że oszacowane koszty pośrednie TRU w Polsce kształtują się na poziomie oszacowanych przez Maciocha i Hermanowskiego (2011 r.) kosztów pośrednich raka prostaty.³ Przeciętna absencja chorobowa z powodu tocznia w Polsce (36,3 dnia), jest dużo niższa niż u naszych zachodnich sąsiadów (64,8 dnia).⁴ W opracowaniu dotyczącym czterech głównych schorzeń reumatycznych o charakterze zapalnym, badacze niemieccy stwierdzili, że koszty pośrednie w przeliczeniu na pacjenta są u chorych z toczniem układowym rumieniowatym wyższe niż u chorych z zeszywniejącym zapaleniem stawów kręgosłupa czy tłuszczycowym zapaleniem stawów, ale niższe niż w reumatoidalnym zapaleniu stawów.

Obecnym badaniem, Polska dołączyła do elitarnego grona krajów, w których oszacowano koszty pośrednie tocznia układowego rumieniowatego (Stany Zjednoczone, Kanada, Wielka Brytania, Hong Kong).^{5, 6}

4.9. Piśmiennictwo

¹Wrona W, Hermanowski T, Golicki D, Jakubczyk M, Macioch T, Goszczyńska K, Wójcik R. *Cost of lost productivity in pharmacoeconomics analysis. Part I. A systematic review of the literature*. Przegl Epidemiol. 2011;65(1):147-52.

²Krol M, Papenburg J, Koopmanschap M, Brouwer W. *Do productivity costs matter?: the impact of including productivity costs on the incremental costs of interventions targeted at depressive disorders*. Pharmacoeconomics. 2011 Jul;29(7):601-19.

³Macioch T, Hermanowski T. *The indirect costs of cancer-related absenteeism in the workplace in Poland*. J Occup Environ Med. 2011 Dec;53(12):1472-7.

⁴Huscher D, Merkesdal S, Thiele K, Zeidler H, Schneider M, Zink A. *Cost of illness in rheumatoid arthritis, ankylosing spondylitis, psoriatic arthritis and systemic lupus erythematosus in Germany*. Ann Rheum Dis 2006;65:1175–83.

⁵Turchetti G, Yazdany J, Palla I, Yelin E, Mosca M. *Systemic lupus erythematosus and the economic perspective: a systematic literature review and points to consider*. Clin Exp Rheumatol. 2012 Jul-Aug;30(4 Suppl 73):S116-22.

⁶Zhu TY, Tam LS, Li EK. *Cost-of-illness studies in systemic lupus erythematosus: A systematic review*. Arthritis Care Res (Hoboken). 2011 May;63(5):751-60.

5. ANALIZA CHOROBYWOCISZPITALNEJ PACJENTOW Z ROZPOZNANIEM TRU NA PODSTAWIE DANYCH SYSTEMU CHOROBYWOCISZPITALNEJ PZH

5.1. Wprowadzenie

Toczeń rumieniowaty układowy (TRU) jest przewlekłą autoimmunologiczną chorobą dotyczącą głównie młodych kobiet. Choć większość chorych na TRU można efektywnie leczyć dostępnymi metodami terapeutycznymi, to istotnym problemem klinicznym pozostaje postępujące w czasie przebiegu choroby uszkodzenie narządów wewnętrznych (nerki, ośrodkowy układ nerwowy, układ krwionośny, układ oddechowy). Chorzy z aktywną, ciężką postacią choroby wymagają intensywnej opieki lekarskiej i hospitalizacji związanych z zaostrzeniami choroby.

Baza chorobowości szpitalnej Państwowego Zakładu Higieny pozostaje jednym z najbardziej wiarygodnych źródeł danych dotyczących chorobowości szpitalnej. Gromadzone w niej informacje pozwalają kompleksowo wiązać charakterystykę pacjentów z przebiegiem choroby odzwierciedlonym w ilości i charakterystyce hospitalizacji.

Celem poniższej analizy jest próba scharakteryzowania populacji chorych na TRU, hospitalizowanych w latach 2008-2010 pod kątem demograficznym, częstości hospitalizacji oraz określenia odsetka pacjentów u których choroba z uwagi na ciężkość przebiegu wymaga intensywnego postępowania diagnostycznego i terapeutycznego.

5.2. Analiza hospitalizacji w latach 2008 - 2010

Normalność rozkładu zmiennych ciągłych weryfikowano przy pomocy testu Shapiro-Wilka. Charakterystyki statystyczne zmiennych ciągłych przedstawiono w postaci średnich i odchyłeń standardowych (SD) oraz median i rozstępów międzykwartylowych (IQR). Charakterystyki statystyczne zmiennych skokowych i jakościowych przedstawiono w postaci rozkładów liczbowych i procentowych. Do porównań międzygrupowych charakterystyk zmiennych ciągłych wykorzystano test t Studenta dla zmiennych niepowiązanych oraz test U Manna-Whitneya. Do porównań międzygrupowych rozkładów zmiennych skokowych lub jakościowych użyto testu chi-kwadrat Pearsona lub dokładnego testu Fishera. Siłę i kierunek związku pomiędzy parami zmiennych ciągłych oceniano w oparciu o wartości współczynnika korelacji liniowej Pearsona (r). Wszystkie obliczenia statystyczne wykonano przy użyciu pakietu Statistica 10 (StatSoft®, Tulsa OK). Jako poziom istotności wszystkich testów przyjęto $p \leq 0,05$.

Do analizy zostały udostępnione dane pierwotne chorobowości szpitalnej znajdujące się w zbiorach Państwowego Zakładu Higieny. Kryterium włączenia do zbioru stanowiło rozpoznanie M32 jako główne lub współwystępujące określone jako przyczyna hospitalizacji w latach 2003-2010. Dane z lat 2003-2007 pochodzą z mniejszej liczby ośrodków szpitalnych oraz charakteryzują się większą liczbą rekordów niepewnych merytorycznie. Dążąc do maksymalizacji precyzji oszacowań oraz jednoznaczności wnioskowania zdecydowano o ograniczeniu okresu wnioskowania do lat 2008-2010. Identyfikacja unikalnego pacjenta w ramach zbioru danych dokonywana jest za pomocą unikalnej kombinacji trzech zmiennych: daty urodzenia, płci oraz kodu GUS miejsca zamieszkania.

Analizowany zbiór danych może być nieoszacowany o około 20% ze względu na nieobjęcie programem części szpitali

kontraktujących hospitalizacje z Narodowym Funduszem Zdrowia. W związku z powyższym oczekiwane wielkości populacyjne powinny być proporcjonalnie zwiększone o powyższy odsetek.

Ze względu na charakter danych gromadzonych w systemie chorobowości szpitalnej i identyfikację pacjenta za pomocą kombinacji trzech zmiennych – brak numeru PESEL w systemie – zbiór danych może być wrażliwy na dwa rodzaje błędów w momencie wprowadzania: nieprecyzyjne wprowadzenie informacji – skutkiem może być zidentyfikowanie dodatkowego, nadmiarowego pacjenta w ramach zbioru oraz zmianę miejsca zamieszka pacjenta wynikająca z naturalnej migracji ludności – w tym przypadku w ramach analizy widoczny będzie od pewnego punktu czasowego osobny identyfikator pacjenta – rodzi to ryzyko niedoszacowania poziomu re-hospitalizacji i może być szczególnie istotne przy analizie w perspektywie długookresowej. Przyjęcie 3-letniego okresu analizy 2008-2010, stanowi zdaniem autorów rozwiązanie minimalizujące ograniczenia przy możliwości wnioskowania w oczekiwanym zakresie.

5.3. Charakterystyka pacjentów hospitalizowanych z powodu TRU

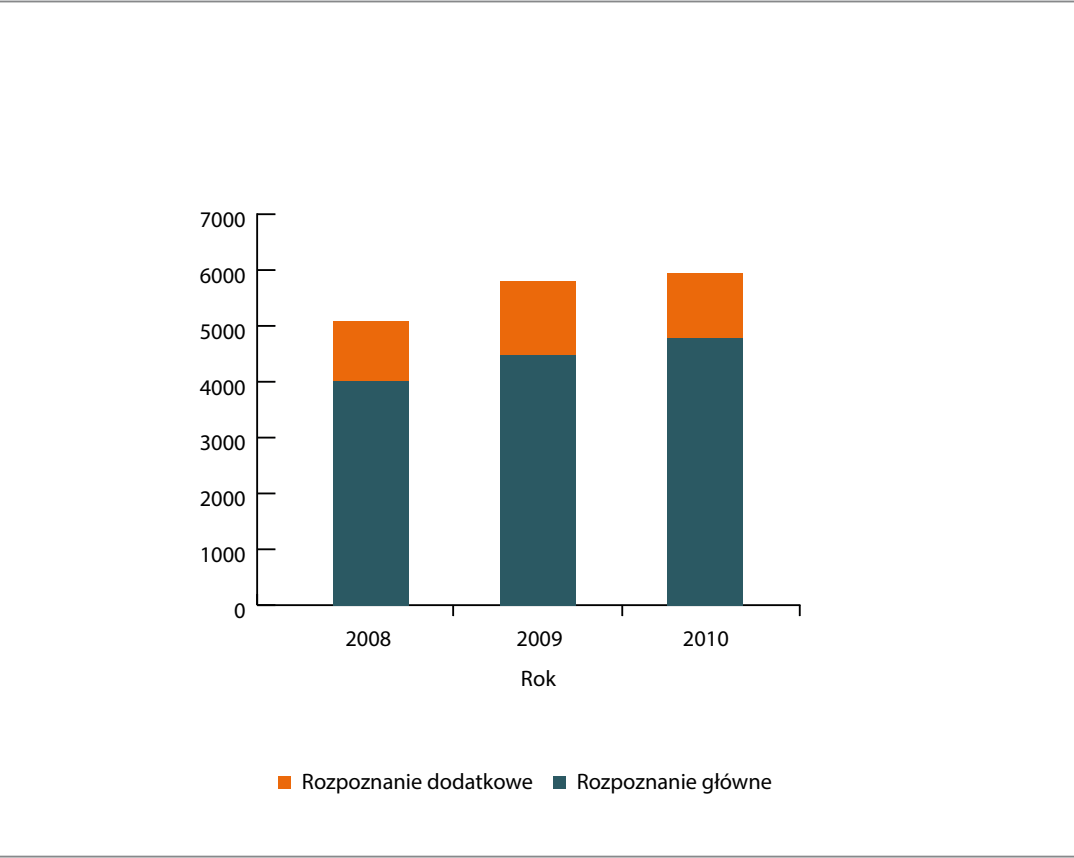
W bazie danych znalazło się 16 668 rekordów dotyczących hospitalizacji z lat 2008-2010, które były związane z rozpoznaniem głównym lub dodatkowym tocznia rumieniowatego układuowego (TRU) (Tabela nr 50, Wykres nr 19).

Tabela 50. Rozkład liczby wszystkich hospitalizacji z lat 2008-2010, w przypadku których TRU był rozpoznaniem głównym lub dodatkowym

Rok	Rozpoznanie główne	Rozpoznanie główne/dodatkowe
2008	3 991	5 057
2009	4 472	5 710
2010	4 713	5 901
2008-2010	13 176	16 668

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NIZP – PZH.

Wykres 19. Rozkład liczby wszystkich hospitalizacji z lat 2008-2010, w przypadku których TRU był rozpoznaniem głównym lub dodatkowym



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NIZP – PZH.

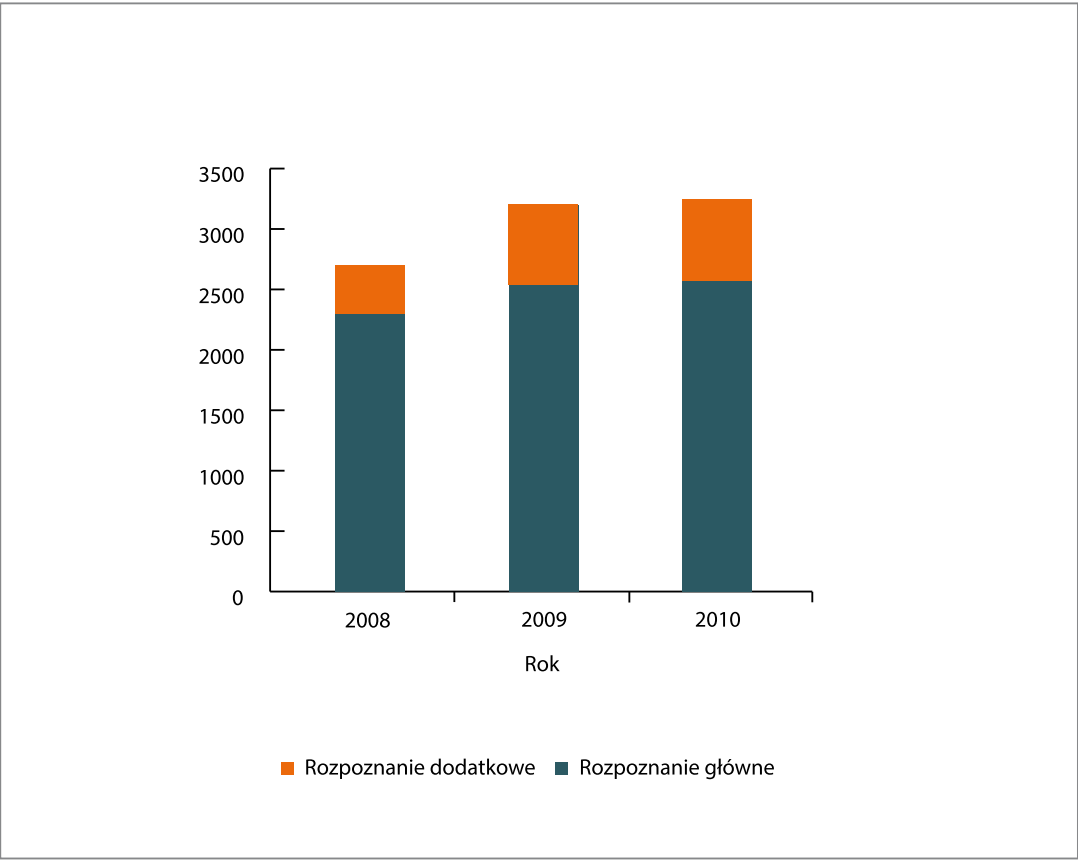
W analizowanym okresie z powodu rozpoznania głównego oraz głównego/dodatkowego TRU hospitalizowano odpowiednio 5 786 oraz 7 142 unikalnych pacjentów (Tabela nr 51, Wykres nr 20).

Tabela 51. Rozkład liczby unikalnych hospitalizacji z lat 2008-2010, w przypadku których TRU był rozpoznaniem głównym lub dodatkowym

Rok	Rozpoznanie główne	Rozpoznanie główne/dodatkowe
2008	2 286	2 883
2009	2 561	3 195
2010	2 639	3 289
2008-2010	5 786	7 142

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NIZP – PZH.

Wykres 20. Rozkład liczby unikalnych hospitalizacji z lat 2008-2010, w przypadku których TRU był rozpoznaniem głównym lub dodatkowym



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NIZP – PZH.

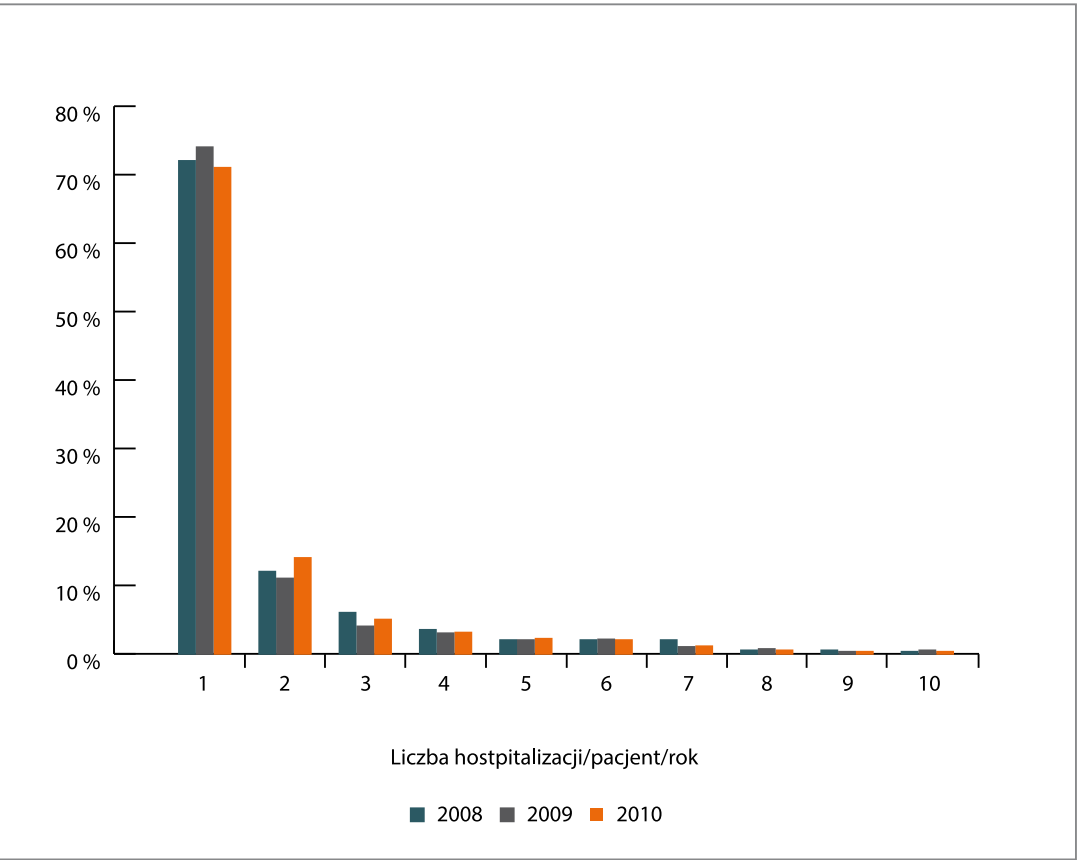
Wśród 5 786 unikalnych pacjentów hospitalizowanych z powodu rozpoznania głównego TRU w latach 2008-2010, znalazło się 2 112 (36,5%) osób, które przebywały w szpitalu co najmniej dwukrotnie, oraz 804 (13,9%) chorych, hospitalizowanych więcej niż czterokrotnie (Tabela nr 52, Wykres nr 21).

Tabela 52. Rozkład liczby unikalnych hospitalizacji z powodu rozpoznania głównego TRU przypadających na jednego pacjenta

Liczba hospitalizacji	2008	2009	2010
1	1 641 (71,8%)	1 892 (73,9%)	1 873 (71,0%)
2	278 (12,2%)	303 (11,8%)	356 (13,5%)
3	123 (5,4%)	100 (3,9%)	124 (4,7%)
4	84 (3,7%)	79 (3,1%)	87 (3,3%)
5	42 (1,8%)	46 (1,8%)	64 (2,4%)
6	37 (1,6%)	46 (1,8%)	43 (1,6%)
7	37 (1,6%)	26 (1,0%)	34 (1,3%)
8	18 (0,8%)	28 (1,1%)	18 (0,7%)
9	15 (0,7%)	14 (0,5%)	15 (0,6%)
≥10	11 (0,5%)	27 (1,1%)	25 (0,9%)
Ogółem	2 286 (100,0%)	2 561 (100,0%)	2 639 (100,0%)

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NIZP – PZH.

Wykres 21. Rozkład liczby unikalnych hospitalizacji z powodu rozpoznania głównego TRU przypadających na jednego pacjenta



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NIZP – PZH.

W dalszej analizie poszukiwaliśmy unikalnych charakterystyk osób hospitalizowanych wielokrotnie z powodu TRU (więcej niż 3 hospitalizacje).

Analiza charakterystyk statystycznych wieku wykazała, że pacjenci ci są istotnie młodsi od pozostałych chorych hospitalizowanych z powodu TRU (Tabela nr 53, Wykres nr 22).

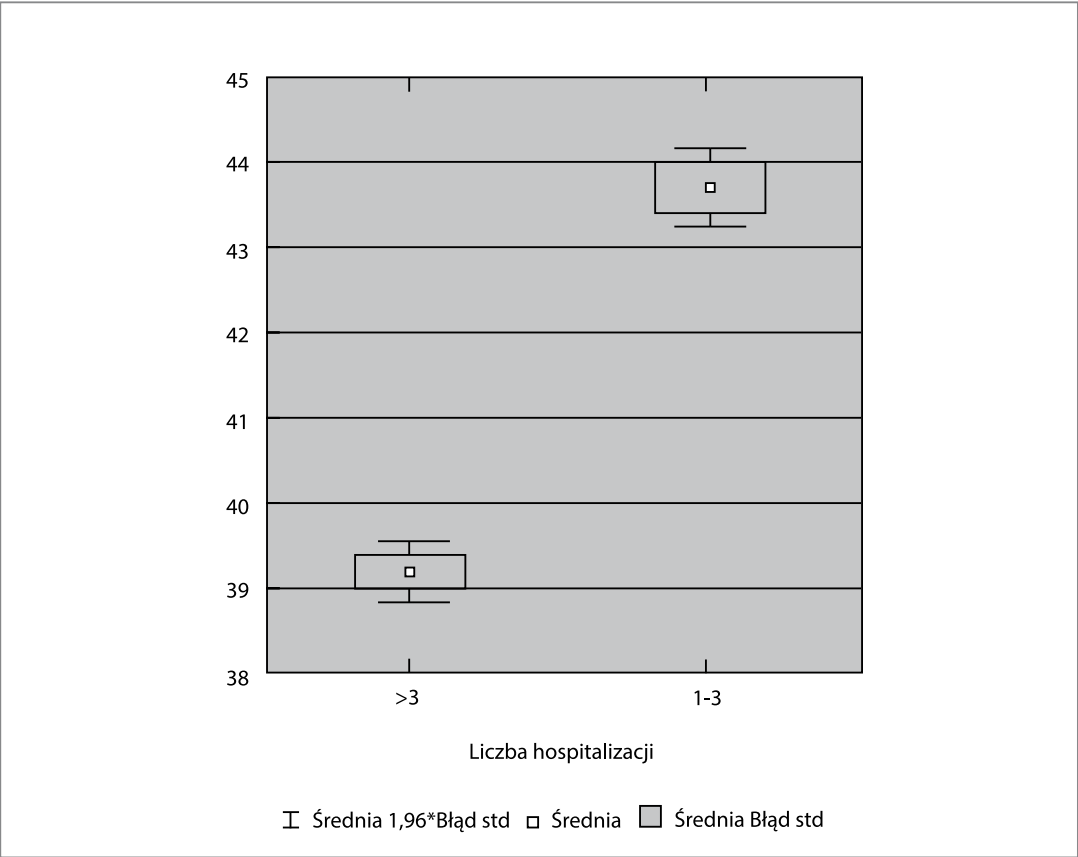
Tabela 53. Charakterystyki statystyczne wieku (w latach) chorych na TRU w zależności od liczby unikalnych hospitalizacji przypadających na pacjenta

Rok	>3 hospitalizacje				1-3 hospitalizacje				p*
	Średnia	SD	Mediana	IQR	Średnia	SD	Mediana	IQR	
2008	38,9	15,6	38	26-51	43,6	16,8	44,5	30-56	<0,001
2009	39,0	15,4	37	27-51	43,7	16,9	45	31-56	<0,001
2010	39,5	15,6	38	27-52	43,9	17,7	46	31-57	<0,001
2008-2010	39,2	15,5	38	27-51	43,7	17,1	45	31-56	<0,001

SD – odchylenie standardowe, IQR – rozstęp międzykwartylowy, *test t-Studenta dla zmiennych niepowiązanych

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NIZP – PZH.

Wykres 22. Porównanie wieku chorych na TRU leczonych w latach 2008-2010 w zależności od liczby unikalnych hospitalizacji przypadających na pacjenta



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NIZP – PZH.

W strukturze płci osób hospitalizowanych wielokrotnie z powodu TRU znalazło się też istotnie więcej kobiet niż wśród pozostałych chorych (Tabela nr 54, Wykres nr 23).

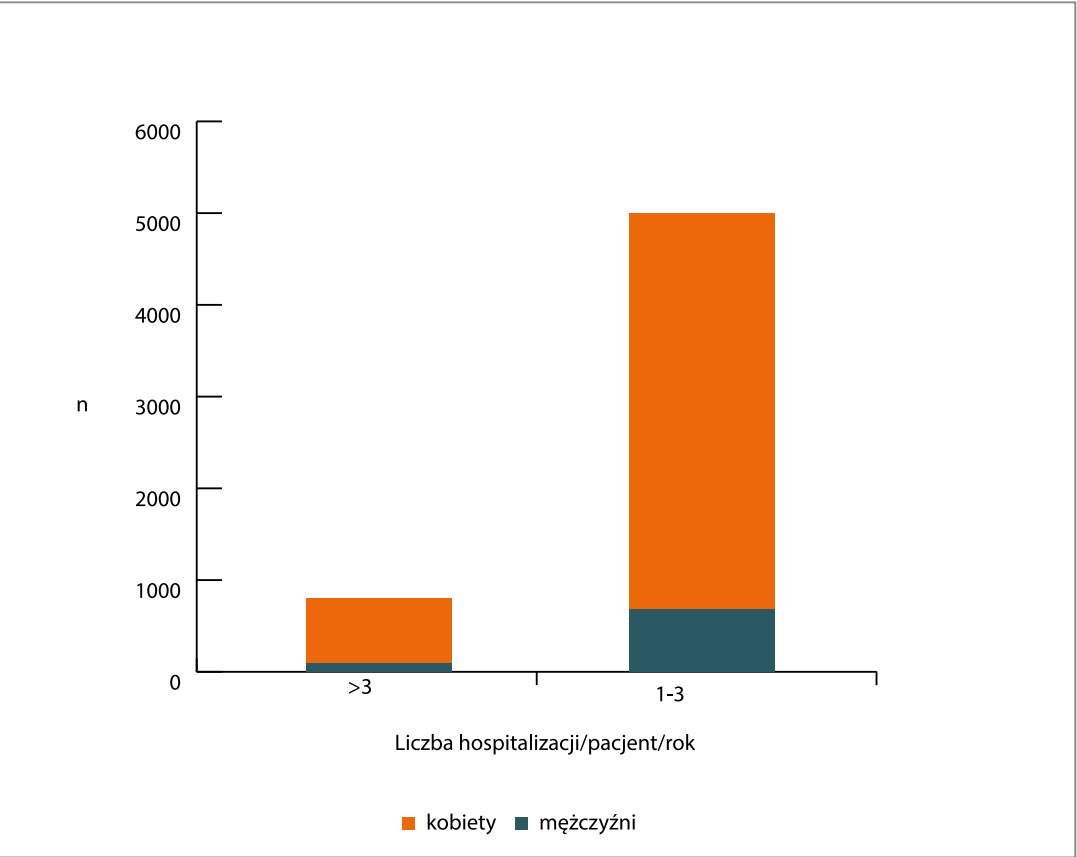
Tabela 54. Rozkład płci chorych na TRU w zależności od liczby unikalnych hospitalizacji przypadających na pacjenta

Rok	>3 hospitalizacje		1-3 hospitalizacje		p*
	Mężczyźni	Kobiety	Mężczyźni	Kobiety	
2008	27 (11,1%)	217 (88,9%)	274 (13,4%)	1768 (86,6%)	0,027
2009	30 (11,3%)	236 (88,7%)	317 (13,8%)	1978 (86,2%)	0,027
2010	35 (12,2%)	251 (87,8%)	339 (14,4%)	2014 (85,6%)	0,033
2008-2010	92 (11,4%)	712 (88,6%)	692 (13,9%)	4290 (86,1%)	<0,001

*test chi-kwadrat Pearsona

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NIZP – PZH.

Wykres 23. Rozkład płci chorych na TRU leczonych w latach 2008-2010 w zależności od liczby unikalnych hospitalizacji przypadających na pacjenta



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NIZP – PZH.

Osoby przebywające w szpitalu wielokrotnie różniły się od pozostałych chorych na TRU istotnie krótszym czasem trwania hospitalizacji (Tabela nr 55, Wykres nr 24).

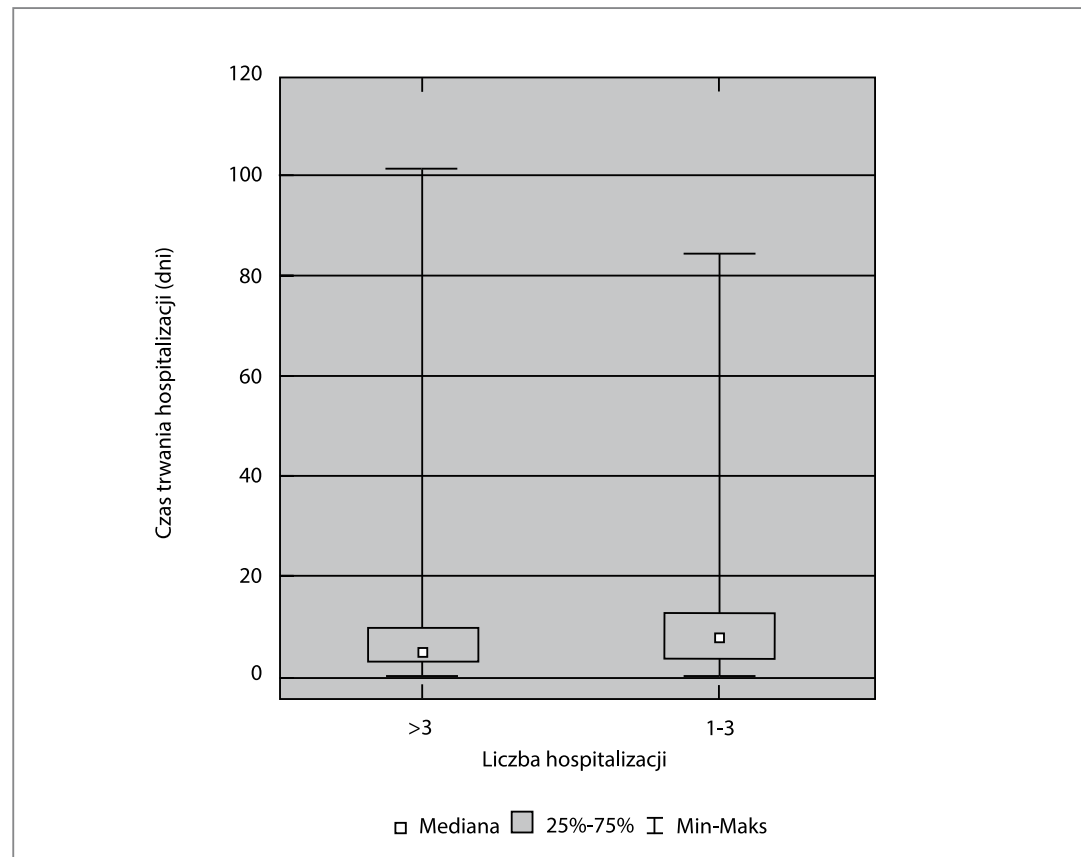
Tabela 55. Charakterystyki statystyczne długości pojedynczego pobytu w szpitalu (w dniach) chorych na TRU w zależności od liczby unikalnych hospitalizacji przypadających na pacjenta

Rok	Więcej niż 3 hospitalizacje				1-3 hospitalizacje				p*
	Średnia	SD	Mediana	IQR	Średnia	SD	Mediana	IQR	
2008	6,1	7,0	4	2-8	9,4	7,5	8	4-14	<0,001
2009	6,0	6,4	4	2-8	9,3	8,4	8	4-13	<0,001
2010	5,6	5,9	4	2-8	8,9	8,0	8	3-12	<0,001
2008-2010	5,9	6,4	4	2-8	9,2	8,0	8	4-13	<0,001

SD – odchylenie standardowe, IQR – rozstęp międzykwartylowy, *test U Manna-Whitneya

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NIZP – PZH.

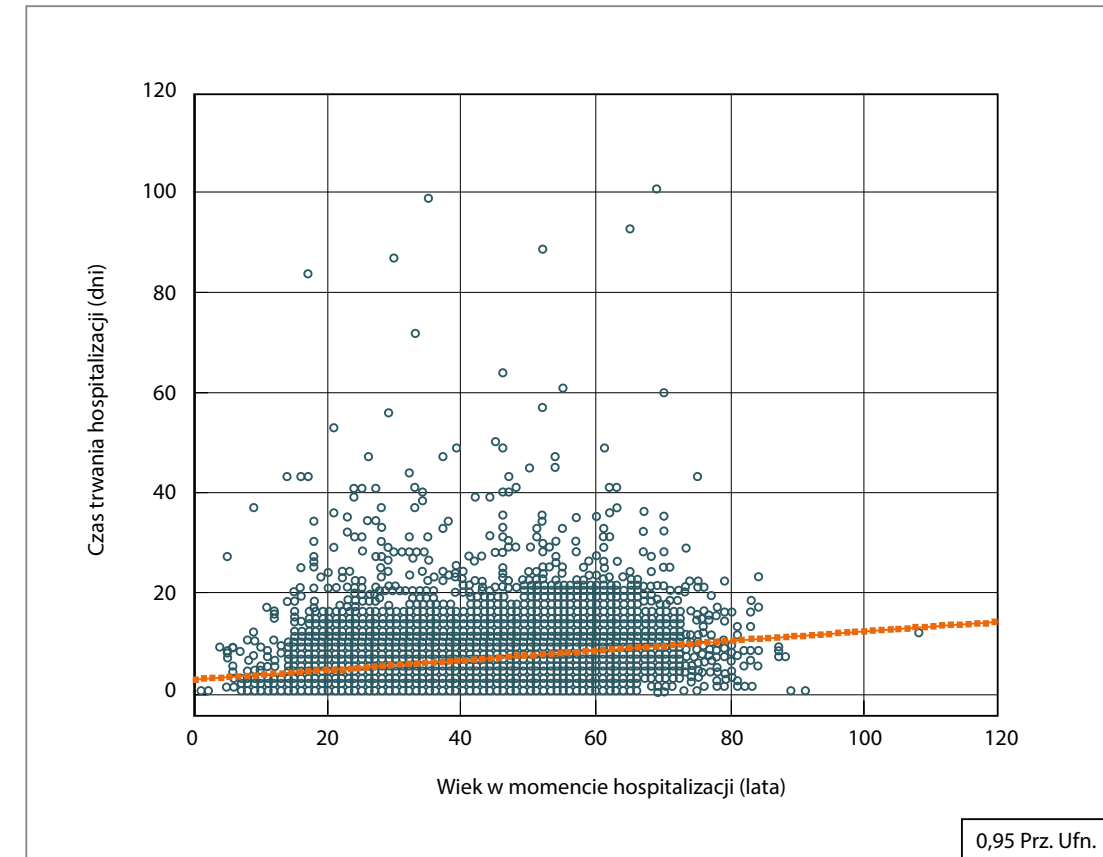
Wykres 24. Porównanie długości pojedynczego pobytu w szpitalu chorych na TRU leczonych w latach 2008-2010 w zależności od liczby unikalnych hospitalizacji przypadających na pacjenta



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NIZP – PZH.

Wykazano słabą, choć istotną statystycznie korelację pomiędzy wiekiem pacjentów a czasem trwania hospitalizacji – osoby starsze przebywały w szpitalu przez większą liczbę dni (dla całej próby: $r=0,2188$; $p<0,001$; dla hospitalizacji wielokrotnych: $r=0,2364$; $p<0,001$) (Wykres nr 25).

Wykres 25. Zależność pomiędzy wiekiem w momencie hospitalizacji a długością pojedynczego pobytu w szpitalu chorych na TRU leczonych w latach 2008-2010, którzy przebywali w szpitalu częściej niż trzykrotnie



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NIZP – PZH.

Chorych na TRU najczęściej hospitalizowano na oddziałach reumatologicznych, nefrologicznych i chorób wewnętrznych. Wielokrotne unikalne hospitalizacje istotnie częściej dotyczyły oddziałów nefrologicznych, a znikomą rzadziej – oddziałów dermatologicznych (Tabela nr 56, Wykres nr 26).

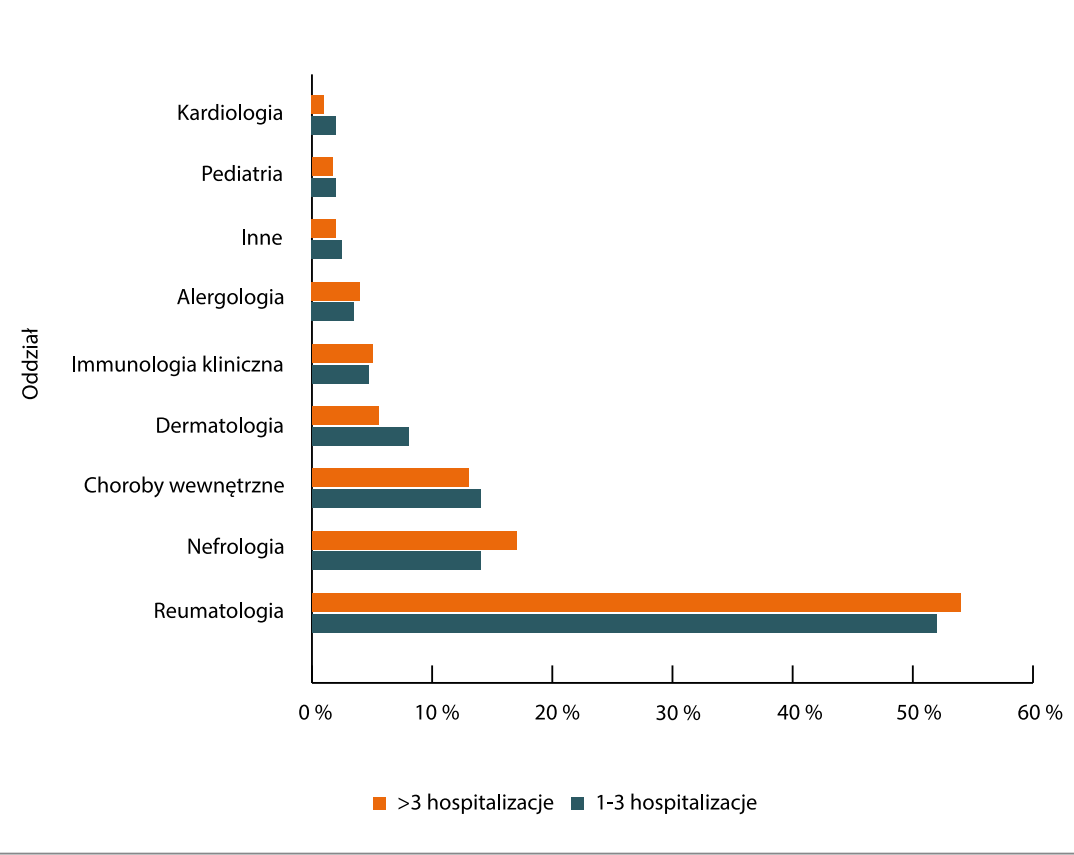
Tabela 56. Rozkład liczby unikalnych hospitalizacji z powodu TRU jako rozpoznania głównego w tym sporadycznych (1-3) i wielokrotnych (>3) unikalnych hospitalizacji, na poszczególnych oddziałach

Oddział	Ogółem		>3 hospitalizacje		1-3 hospitalizacje		p*
	n	%	n	%	n	%	
Reumatologia	2 992	51,7	433	53,9	2 559	51,4	0,203
Nefrologia	820	14,2	139	17,3	681	13,7	0,007
Choroby wewnętrzne	804	13,9	100	12,4	704	14,1	0,218
Dermatologia	478	8,3	42	5,2	436	8,8	0,001
Immunologia kliniczna	217	3,8	32	4,0	185	3,7	0,788
Alergologia	153	2,6	24	3,0	129	2,6	0,596
Inne	105	1,8	12	1,5	93	1,9	0,552
PediatRIA	81	1,4	9	1,1	72	1,4	0,570
Kardiologia	71	1,2	7	0,9	64	1,3	0,414
Chirurgia urazowa	16	0,3	2	0,2	14	0,3	0,841
OIT	11	0,2	2	0,2	9	0,2	0,980
Neurologia	11	0,2	1	0,1	10	0,2	0,980
Pulmonologia	8	0,1	0	0,0	8	0,2	0,532
Chirurgia	7	0,1	1	0,1	6	0,1	0,605
Choroby zakaźne	4	0,1	0	0,0	4	0,1	0,936
Angiologia	3	0,1	0	0,0	3	0,1	0,890
Hematologia	2	<0,1	0	0,0	2	<0,1	0,650
Transplantologia	2	<0,1	0	0,0	2	<0,1	0,650
Endokrynologia	1	<0,1	0	0,0	1	<0,1	0,297

*porównanie procentowego udziału hospitalizacji na danym oddziale w puli wszystkich sporadycznych i wielokrotnych unikalnych hospitalizacji (test chi-kwadrat Pearsona lub dokładny test Fishera).

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NIZP – PZH.

Wykres 26. Procentowy udział sporadycznych (1-3) i wielokrotnych (>3) unikalnych hospitalizacji z powodu TRU jako rozpoznania głównego na poszczególnych oddziałach



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NIZP – PZH.

Ogółem, w latach 2008-2010 do bazy spłynęły dane z 355 różnych szpitali (2008 – 220, 2009 – 242, 2010 – 253). Jednak tylko 133 szpitale raportowały przez cały analizowany okres. Dane pochodzące z tych placówek wykorzystano do analizy sezonowości wielokrotnych hospitalizacji. Wykazano, że w kolejnych miesiącach roku liczba pacjentów hospitalizowanych z powodu TRU systematycznie maleje; jednocześnie zwiększa się procentowy udział chorych przyjmowanych do szpitala co najmniej po raz czwarty. Procentowy udział wielokrotnych hospitalizacji w styczniu okazał się z namiennie niższy, a w grudniu – istotnie wyższy niż w pozostałych miesiącach (Tabela nr 57, Wykres nr 27).

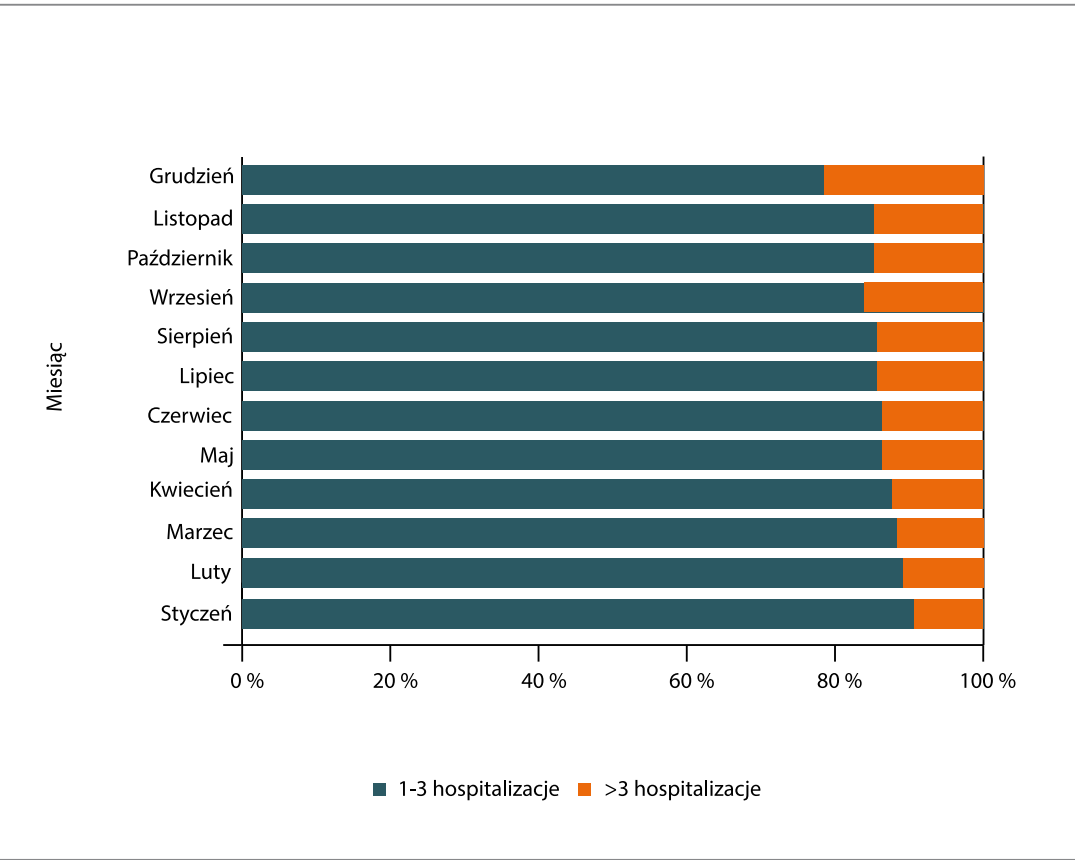
Tabela 57. Rozkład liczby sporadycznych (1-3) i wielokrotnych (>3) unikalnych hospitalizacji z powodu TRU jako rozpoznania głównego w poszczególnych miesiącach

Miesiąc	Ogółem		>3 hospitalizacje		1-3 hospitalizacje		p*
	n	%*	n	%**	n	%**	
Styczeń	711	12,3	70	9,8	641	90,2	0,003
Luty	577	10,0	65	11,3	512	88,7	0,091
Marzec	609	10,5	78	12,8	531	87,2	0,497
Kwiecień	493	8,5	66	13,4	427	86,6	0,806
Maj	473	8,2	68	14,4	405	85,6	0,825
Czerwiec	504	8,7	73	14,5	431	85,5	0,765
Lipiec	459	7,9	69	15,0	390	85,0	0,544
Sierpień	431	7,4	64	14,8	367	85,2	0,632
Wrzesień	424	7,3	67	15,8	357	84,2	0,308
Październik	411	7,1	63	15,3	348	84,7	0,462
Listopad	438	7,6	68	15,5	370	84,5	0,381
Grudzień	256	4,4	53	20,7	203	79,3	0,003

*w skali roku, **w skali miesiąca, ***odsetek wielokrotnych hospitalizacji w porównaniu do całego roku (test chi-kwadrat Pearsona lub dokładny test Fishera).

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NIZP – PZH.

Wykres 27. Procentowy udział sporadycznych (1-3) i wielokrotnych (>3) unikalnych hospitalizacji z powodu TRU jako rozpoznania głównego w poszczególnych miesiącach



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NIZP – PZH.

5.4. Podsumowanie

Analizując populację chorych hospitalizowanych z powodu TRU w okresach rocznych 26,1%-29% wymagało co najmniej 2 hospitalizacji rocznie.

Przyjmując jako kryterium aktywnej postaci TRU przebiegającej z zaostrzeniami co najmniej 2 hospitalizacje w analizowanym okresie 2008-2010 (3 lata obserwacji) – wielkość tej populacji można oszacować na 2112 pacjentów co stanowi 36,5% wszystkich hospitalizowanych chorych z TRU.

W toku analizy przyjęto oddział hospitalizacji jako odzwierciedlający rodzaj powikłania narządowego wymagającego intensywnej diagnostyki lub leczenia. Analizując powikłania (zajęcia narządowe) u chorych na TRU, powikłania nefrologiczne były związane z istotnie wyższą częstością hospitalizacji w ciągu roku a chorzy hospitalizowani z powodu powikłań skórnych byli istotnie rzadziej hospitalizowani w ciągu roku.

6. WNIOSKI

1. W roku 2012 populacja pacjentów z rozpoznaniem toczenia rumieniowatego układowego u których zrealizowano świadczenie opieki zdrowotnej w ramach systemu NFZ objęła 15 953 osób.
2. Pacjenci uzyskiwali świadczenia w jednej lub kilku z poniższych kategorii z czego w ramach działalności leczniczej poradni specjalistycznych (AOS) udzielono porad dla 12 735 pacjentów, w ramach leczenia szpitalnego zrealizowano hospitalizacje dla 3 552 pacjentów a w ramach podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) zrealizowano świadczenia dla 6 584 osób. Sumarycznie w ramach leczenia specjalistycznego – AOS + hospitalizacje - świadczenia uzyskało 12 872 pacjentów.
3. W ramach populacji hospitalizowanych pacjentów z toczeniem rumieniowatym układowym około 29% wymagało co najmniej 2 hospitalizacji rocznie natomiast analizując okres 3-letni co najmniej 2 hospitalizacje odnotowano u 36,5% wszystkich hospitalizowanych chorych z TRU.
4. Sumaryczne wydatki Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ) związane z leczeniem Toczenia Rumieniowatego Układowego w 2012 roku wyniosły 24,8 mln zł i pozostają stabilne w ostatnich latach.
5. Największe wydatki NFZ w 2012 roku związane były z finansowaniem świadczeń zrealizowanych w ramach leczenia szpitalnego (hospitalizacja) i wyniosły 21,2 mln zł oraz zrealizowanych w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w wysokości 1,7 mln zł.
6. Wydatki NFZ związane ze świadczeniami w rodzaju rehabilitacji leczniczej zrealizowanymi na rzecz pacjentów z toczeniem wyniosły w 2012 roku zaledwie 0,18 mln zł.
7. W 2010 roku Toczeń rumieniowaty układowy stanowił przyczynę wydania 3,6 tysiąca zaświadczeń lekarskich o czasowej niezdolności do pracy (absencja chorobowa) dla 1,6 tysiąca pacjentów na łączną liczbę 57,7 tys. dni absencji chorobowej.
8. W 2010 roku renty z tytułu niezdolności do pracy spowodowanej toczeniem rumieniowatym układowym pobierało 2 481 osób na łączną kwotę 22,1 mln zł.
9. W 2010 roku wydano przez lekarzy orzeczników ZUS 64 orzeczenia pierwszorazowe i 664 orzeczenia powtórne w związku z niezdolnością do pracy spowodowaną TRU oraz 45 uprawnień do świadczeń rehabilitacyjnych.
10. Łączne wydatki ZUS związane ze świadczeniami z tytułu niezdolności do pracy spowodowanej Toczeniem Rumieniowatym Układowym wyniosły w 2010 roku 28,3 mln zł.
11. Toczeń rumieniowaty układowy związany jest rocznie z 2 458 latami utraconej produktywności co przekłada się na obciążenie społeczne pośrednimi kosztami tej choroby szacowane na ok. 100 mln zł (97 do 162 mln zł rocznie w zależności od przyjętej metody kalkulacji).

7. REKOMENDACJE

Uczelnia Łazarskiego na podstawie danych analitycznych przedstawionych w niniejszym raporcie oraz danych zawartych w raporcie Uczelni Łazarskiego „Stan Opieki Reumatologicznej w Polsce” opublikowanym w 2011 roku przedstawia propozycje rekomendacji w zakresie opracowania rozwiązań systemowych dotyczących optymalnego zarządzania chorobą - Toczeniem Rumieniowatym Układowym (TRU).

1. W celu poprawy jakości diagnostyki, efektywności oraz kompleksowości leczenia pacjentów z rozpoznaniem Toczenia Rumieniowatego Układowego należy rozważyć utworzenie na bazie istniejących poradni reumatologicznych sieci, co najmniej 16 specjalistycznych poradni posiadających referencje nadzoru merytorycznego (Konsultant Krajowy i Konsultanci Wojewódzcy w dziedzinie reumatologii) w zakresie leczenia TRU.

Uzasadnienie: Utworzenie poradni specjalistycznych skróci czas związany z diagnostyką pacjentów, ułatwi wprowadzenie nowych wytycznych i standardów międzynarodowych w zakresie leczenia tej jednostki chorobowej oraz zmniejszy wydatki NFZ związane z hospitalizacją pacjentów.

2. W celu zapewnienia optymalnego modelu finansowania w zakresie diagnostyki i monitorowania skuteczności leczenia TRU w poradniach reumatologicznych należy wprowadzić w ramach umów NFZ w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej nowy typ świadczenia o nazwie: „Kompleksowa Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna nad pacjentem z TRU (KAOS-TRU)”, wzorem podobnych już funkcjonujących rozwiązań dotyczących „Kompleksowej Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej nad pacjentem z cukrzycą”.

Uzasadnienie: Nowe świadczenie zapewni kompleksową diagnostykę i racjonalne leczenie TRU w ramach poradni specjalistycznych poprawiając także jakość, kompleksowość i dostępność do opieki specjalistycznej dla pacjentów z TRU. Ma również szanse zmniejszyć wydatki NFZ w rodzaju leczenia szpitalnego NFZ związane z hospitalizacją pacjentów z TRU.

3. W celu zmniejszenia kosztów ponoszonych przez ZUS związanych w szczególności z absencją chorobową i ze świadczeniami z tytułu czasowej niezdolności do pracy pacjentów z TRU należy w porozumieniu z Krajowym Konsultantem w dziedzinie reumatologii i Krajowym Konsultantem w dziedzinie rehabilitacji leczniczej opracować program prewencji rentowej dla pacjentów z Toczeniem Rumieniowatym Układowym finansowany przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych.

Uzasadnienie: Program prewencji rentowej ZUS dla pacjentów z TRU wpłynie w istotny sposób poprzez w szczególności realizowaną rehabilitację, pomoc psychologiczną, poradnictwo zawodowe na poprawę ogólnego stanu zdrowia pacjentów z TRU oraz na poprawę funkcjonowanie tych pacjentów w życiu społecznym i zawodowym. Zmniejszy jednocześnie wartość świadczeń wypłacanych świadczeniobiorcom z tytułu niezdolności do pracy. Potencjalnie może również zmniejszyć wydatki NFZ związane z hospitalizacją pacjentów z TRU.

4. W celu monitorowania skuteczności terapii oraz dostępności do świadczeń na rzecz pacjentów z Toczeniem Rumieniowatym Układowym finansowanych przez NFZ i ZUS należy utworzyć Krajowy Rejestr Pacjentów z Toczeniem Rumieniowatym Układowym.

Uzasadnienie: Krajowy Rejestr Pacjentów z Toczeniem Rumieniowatym Układowym 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 TRU oraz mógłby stać się narzędziem służącym do podejmowania optymalnych i kompleksowych decyzji systemowych w zarządzaniu TRU.

8. SPIS WYKRESÓW

Wykres 1.	Ogólne koszty świadczeń finansowanych przez NFZ związane z leczeniem różnych postaci toczenia w latach 2010-2012	7
Wykres 2.	Rozkład procentowy finansowania NFZ rozpoznań w grupie M32 w 2012 roku	8
Wykres 3.	Sumaryczna wartość kosztów związanych z finansowaniem świadczeń według rozpoznań w grupie M32 w latach 2010-2012	9
Wykres 4.	Proporcja wydatków NFZ tytułem leczenia toczenia według rodzajów świadczeń	10
Wykres 5.	Wartość hospitalizacji w grupie H96 w 2012 roku w poszczególnych województwach	14
Wykres 6.	Średni czas hospitalizacji pacjenta w grupie H96 w 2012 roku, w poszczególnych województwach	15
Wykres 7.	Tryb przyjęcia pacjenta do szpitala w ramach grupy H96 w 2012 roku	16
Wykres 8.	Tryb wypisu pacjenta ze szpitala w ramach grupy H96 w 2012 roku	17
Wykres 9.	Finansowanie świadczeń dla pacjentów z rozpoznaniem TRU w poszczególnych województwach w 2012 roku	19
Wykres 10.	Liczba pacjentów z rozpoznaniem TRU według województw w 2012 roku	20
Wykres 11.	Średni roczny koszt leczenia 1 pacjenta z rozpoznaniem TRU w danym województwie w 2012 roku, w złotych	21
Wykres 12.	Finansowanie świadczeń w rodzaju lecniectwo szpitalne (hospitalizacji) pacjentów z TRU (grupa rozpoznań M32) w 2012, według województw, w złotych	23
Wykres 13.	Finansowanie świadczeń z rodzaju Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna (AOS) pacjentów z TRU (grupa rozpoznań M32) w 2012	25
Wykres 14.	Przeciętna długość zaświadczenia lekarskiego w 2010 r. wystawionego z tytułu toczenia rumieniowatego układowego osobom ubezpieczonym w ZUS w poszczególnych województwach	34
Wykres 15.	Liczba dni absencji chorobowej w 2010 r. osób ubezpieczonych w ZUS z powodu toczenia rumieniowatego układowego w poszczególnych województwach według płci	35
Wykres 16.	Struktura wieku osób z orzeczonym po raz pierwszy świadczeniem rehabilitacyjnym z tytułu toczenia rumieniowatego układowego w 2010 r.	37
Wykres 17.	Struktura orzeczeń pierwszorazowych wydanych w 2010 r. do celów rentowych w związku z toczniem rumieniowatym układowym według okresu ważności orzeczenia	40
Wykres 18.	Struktura wydatków w 2010 r. na świadczenia związane z niezdolnością do pracy spowodowaną toczniem rumieniowatym układowym według rodzajów świadczeń	42
Wykres 19.	Rozkład liczby wszystkich hospitalizacji z lat 2008-2010, w przypadku których TRU był rozpoznaniem głównym lub dodatkowym	51
Wykres 20.	Rozkład liczby unikalnych hospitalizacji z lat 2008-2010, w przypadku których TRU był rozpoznaniem głównym lub dodatkowym	52
Wykres 21.	Rozkład liczby unikalnych hospitalizacji z powodu rozpoznania głównego TRU przypadających na jednego pacjenta	53
Wykres 22.	Porównanie wieku chorych na TRU leczonych w latach 2008-2010 w zależności od liczby unikalnych hospitalizacji przypadających na pacjenta	54

Wykres 23.	Rozkład płci chorych na TRU leczonych w latach 2008-2010 w zależności od liczby unikalnych hospitalizacji przypadających na pacjenta	55
Wykres 24.	Porównanie długości pojedynczego pobytu w szpitalu chorych na TRU leczonych w latach 2008-2010 w zależności od liczby unikalnych hospitalizacji przypadających na pacjenta	56
Wykres 25.	Zależność pomiędzy wiekiem w momencie hospitalizacji a długością pojedynczego pobytu w szpitalu chorych na TRU leczonych w latach 2008-2010, którzy przebywali w szpitalu częściej niż trzykrotnie	57
Wykres 26.	Procentowy udział sporadycznych (1-3) i wielokrotnych (>3) unikalnych hospitalizacji z powodu TRU jako rozpoznania głównego na poszczególnych oddziałach	59
Wykres 27.	Procentowy udział sporadycznych (1-3) i wielokrotnych (>3) unikalnych hospitalizacji z powodu TRU jako rozpoznania głównego w poszczególnych miesiącach	60

9. SPIS TABEL

Tabela 1.	Sumaryczna wartość kosztów związanych z finansowaniem świadczeń według rozpoznai w grupie M32 w latach 2010-2012	8
Tabela 2.	Wartość finansowania leczenia TRU przez NFZ według poszczególnych rodzajów świadczeń w latach 2010-2012	10
Tabela 3.	Liczba pacjentów z rozpoznaniem TRU sprawozdana przez świadczeniodawców w poszczególnych rodzajach w latach 2010-2012 (jeden pacjent może figurować w kilku rodzajach udzielonych świadczeń)	11
Tabela 4.	Sumaryczna liczba pacjentów według rozpoznai w grupie M32 w latach 2010-2012, w kolejności od największej do najmniejszej we wszystkich rodzajach świadczeń (<i>wartości w poszczególnych wierszach nie podlegają sumowaniu, ze względu na możliwość sprawozdawania jednego pacjenta z różnym rozpoznaniem szczegółowym przy różnych rodzajach świadczeń</i>)	12
Tabela 5.	Odsetek rozliczonych świadczeń szpitalnych w ramach rozpoznai M32.8, M32.9 oraz M32.0 w grupie H96	12
Tabela 6.	Odsetek rozliczonych świadczeń szpitalnych w ramach rozpoznania M35.9 w grupie H96	13
Tabela 7.	Odsetek rozliczonych świadczeń szpitalnych w ramach rozpoznai M35.9 oraz M32.8, M32.9, M32.0 w grupie H96	13
Tabela 8.	Wartość hospitalizacji w grupie H96 w 2012 roku w poszczególnych województwach	13
Tabela 9.	Szczegółowe zestawienie danych dotyczących hospitalizacji w grupie H96 według statystyki JGP w 2012 roku	15
Tabela 10.	Liczba hospitalizacji i czas pobytu w ramach grupy H96 ze względu na tryb przyjęcia pacjenta w 2012 roku	16
Tabela 11.	Liczba hospitalizacji ze względu na tryb wypisu pacjenta w ramach grupy H96 w 2012 roku	17
Tabela 12.	Liczba hospitalizacji i czas pobytu ze względu na wiek pacjenta w grupie H96 w 2012 roku	18
Tabela 13.	Finansowanie świadczeń dla pacjentów z rozpoznaniem TRU w poszczególnych województwach w latach 2010-2012, w złotych	18
Tabela 14.	Liczba pacjentów z rozpoznaniem TRU według województw w 2012 roku, od najwyższej do najniższej	19
Tabela 15.	Średni roczny koszt leczenia jednego pacjenta z rozpoznaniem TRU w danym województwie w 2012 roku w złotych	21
Tabela 16.	Finansowanie świadczeń w rodzaju lecniectwo szpitalne (hospitalizacji) pacjentów z TRU (grupa rozpoznai M32) w 2012, według województw, w złotych	22
Tabela 17.	Finansowanie świadczeń z rodzaju Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna (AOS) pacjentów z TRU (grupa rozpoznai M32) w 2012	24
Tabela 18.	Województwo dolnośląskie	26
Tabela 19.	Województwo kujawsko-pomorskie	26
Tabela 20.	Województwo lubelskie	26
Tabela 21.	Województwo lubuskie	27
Tabela 22.	Województwo łódzkie	27
Tabela 23.	Województwo małopolskie	27

Tabela 24.	Województwo mazowieckie	28
Tabela 25.	Województwo opolskie	28
Tabela 26.	Województwo podkarpackie	28
Tabela 27.	Województwo podlaskie	29
Tabela 28.	Województwo pomorskie	29
Tabela 29.	Województwo śląskie	29
Tabela 30.	Województwo świętokrzyskie	30
Tabela 31.	Województwo warmińsko-mazurskie	30
Tabela 32.	Województwo wielkopolskie	30
Tabela 33.	Województwo zachodnio-pomorskie	31
Tabela 34.	Absencja chorobowa z tytułu choroby własnej osób ubezpieczonych w ZUS w latach 2008-2010	33
Tabela 35.	Liczba osób ubezpieczonych w ZUS, którym w latach 2008-2010 wydano przynajmniej jedno zaświadczenie lekarskie w danym roku	33
Tabela 36.	Struktura osób ubezpieczonych w ZUS, którym w latach 2008-2010 wydano w danym roku przynajmniej jedno zaświadczenie lekarskie z tytułu niezdolności do pracy spowodowanej toczniem rumieniowatym układowym według wieku i płci ubezpieczonych	34
Tabela 37.	Wskaźnik liczby dni absencji chorobowej z powodu tocznia rumieniowatego układowego w 2010 r. wśród osób ubezpieczonych w ZUS w przeliczeniu na jedną osobę objętą obowiązkowym ubezpieczeniem zdrowotnym w poszczególnych województwach	36
Tabela 38.	Orzeczenia ustalające uprawnienia do świadczenia rehabilitacyjnego wydane przez lekarzy orzeczników w latach 2008-2010	37
Tabela 39.	Orzeczenia pierwszorazowe uprawniające do świadczenia rehabilitacyjnego wydane w 2010 r. z powodu tocznia rumieniowatego układowego	38
Tabela 40.	Orzeczenia ponowne uprawniające do świadczenia rehabilitacyjnego wydane w 2010 r. z tytułu tocznia rumieniowatego układowego	38
Tabela 41.	Orzeczenia wydane przez lekarzy orzeczników ZUS do celów rentowych	39
Tabela 42.	Orzeczenia pierwszorazowe wydane w 2010 r. przez lekarzy orzeczników ZUS do celów rentowych z tytułu tocznia rumieniowatego układowego według wieku i płci osób badanych	39
Tabela 43.	Wydatki ogółem na świadczenia związane z niezdolnością do pracy poniesione w latach 2009-2010	41
Tabela 44.	Wydatki na renty z tytułu niezdolności do pracy spowodowanej toczniem rumieniowatym układowym poniesione w 2010 r. według płci i województw	43
Tabela 45.	Orzeczenia uprawniające do świadczenia rehabilitacyjnego wydane w 2010 roku z powodu tocznia rumieniowatego układowego	45
Tabela 46.	Dane Zakładu Ubezpieczeń Społecznych wykorzystane do szacowania kosztów pośrednich TRU	45
Tabela 47.	Dane demograficzne wykorzystane do szacowania kosztów pośrednich TRU	46
Tabela 48.	Wskaźniki makroekonomiczne wykorzystane do szacowania kosztów pośrednich TRU	46
Tabela 49.	Koszty pośrednie TRU w Polsce szacowane metodą kapitału ludzkiego, w zależności od przyjętego podejścia	46
Tabela 50.	Rozkład liczby wszystkich hospitalizacji z lat 2008-2010, w przypadku których TRU był rozpoznaniem głównym lub dodatkowym	50

Tabela 51.	Rozkład liczby unikalnych hospitalizacji z lat 2008-2010, w przypadku których TRU był rozpoznaniem głównym lub dodatkowym	51
Tabela 52.	Rozkład liczby unikalnych hospitalizacji z powodu rozpoznania głównego TRU przypadających na jednego pacjenta	52
Tabela 53.	Charakterystyki statystyczne wieku (w latach) chorych na TRU w zależności od liczby unikalnych hospitalizacji przypadających na pacjenta	53
Tabela 54.	Rozkład płci chorych na TRU w zależności od liczby unikalnych hospitalizacji przypadających na pacjenta	54
Tabela 55.	Charakterystyki statystyczne długości pojedynczego pobytu w szpitalu (w dniach) chorych na TRU w zależności od liczby unikalnych hospitalizacji przypadających na pacjenta	55
Tabela 56.	Rozkład liczby unikalnych hospitalizacji z powodu TRU jako rozpoznania głównego w tym sporadycznych (1-3) i wielokrotnych (>3) unikalnych hospitalizacji, na poszczególnych oddziałach	58
Tabela 57.	Rozkład liczby sporadycznych (1-3) i wielokrotnych (>3) unikalnych hospitalizacji z powodu TRU jako rozpoznania głównego w poszczególnych miesiącach	60