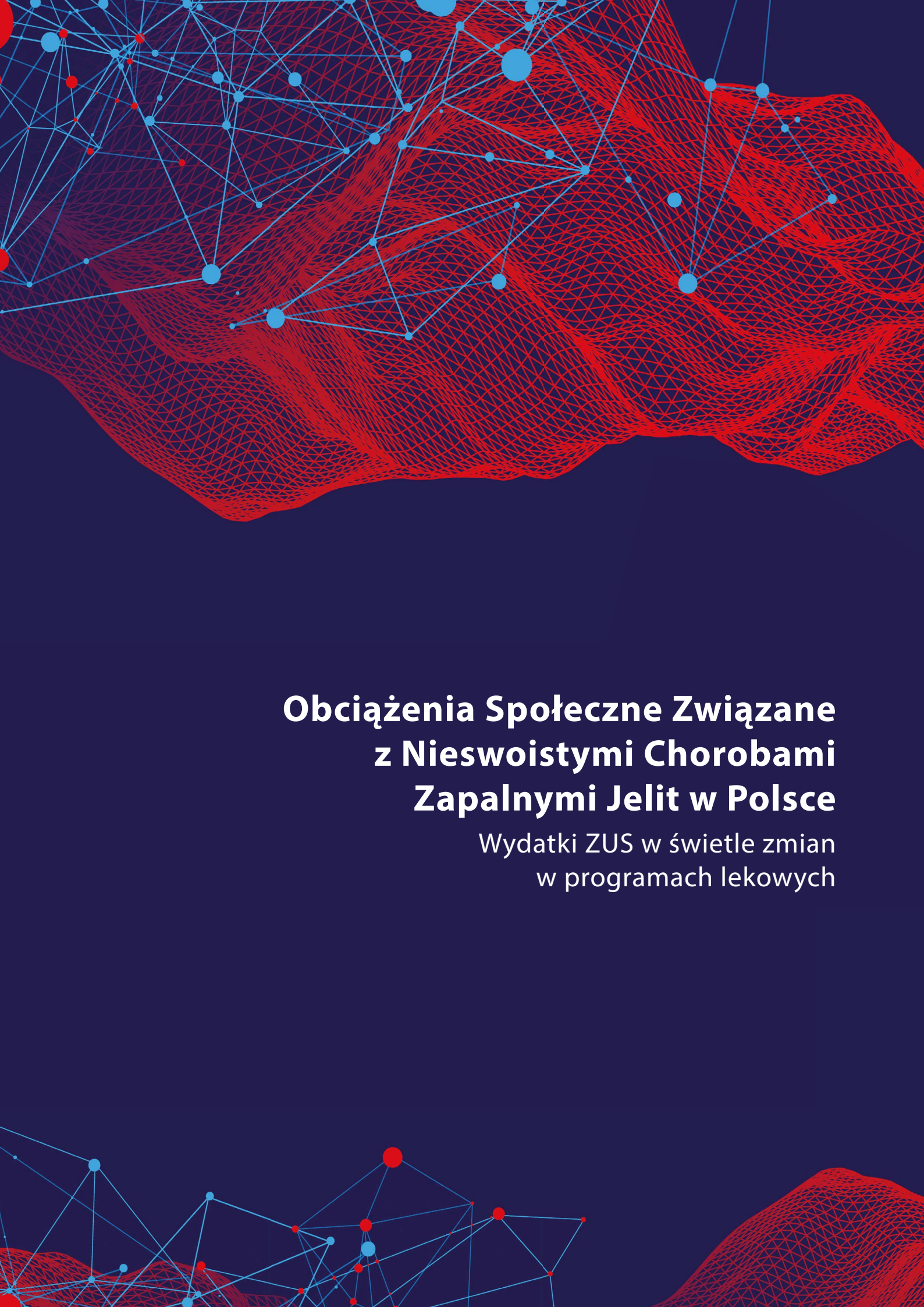




Obciążenia Społeczne Związane z Nieswoistymi Chorobami Zapalnymi Jelit w Polsce

Wydatki ZUS w świetle zmian
w programach lekowych

Wydawca:



Partnerzy raportu:



Copyright ©MAHTA Sp. z o.o., Warszawa 2023

Autorzy:

dr hab. n. med. Edyta Zagórowicz,
prof. dr hab. n. med. Jarosław Reguła,

*Klinika Gastroenterologii Onkologicznej Państwowego Instytut Badawczy
Narodowy Instytut Onkologii*

*Klinika Gastroenterologii, Hepatologii i Onkologii Klinicznej
Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego*

Grzegorz Binowski
Dominik Strządała
Monika Jakubowska
Agnieszka Nadzieja-Kozioł
Karolina Dziadek
Cezary Pruszek

MAHTA

Patronat merytoryczny:



Opracowanie graficzne i skład: Wacław Marat-Glód

Projekt badawczy zrealizowany dzięki wsparciu:

Bristol Myers Squibb Services Sp. z o.o., Takeda Pharma sp. z o.o.

Spis treści

Indeks skrótów	6
Przedmowa.....	7
Komentarz Przedstawiciela Organizacji Pacjenckiej.....	8
Streszczenie.....	9
1. Wstęp	12
2. Metodyka	13
2.1. Dostępne dane.....	13
2.2. Definicje.....	14
3. Wprowadzenie do NChZJ	16
3.1. Definicja i klasyfikacja	16
3.2. Wytyczne leczenia NChZJ w Polsce i na świecie.....	18
3.2.1. Wrzodziejące Zapalenie Jelita Grubego	18
3.2.2. Choroba Leśniowskiego – Crohna.....	19
3.2.3. Opcje terapeutyczne nieuwzględnione w wytycznych.....	19
3.3. Epidemiologia i obciążenie chorobą	20
3.4. Kluczowe aspekty leczenia NChZJ w Polsce	21
4. Analiza rocznych wydatków ZUS i KRUS	22
4.1. Roczne wydatki ZUS oraz KRUS w całej populacji chorych	22
4.1.1. Roczne wydatki ZUS	22
4.1.2. Roczne wydatki KRUS.....	23
4.2. Roczne wydatki ZUS w przeliczeniu na chorego	24
4.3. Kategorie wydatków ZUS.....	26
4.4. Roczne wydatki ZUS na renty z tytułu niezdolności do pracy oraz absencje chorobowe w przeliczeniu na jednego chorego.....	27
4.4.1. Obciążenie ekonomiczne najbardziej zagrożonej grupy wiekowej.....	29
4.4.2. Podsumowanie i wnioski w zakresie trendów w wydatkach ZUS w okresie 2012 – 2021	30
4.5. Roczne wydatki ZUS oraz KRUS z powodu Nieswoistych Chorób Zapalnych Jelit w roku 2021 z podziałem na województwa.....	30
4.6. Wydatki ZUS oraz KRUS na jednego chorego z podziałem na województwa w roku 2021	32
4.6.1. Wydatki ZUS i KRUS spowodowane Chorobą Leśniowskiego - Crohna	32
4.6.2. Wydatki związane z Wrzodziejącym Zapaleniem Jelita Grubego	33
5. Analiza danych w kontekście funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej ...	33
5.1. Programy Lekowe B.32. i B.55. – Terapie refundowane.....	34
5.2. Liczba ośrodków kontraktujących Programy Lekowe w Polsce	35
5.3. Liczba chorych leczonych w Programach Lekowych	36
5.4. Inne istotne elementy systemu opieki zdrowotnej.....	39

5.5.	Dostęp do leczenia innowacyjnego chorych z ChLC a wydatki ZUS i KRUS z powodu niezdolności do pracy.....	40
5.6.	Dostęp do leczenia innowacyjnego chorych z WZJG a wydatki ZUS i KRUS z powodu niezdolności do pracy.....	42
6.	Prognoza dla okresu 2022 – 2026.....	43
6.1.	Podstawowe wskaźniki epidemiologiczne.....	43
6.1.1.	Trendy w epidemiologii NChZJ.....	44
6.1.2.	Liczba chorych w Polsce.....	46
6.2.	Prognoza liczby chorych oraz chorych leczonych w Programach Lekowych B.32 oraz B.55.....	47
6.3.	Prognoza wydatków ZUS.....	48
6.4.	Prognoza wydatków ZUS w przeliczeniu na jednego chorego.....	48
7.	Podsumowanie i wnioski	49
8.	Dyskusja.....	52
9.	Załączniki.....	54
9.1.	Częstość występowania NChZJ w Polsce w latach 2009 – 2020.....	54
9.2.	Profil chorego i obciążenie chorobą.....	54
9.3.	Programy Lekowe B.32. i B.55. – główne kryteria kwalifikacji i czas trwania terapii.....	56
9.4.	Opracowane dane.....	57
9.5.	Dodatkowe opracowania wydatków ZUS.....	58
9.5.1.	Udziały wydatków ZUS dla lat 2012 – 2021.....	58
9.5.2.	Średnioroczne wydatki w przeliczeniu na jedną osobę w wieku produkcyjnym	59
9.5.3.	Średnioroczne wydatki w przeliczeniu na jedną osobę pracującą.....	60
9.5.4.	Średnioroczne wydatki na renty z tytułu niezdolności do pracy oraz absencje chorobowe w przeliczeniu na jedną osobę w wieku produkcyjnym	61
9.5.5.	Średnioroczne wydatki na renty z tytułu niezdolności do pracy oraz absencje chorobowe w przeliczeniu na jedną osobę pracującą	62
9.6.	Wydatki KRUS	62
9.6.1.	Kategorie wydatków Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego	63
9.7.	Dodatkowe zależności	64
9.7.1.	Wartość PKB na osobę dla województw, a odsetek leczonych w Programach Lekowych B.32 i B.55	64
9.7.2.	Wartość PKB na osobę dla województw, a liczba chorych leczonych w Programach Lekowych B.32 i B.55	65
9.8.	Tabele wydatków dla Choroby Leśniowskiego – Crohna w 2021 roku.....	65
9.8.1.	Wydatki ZUS i KRUS związane z chorobą Leśniowskiego – Crohna w 2021 roku.....	66
9.8.2.	Wydatki ZUS i KRUS na jednego chorego z chorobą Leśniowskiego – Crohna w 2021 roku.....	66
9.8.3.	Wydatki ZUS i KRUS na jednego pracującego chorego z chorobą Leśniowskiego – Crohna w 2021 roku.....	67

9.8.4.	Wydatki ZUS i KRUS na jednego chorego z chorobą Leśniowskiego – Crohna w wieku produkcyjnym w 2021 roku.....	68
9.9.	Tabele wydatków dla Wrzodziejącego Zapalenia Jelita Grubego w 2021 roku.....	70
9.9.1.	Wydatki ZUS i KRUS związane z wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego w 2021 roku	70
9.9.2.	Wydatki ZUS i KRUS na jednego chorego z wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego w 2021 roku.....	71
9.9.3.	Wydatki ZUS i KRUS na jednego pracującego chorego z wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego w 2021 roku	72
9.9.4.	Wydatki ZUS i KRUS na jednego chorego z wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego w wieku produkcyjnym w 2021 roku	73
9.10.	Metodyka skalowania wartości historycznych	74
9.11.	Metodyka skalowania województw.....	75
9.12.	Wskaźniki zawodowe (w wieku produkcyjnym, pracujący).....	75
10.	Bibliografia	77
11.	Spis tabel	81
12.	Spis rysunków.....	82

Indeks skrótów

Skrót	Rozwinięcie
A00 – Z99	Wszystkie jednostki chorobowe wg ICD-10
ADA	adalimumab
AOTMiT	Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w Polsce
B.32	Program Lekowy B.32. Leczenie pacjentów z chorobą Leśniowskiego-Crohna (ICD-10: K50)
B.55	Program Lekowy B.55. Leczenie pacjentów z wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego (WZJG) (ICD-10: K51)
BASIW	Baza Analiz Systemowych i Wdrożeniowych
b/r	brak rejestracji
CDAI	ang. Crohn's Disease Activity Index – klasyfikacja aktywności choroby Leśniowskiego-Crohna
ChLC	choroba Leśniowskiego-Crohna
ChPL	charakterystyka produktu leczniczego
CPI	wskaźnik cen towarów i usług konsumpcyjnych (pot. inflacja)
DAIS MZ	Departament Analiz i Strategii Ministerstwa Zdrowia
EAN	ang. European Article Number – Europejski Kod Towarowy
EASR	ang. european age-standardized rate – europejski wskaźnik standaryzowany względem wieku
EBM	ang. evidence based medicine – medycyna oparta na faktach
EMA	ang. European Medicines Agency – Europejska Agencja ds. Leków
FDA	ang. Food and Drug Administration – Amerykańska Agencja ds. Żywności i Leków
FIL	Filgotinib
GUS	Główny Urząd Statystyczny
i.v.	lat. intravenosa – dożylnie
ICD-10	ang. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems – Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych
INF	infliksymab
K00 - K93	schorzenia układu trawiennego i metabolicznego
KRUS	Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego
n/d	nie dotyczy
NFZ	Narodowy Fundusz Zdrowia
NChZJ	nieswoiste choroby zapalne jelit
OZA	ozanimod
PDCAI	ang. Pediatric Crohn's. Disease Activity Index – pediatryczna klasyfikacja aktywności choroby Leśniowskiego-Crohna
PL	program lekowy
PLN	polski złoty
PUCAI	ang. Pediatric Ulcerative Colitis Activity Index – pediatryczna klasyfikacja aktywności wrzodziejącego zapalenia jelita grubego
s.c.	lat. subcutanea - podskórnice
TOFA	tofacytynib
TNF-alfa	ang. tumor necrosis factor alpha – czynnik martwicy nowotworu alfa
UPA	upadacytynib
UST	ustekinumab
WED	wedolizumab
WZJG	wrzodziejące zapalenie jelita grubego
zł	polski złoty
ZUS	Zakład Ubezpieczeń Społecznych

Przedmowa

Prof. dr hab. n. med. Jarosław Reguła

Klinika Gastroenterologii Onkologicznej, Narodowy Instytut Onkologii

im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowy Instytut Badawczy;

Klinika Gastroenterologii, Hepatologii i Onkologii Klinicznej CMKP, Warszawa

Przedstawiamy Państwu obszerny, naszym zdaniem wartościowy raport dotyczący obciążeń społecznych związanych z nieswoistymi chorobami zapalnymi jelit w Polsce. Do nieswoistych chorób zapalnych jelit zaliczamy chorobę Leśniowskiego-Crohna oraz wrzodziejące zapalenie jelita grubego. Obie choroby - choć różnią się w szczegółach – mają także wspólne cechy dotyczące części objawów chorobowych, patofizjologii, diagnostyki i leczenia. W Polsce według najnowszych danych mamy około 75 tysięcy osób chorujących na wrzodziejące zapalenie jelita grubego oraz 25 tysięcy na chorobę Leśniowskiego-Crohna. Dane europejskie pokazują, że około 10% osób z wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego oraz 20-25% z chorobą Leśniowskiego-Crohna wymaga, na pewnym etapie choroby, leczenia innowacyjnego polegającego na zastosowaniu preparatów biologicznych lub małocząsteczkowych. Są one wyraźnie droższe od leczenia standardowego i dlatego używane są głównie w ramach tzw. programów lekowych Ministerstwa Zdrowia. W Polsce odsetki osób leczonych lekami innowacyjnymi są znacząco niższe niż oczekiwane i wynoszą odpowiednio około 2% i 8-10%. Dlatego na forum krajowym nadal trwa dyskusja i analizowanie danych, na podstawie których można by uzyskać pogląd dotyczący wpływu dostępności leczenia innowacyjnego na wydatki społeczne związane z tą grupą chorych. Konieczne wydaje się znalezienie rzetelnych argumentów za dalszym zwiększaniem dostępności leczenia biologicznego i małocząsteczkowego. Wśród tych argumentów (poza oczywistymi korzyściami medycznymi dla chorych) – mamy nadzieję, że znajdzie się wpływ stosowania nowoczesnych leków na obciążenia społeczne.

Zapraszam i zachęcam Państwa do zapoznania się z wynikami raportu. Znajdziecie w nim Państwo odpowiedzi na sformułowane powyżej problemy i nadzieje. Życzę nie tylko przyjemnej lektury, ale także wniosków, których realizacja może mieć wpływ na poprawę dobrostanu polskich pacjentów z nieswoistymi chorobami zapalnymi jelit.

Komentarz Przedstawiciela Organizacji Pacjenckiej

Marek Lichota

Stowarzyszenie "Apetyt na Życie"

Ponad 100 tysięcy osób w Polsce zmagają się z nieswoistymi chorobami zapalnymi jelit (NChZJ), a zachorowalność z roku na rok rośnie. Jako organizacja pacjentów skupiona wokół problematyki chorób jelit, ze szczególnym zainteresowaniem śledzimy i angażujemy się w projekty badawcze, których celem jest poprawa jakości życia i leczenia grupy pacjentów z NChZJ. Niewątpliwie, w tym kontekście wartościowe jest szersze spojrzenie na kwestie leczenia, uwzględniające również aspekt kosztów społecznych i finansowych, z którymi oprócz samej choroby - muszą dodatkowo mierzyć się sami pacjenci, ich rodziny, ale pośrednio również całość naszego społeczeństwa.

Niniejszy raport przedstawia kluczowe informacje dotyczące epidemiologii, kosztów leczenia oraz wnioski dotyczące poprawy systemu opieki nad tą grupą chorych. To bardzo ciekawe opracowanie, poruszające kwestie, które często schodzą z pierwszego frontu walki z chorobą, ale szczególnie w dłuższej perspektywie mogą nam przynieść wiele korzyści wynikających z możliwości stworzenia optymalnego modelu leczenia pacjentów z chorobami zapalnymi jelit.

Jednak pacjent nie jest liczbą! Pacjent to człowiek, często bardzo młody, który żyje z chorobą przewlekłą, a ta ma wpływ na każdy aspekt jego zdrowia, życia i funkcjonowania w społeczeństwie i generuje niezliczoną ilość dodatkowych problemów i dolegliwości. Choć na miarę naszych możliwości sprzeciwiamy się temu, to życie z nieswoistym zapaleniem jelit w znacznym stopniu podporządkowane jest chorobie, co zyskuje szczególny wymiar w okresie zaostrzenia. Ma to wpływ nie tylko na sytuację samego pacjenta, ale również osób z jego najbliższego otoczenia, rodziny, opiekunów, dzieci i krewnych. Wielu z nas, nie mając dostępu do nowoczesnego leczenia, samowyklucza się z życia społecznego z powodu niewidocznego bólu, przewlekłego zmęczenia i braku mocy sprawczych, czy w końcu wstydu, depresji i wielu innych problemów, jakie generują choroby zapalne jelit.

Sam choruję na chorobę Leśniowskiego-Crohna już ponad 20 lat. Przez ten czas doświadczyłem wielu zakrętów na mojej ścieżce pacjenta. Część z nich cechowała się dramatycznym przebiegiem i nieodwracalnymi konsekwencjami, które spowodowały trwałą niepełnosprawność. Jednocześnie pomimo tego, iż choroba będzie mi towarzyszyć do końca życia, wiem, że diagnoza wcale nie musi prowadzić do utraty "apetytu na życie". Konieczne jest odpowiednie zrozumienie swojej sytuacji, wprowadzenie wielu zmian organizacyjnych w codziennym funkcjonowaniu i wsparcie osób z bliskiego otoczenia. To co jednak bardzo ważne, to fakt, że bez skutecznego leczenia - nawet najlepsze nastawienie do choroby przyniesie jedynie chwilowy i dość ograniczony skutek. Dlatego tak ważny i nieodzowny jest dostęp do najlepszych metod leczenia, które są niezbędne, by pacjenci mogli prowadzić jak najbardziej „normalne” życie.

W imieniu Stowarzyszenia „Apetyt na Życie”, pragnę podziękować autorom raportu za czas i zasoby poświęcone na przygotowanie niniejszej publikacji i ich cenny wkład. Mam nadzieję, że zebrane dane i przeprowadzone analizy będą nie tylko wstępem do publicznej dyskusji na temat sytuacji pacjentów z nieswoistymi chorobami zapalnymi jelit, ale również przyczynią się do poprawy dostępu do nowoczesnego leczenia, a osobom decyzyjnym w Polsce pomogą w lepszym zrozumieniu kosztów, jakie „nieleczony pacjent” generuje dla całego systemu publicznego.

Streszczenie

WSTĘP

Choroba Leśniowskiego – Crohna (ChLC) oraz wrzodziejące zapalenie jelita grubego (WZJG) to przewlekłe schorzenia układu pokarmowego należące do grupy nieswoistych chorób zapalnych jelit (NChZJ). W Polsce żyje obecnie ponad 100 000 osób z tymi chorobami. Do rozpoznania dochodzi najczęściej między 20 a 40 rokiem życia, czyli w okresie największego rozwoju zawodowego i aktywności człowieka.

Chorzy na WZJG i ChLC doświadczają przede wszystkim objawów ze strony przewodu pokarmowego, takich jak biegunka, bóle brzucha, krwawienia z odbytu i nietrzymanie stolca. Chorzy na WZJG cierpią również z powodu pogorszenia wydolności fizycznej, utraty masy ciała i ogólnego złego samopoczucia. Wraz z postępem choroby, mogą pojawiać się szczeliny lub wyrośla odbytu, powstałe na skutek podrażnień spowodowanych biegunką. Z kolei chorzy na ChLC narażeni są na powstawanie przetok, ropni oraz zwężeń i niedrożności w obrębie jelita cienkiego i grubego. Oprócz wyniszczających objawów ze strony przewodu pokarmowego, chorzy obciążeni są również chorobami współistniejącymi wpływającymi na narząd wzroku, układ mięśniowo-stawowy, skórę, układ moczowy oraz wątrobę i drogi żółciowe. Chorzy z najcięższym przebiegiem choroby, nie reagujący na dostępne leczenie farmakologiczne wymagają operacji, czasami wielokrotnych, które trwale okaleczają i upośledzają ich codzienne funkcjonowanie.

W przebiegu tych chorób przy braku opanowania stanu zapalnego mogą rozwinąć się ciężkie i nieodwracalne powikłania, powodujące czasową lub trwałą niezdolność do pracy. W związku z tym, oprócz wydatków ponoszonych z budżetu państwa (NFZ) na leczenie tej grupy chorych, ważne obciążenie społeczne stanowią również wydatki publiczne, związane z czasową lub trwałą niezdolności do pracy z powodu choroby.

Według ekspertów klinicznych i systemowych środki finansowe przeznaczone na NChZJ kierowane są w niewystarczającym stopniu na szybką diagnostykę i skuteczne leczenie chorych we wczesnym stadium choroby, w wyniku czego ciężar wydatków przesunięty jest w kierunku leczenia ciężkich powikłań oraz wypłaty świadczeń wynikających z niezdolności do pracy.

W latach 2007 i 2013 uruchomione zostały Programy Lekowe dedykowane chorym z najcięższym przebiegiem ChLC i WZJG. W ramach tych Programów, chorym spełniającym odpowiednie kryteria umożliwiono podawanie nowoczesnych, innowacyjnych leków jak inhibitory anty-TNF, wedolizumab, ustekinumab oraz tofacytynib, a ostatnio także filgotynib i ozanimod. Podkreślić należy, że na przestrzeni lat kryteria kwalifikacji i kontynuacji leczenia w Programach Lekowych były stopniowo łagodzone, a liczba finansowanych leków systematycznie wzrastała. Umożliwiło to objęcie leczeniem coraz szerszej grupy chorych. Oczekiwanym rezultatem finansowania leczenia w ramach dedykowanych Programów Lekowych jest poprawa zdrowia i jakości życia chorych.

CEL

Celem opracowania było rozstrzygnięcie, czy obrany kierunek zmian w podejściu do finansowania leczenia NChZJ, obejmujący coraz szerszą refundację leków innowacyjnych, przynosi wymierne korzyści również z perspektywy wydatków publicznych. Jest to pierwszy tego typu raport w Polsce.

METODYKA

Jako miernik skuteczności działań w obszarze finansowania leków przyjęto dynamikę zmian w liczbie świadczeń ZUS i KRUS wypłacanych chorym na WZJG i ChLC z tytułu niezdolności do pracy i porównano go z wydatkami wynikającymi z niezdolności do pracy na wszystkie choroby, z powodu których wypłacane są świadczenia ZUS i KRUS.

Analizie poddane zostały dane ZUS obejmujące okres 2012 – 2021 i dane KRUS obejmujące okres 2018 – 2021. Przeprowadzono analizę wydatków w przeliczeniu na jednego chorego oraz w odniesieniu do pełnej populacji chorych, w skali całego kraju oraz z poziomu województw.

WYNIKI

W badanym okresie 2012 – 2021 wydatki ZUS z tytułu niezdolności do pracy w przeliczeniu na jednego chorego z ChLC i WZJG systematycznie malały, łącznie o 21% i 25% odpowiednio dla ChLC i WZJG. W tym samym okresie, następował stały wzrost wydatków ZUS w przeliczeniu na jednego mieszkańca Polski z tytułu wszystkich rozpoznawanych chorób, łącznie o 49%.

Jest to niezwykle istotna obserwacja, wskazująca, że zmiany w opiece nad chorymi z NChZJ prowadzą do odwrócenia trendu obserwowanego w innych jednostkach chorobowych. Dowodzi to, że przyjęta przez Ministra Zdrowia strategia wzrostu finansowania leczenia NChZJ jest właściwa nie tylko z perspektywy uzyskiwanych efektów zdrowotnych w tej grupie chorych, ale również z perspektywy wydatków publicznych.

Wyniki analizy wykazały ponadto, że w strukturze wydatków ZUS w przypadku chorych z WZJG i ChLC dokonała się niezwykle interesująca zmiana. Wzrosła liczba świadczeń wynikających z absencji chorobowej, czyli krótkotrwałych zwolnień lekarskich kosztem rent z tytułu długotrwałej niezdolności do pracy. Udział zwolnień lekarskich wzrósł z 29 do 37% i z 35 do 48%, podczas gdy udział rent zmniejszył się z 46 do 38% i z 54 do 39%, odpowiednio dla ChLC i WZJG. Chorzy efektywnie leczeni mają w związku z tym szansę utrzymania się lub powrotu na rynek pracy, a w przebiegu choroby korzystają wówczas jedynie z jednostkowych zwolnień lekarskich. W ten sposób przesunięcie wydatków z rent, w kierunku absencji chorobowych należy uznać za niezwykle istotne, nie tylko z perspektywy chorego, ale również Państwa, gdyż przyczynia się to do wytwarzania PKB i umożliwia odprowadzanie składek na ubezpieczenia społeczne. Jest to korzystna zmiana z perspektywy finansów publicznych.

W ramach analizy danych dla poszczególnych województw zauważono zależność wskazującą, że im większy jest dostęp chorych do nowoczesnego leczenia w danym województwie, tym mniejsze są wydatki ZUS i KRUS w przeliczeniu na jednego chorego. Zależność ta jest silniejsza w przypadku ChLC gdzie leczenie innowacyjne wprowadzono znacznie wcześniej i dziś objętych jest nim wyraźnie większy odsetek chorych. Warto w tym miejscu wskazać województwo lubuskie, które mając najniższy dostęp do leczenia w Programie Lekowym dla ChLC (0,3%) ma najwyższe wydatki na chorego z tytułu niezdolności do pracy (1 941 zł), podczas gdy województwo mazowieckie z najwyższym odsetkiem chorych leczonych (17,4%) ma jeden z najniższych poziomów wydatków (1 126 zł) z tytułu świadczeń społecznych.

Malejące wydatki ZUS na chorego z ChLC i WZJG są wynikiem poprawy jakości leczenia, w tym coraz szerszego dostępu chorych do leczenia innowacyjnego, realizowanego w ramach Programów Lekowych. W opinii autorów opracowania wzrost liczby chorych z najcięższym przebiegiem choroby objętych skuteczną terapią przyczynia się do istotnej redukcji wydatków ZUS w przeliczeniu na chorego. Podejście, w którym coraz więcej środków przeznacza się na skuteczne, długoterminowe leczenie, w miejsce leczenia powikłań,

jest optymalne nie tylko z perspektywy chorych, ale również z przyczyn ekonomicznych, ponieważ umożliwia chorym kontynuację pracy zawodowej.

Należy przy tym podkreślić, że wysokość przeciętnej rocznej renty brutto w 2021 roku w Polsce wyniosła około 25 tys. PLN. Ta kwota jest wyższa niż średni roczny koszt terapii innowacyjnej realizowanej w ramach Programów Lekowych dedykowanych NChZJ. Dlatego tak ważne jest, aby wszyscy chorzy wymagający tej formy terapii mogli swobodnie z niej korzystać.

PODSUMOWANIE

Raport dostarcza przełomowych wniosków w zakresie racjonalizacji polityki ochrony zdrowia. Przyjęty kierunek finansowania diagnostyki i leczenia NChZJ jest właściwy zarówno z perspektywy uzyskiwanych efektów zdrowotnych, czyli wielowymiarowych korzyści dla chorych, jak i z perspektywy optymalizacji wydatków publicznych. Mówiąc o korzyściach dla chorych mamy na myśli zapewnienie optymalnej terapii, zapobieganie występowaniu poważnych konsekwencji wynikających z przebiegu choroby, zapewnienie obecności na rynku pracy i możliwość realizowania się na co dzień.

Przyszły poziom wydatków ZUS i KRUS z tytułu NChZJ będzie w dużej mierze zależał od konsekwentnej kontynuacji obecnej polityki, która zapewnia chorym coraz szerszy dostęp do nowoczesnego leczenia.

Polityka zdrowotna Państwa powinna być ukierunkowana na realizację niezaspokojonych potrzeb zdrowotnych chorych i likwidowanie istniejących barier, wśród których najistotniejszą jest dostęp do nowoczesnego leczenia, umożliwiający personalizację leczenia. Obecne ograniczenia to przede wszystkim zawężone w stosunku do rejestracji leków kryteria kwalifikacji do Programów Lekowych, nieuwzględnianie wytycznych klinicznych, nadmierne obciążenie administracyjno-sprawozdawcze w trakcie realizacji Programów Lekowych, nierówny dostęp do świadczeń w poszczególnych województwach, dysproporcja w liczbie ośrodków kontraktujących Programy Lekowe, zbyt niska wycena świadczeń w Programach Lekowych. Warto o tym pamiętać. Warto również zadbać o wzrost liczby specjalistów oraz prawidłową profilaktykę i diagnostykę mającą na celu wczesne wykrycie choroby.

1. Wstęp

Choroba Leśniowskiego-Crohna (ChLC) oraz wrzodziejące zapalenie jelita grubego (WZJG) należą do grupy przewlekłych nieswoistych chorób zapalnych jelit (NChZJ). Etiologia tych chorób nie została w pełni poznana, natomiast szerokie spektrum objawów występujących w ich przebiegu oraz zwykle rzutowo-remisyjny charakter, w sposób bezpośredni wpływają na jakość życia chorych.

Nieswoiste choroby zapalne jelit, których częstość występowania i zapadalność w czasie ostatnich dziesięcioleci stale wzrasta, stają się coraz większym obciążeniem zarówno dla samych chorych i ich opiekunów, jak i dla całych społeczeństw oraz systemów opieki zdrowotnej. Zrozumienie mechanizmu powstawania społecznych kosztów związanych z daną chorobą jest niezbędne do planowania długofalowej polityki zdrowotnej. W Polsce żyje obecnie nieco ponad 100 000 osób z NChZJ. Do rozpoznania dochodzi najczęściej między 20 a 40 rokiem życia, czyli w okresie zdobywania zawodu i największej aktywności zawodowej człowieka. Oprócz wydatków na leczenie tej grupy chorych, ważną część społecznych kosztów NChZJ stanowią więc tak zwane koszty pośrednie, związane z utratą produktywności wskutek czasowej lub trwałej niezdolności do pracy z powodu choroby. Tylko w pojedynczych badaniach oceniano dotąd koszty obniżonej produktywności, a większość z nich dotyczyła jedynie absencji. Ponieważ dostępnych jest niewiele danych, nie można było ocenić tendencji czasowych w kształtowaniu się kosztów społecznych, a w konsekwencji wpływu wprowadzenia leków biologicznych i innowacyjnych na koszty utraconej produktywności. Eksperci kliniczni i ci zajmujący się systemem ochrony zdrowia od wielu lat wskazują, że za eskalację wydatków publicznych w opiece nad chorymi z NChZJ odpowiada między innymi suboptymalny proces diagnostyczno-terapeutyczny. Środki finansowe kierowane są w niewystarczającym stopniu na szybką diagnostykę i skuteczne leczenie chorych we wczesnym stadium choroby, w wyniku czego ciężar wydatków przesunięty jest w kierunku leczenia ciężkich powikłań choroby oraz wypłaty świadczeń wynikających z niezdolności do pracy.

W Polsce w latach 2007 i 2013 uruchomione zostały Programy Lekowe dedykowane odpowiednio ChLC i WZJG, które zapewniły chorym z najcięższym przebiegiem choroby dostęp do nowoczesnych terapii biologicznych, których koszt znacznie przewyższa koszt konwencjonalnego leczenia NChZJ. Na przestrzeni lat kryteria kwalifikacji i kontynuacji leczenia w Programach Lekowych były stopniowo łagodzone, co umożliwiło objęcie leczeniem coraz większej grupy chorych. W tym samym czasie, wskutek rejestracji leków biopodobnych, znacznie zmniejszyły się wydatki na pierwsze leki biologiczne. W następnych latach spodziewana jest rejestracja preparatów biopodobnych względem kolejnych leków.

Niniejsze opracowanie stanowi próbę znalezienia odpowiedzi na pytanie, czy obrany kierunek zmian w podejściu do finansowania leczenia NChZJ, obejmujący coraz szerszą refundację leków innowacyjnych, przynosi wymierne korzyści z perspektywy wydatków publicznych. Jako miernik skuteczności działań w obszarze refundacji leków przyjęto dynamikę zmian w wysokości świadczeń ZUS i KRUS wypłacanych chorym na WZJG i ChLC z tytułu niezdolności do pracy w latach 2012 – 2021. Przyjęto, że poziom wydatków ZUS i KRUS z tytułu niezdolności do pracy jest jednym z kluczowych mierników stanu zdrowia chorych z NChZJ. Rosnące wydatki ZUS i KRUS świadczą wtedy o pogorszeniu się stanu zdrowia chorych, a z kolei malejące wydatki o jego poprawie.

Jest to pierwsza populacyjna analiza powiązań między liczbą chorych z NChZJ w Polsce w poszczególnych latach a wysokością i rodzajem wydatków ponoszonych przez krajowych ubezpieczycieli. Przeprowadzono analizę wydatków w przeliczeniu na jednego chorego oraz w odniesieniu do pełnej populacji chorych. W analizowanym przedziale czasu oce-

niono trendy w omawianych jednostkach chorobowych, jak również trendy wszystkich wydatków ZUS i KRUS w polskiej populacji. Przeanalizowano ponadto, w jakim stopniu wydatki świadczeń chorobowych z tytułu niezdolności do pracy kształtują się w zależności od wieku i płci chorych oraz czy różnią się pomiędzy województwami.

Na podstawie zebranych danych dotyczących finansowania ze środków publicznych świadczeń opieki zdrowotnej przeznaczonych dla chorych z NChZJ oraz wydatków ZUS i KRUS wskazane zostaną kierunki w zakresie efektywnego alokowania zasobów finansowych, co w rezultacie może doprowadzić do wygenerowania oszczędności przy jednoczesnej poprawie standardów leczenia i zdrowia chorych.

2. Metodyka

Obciążenie systemu finansów publicznych związane z NChZJ to nie tylko wydatki ponoszone przez NFZ z tytułu kosztów terapii i leczenia powikłań. Ważną składową kosztów systemu są również wydatki ponoszone z tytułu niezdolności chorych do pracy. Świadczenia zaliczane do tej kategorii realizowane są przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych¹ oraz przez Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego². Zarówno ZUS jak i KRUS to państwowe jednostki organizacyjne, do których zakresu działania należy między innymi ustalanie uprawnień do świadczeń z ubezpieczeń społecznych oraz wypłacanie tych świadczeń.

Wydatki społeczne, takie jak świadczenia rentowe czy zasiłki chorobowe, to pozycje zaliczane do transferów publicznych i nie są ujmowane po stronie kosztowej w analizach farmakoekonomicznych³. Stanowią jednak bardzo ważny i interesujący miernik, który z jednej strony poszerza perspektywę wydatków publicznych, a z drugiej, umożliwia ocenę efektywności leczenia danej choroby. Można przyjąć, że wzrost nakładów na wydatki świadczeń społecznych w przeliczeniu na chorego świadczy o pogorszeniu się stanu zdrowia chorych, a spadek o jego poprawie (przy niezmiennym poziomie taryf, np. wysokości wypłacanej renty).

W niniejszym opracowaniu zaprezentowane zostały najbardziej aktualne dane ZUS i KRUS obejmujące wydatki na świadczenia wypłacane z tytułu niezdolności do pracy na rzecz chorych z NChZJ, dzięki czemu możliwe było sformułowanie wniosków dotyczących stanu zdrowia chorych i ocena długofalowej polityki zdrowotnej w tym obszarze terapeutycznym.

Uzyskiwane wyniki były konsultowane z ekspertami klinicznymi. Cykliczne konsultacje pozwalały na bieżąco weryfikować słuszność stawianych tez w odniesieniu do praktyki lekarskiej oraz wiedzy klinicznej.

2.1. Dostępne dane

Kluczową część niniejszego opracowania stanowi analiza wydatków wykonana w oparciu o dane otrzymane z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych⁴ oraz Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego⁵. Otrzymane dane ZUS uwzględniały lata 2012 - 2021, a dane z KRUS lata 2018 - 2021. Zostały przedstawione w podziale na województwa. W celach porównawczych oraz eksploracyjnych posłużono się również danymi pomocniczymi, pochodzącymi z innych źródeł.

Wykaz źródeł wraz z zakresami wykorzystanych danych przedstawiono w poniższej tabeli (Tabela 1).

Tabela 1. Źródła danych wraz z zakresami wykorzystanych danych	
Źródło	Dane
Dane główne	
ZUS	- Wydatki z tytułu niezdolności do pracy z tytułu ChLC, WZJG oraz wszystkich grup chorobowych A00 - Z99 (lata 2012 - 2021) - Podział na województwa i płeć - Podział wydatków na pięć kategorii: renty z tytułu niezdolności do pracy, absencja chorobowa, renty socjalne, świadczenie rehabilitacyjne, rehabilitacja lecznicza
KRUS	- Wydatki na ChLC, WZJG, choroby układu trawiennego K00 - K93 oraz wszystkie grupy chorobowe A00 - Z99 (lata 2018 - 2021) - Podział na województwa i płeć - Podział wydatków na dwie kategorie: renty z tytułu niezdolności do pracy i absencja chorobowa
Dane pomocnicze	
GUS	- Liczba osób mieszkających w Polsce z podziałem na osoby aktywne zawodowo, wiek oraz stan zatrudnienia (pracujący, bezrobotny) - PKB per capita z podziałem na województwa dla 2021 rok - Wskaźnik CPI w Polsce w latach 2012 - 2021
NFZ BASIW	- Liczba chorych ChLC i WZJG z podziałem na płeć i województwa (lata 2012 - 2021) - Liczba dni absencji oraz liczba zwolnień chorobowych z podziałem wiek (lata 2016 - 2021) - Liczba chorych leczonych w Programach Lekowych B.32 i B.55 (lata 2012 - 2021 dla B.32 i lata 2014 - 2021 dla B.55)
Sprawozdania kwartalne DGL	Wydatki na Programy Lekowe B.32 i B.55
Umowy NFZ	Liczba świadczeniodawców kontraktujących Programy Lekowe B.32. i B.55.

Źródło: Opracowanie własne

Przetworzenie danych oraz ich opracowanie graficzne w formie map i wykresów wykonano w programach Excel oraz RStudio. Aby zachować parytet siły nabywczej pieniądza w całym analizowanym okresie, historyczne dane finansowe prezentowane w formie szeregu czasowego zostały przeskalowane wg stopy inflacji w odniesieniu do roku 2021 (szczegóły korekty zaprezentowano w rozdziale 9.8.).

W przypadku prezentowania wielkości wydatków na rok 2021 w podziale na województwa, wykonano korektę mającą na celu wyeliminowanie różnic w wysokościach świadczeń pomiędzy województwami. Różnice świadczeń wynikają przede wszystkim z różnicy w średnich zarobkach pomiędzy województwami (szczegóły tej korekty zaprezentowano w rozdziale 9.9).

Analizy dotyczące odsetka chorych pracujących i odsetka chorych w wieku produkcyjnym zostały przeprowadzone i szerzej omówione w rozdziale 9.10.

2.2. Definicje

Populacja osób chorych, która została nazwana w analizie danych ZUS jako „chorzy”, odnosi się do całkowitej liczby osób z rozpoznaniem K50 i K51, czyli Choroby Leśniowskiego – Crohna (ChLC) oraz Wrzodziejącego Zapalenia Jelita Grubego (WZJG).

Populacja pracujących, to suma wszystkich osób pracujących bez względu na wiek, zarówno w odniesieniu do populacji ogólnej, jak i w odniesieniu do populacji chorych na ChLC oraz WZJG. Uwzględniony przedział 15-89 lat odpowiada zakresowi wiekowemu dla którego dane dotyczące zatrudnienia raportuje GUS.

Populacja w wieku produkcyjnym, to wszystkie osoby, które zawierają się w przedziale wiekowym pomiędzy 18 a 64 rokiem życia w przypadku mężczyzn oraz 18 a 59 rokiem życia w przypadku kobiet.

Tabela 2. Liczba osób z rozpoznaniem ChLC oraz WZJG na tle populacji Polski			
Populacja	Cała populacja	Osoby pracujące	Osoby w wieku produkcyjnym
Populacja ogólna	37 908 000	16 714 000	22 385 400
udział kobiet	52%	45%	47%
udział mężczyzn	48%	55%	53%
Populacja chorych z rozpoznaniem ChLC	25 146	15 503	19 119
udział kobiet	49%	42%	44%
udział mężczyzn	51%	58%	56%
Populacja chorych z rozpoznaniem WZJG	77 073	41 640	49 593
udział kobiet	49%	42%	43%
udział mężczyzn	51%	58%	57%

Źródło: Opracowanie własne w oparciu o dane GUS⁶

Populacja aktywna zawodowo to osoby pracujące oraz osoby bezrobotne. Uwzględniony przedział 15-89 lat odpowiada zakresowi wiekowemu dla którego dane dotyczące zatrudnienia raportuje GUS.

Dane otrzymane z ZUS obejmują pięć, zdefiniowanych poniżej, kategorii świadczeń związanych z niezdolnością do pracy:

1. **Renta z tytułu niezdolności do pracy^a** – otrzymuje ją osoba uznana za całkowicie lub częściowo niezdolną do pracy zarobkowej z powodów zdrowotnych. Nie istnieją perspektywy do odzyskania zdrowia oraz odzyskania takiej możliwości nawet po przekwalifikowaniu. Osoba ta brała czynny udział w rynku pracy jako osoba płacąca składki na rzecz ZUS.
2. **Renta socjalna^b** – otrzymuje ją osoba, która nigdy nie partycypowała w rynku pracy. Uznano ją za niezdolną do pracy. Kwota tego świadczenia ma na celu pokryć koszty minimum egzystencji, co oznacza, że teoretyczne jest mniejsza od kwoty renty z tytułu niezdolności do pracy.
3. **Absencja chorobowa^c** – inaczej nieobecność w pracy. Z perspektywy ZUS, odnosi się do świadczenia pobieranego przez osobę czasowo niezdolną do pracy z perspektywą powrotu, czyli zasiłku chorobowego.
4. **Świadczenie rehabilitacyjne^d** – przysługuje ubezpieczonemu, który wyczerpał prawo do pobierania zasiłku chorobowego, ale w dalszym ciągu jest niezdolny do pracy, a dalsze leczenie lub rehabilitacja lecznicza rokuje odzyskanie zdolności do pracy.
5. **Rehabilitacja lecznicza^e** – świadczenia mające na celu przywrócenia osoby do sprawności psychicznej, fizycznej oraz zdolności do pracy w warunkach domowych, ambulatoryjnych lub w przeznaczonych ku temu ośrodkach.

Jeżeli osoba, u której stwierdzono niezdolność do pracy, nie rozpoczęła opłacania składek ZUS bądź KRUS pracując np. na podstawie umowy o pracę, wtedy kwalifikuje się do renty socjalnej. Jeżeli osoba podjęła aktywność zawodową, opłacając składki na ubezpieczenie

a <https://www.zus.pl/renta-z-tytulu-niezdolnosci-do-pracy> (Dostęp: 29.03.2023)

b <https://www.zus.pl/swiadczenia/renty/renta-socjalna> (Dostęp: 29.03.2023)

c <https://www.zus.pl/swiadczenia/zasilki/zasilek-chorobowy/z-ubezpieczenia-chorobowego> (Dostęp: 29.03.2023)

d <https://www.gov.pl/web/rodzina/wiadczenie-rehabilitacyjne> (Dostęp: 29.03.2023)

e <https://www.gov.pl/web/zdrowie/rehabilitacja-lecznicza> (Dostęp: 29.03.2023)

i ulegnie zdarzeniu, którego skutkiem jest stała utrata zdolności do pracy, wtedy może ubiegać się o rentę z tytułu niezdolności do pracy.

W przypadku, gdy osoba nie jest w stanie podjąć pracy z powodu choroby, wtedy otrzymuje zasiłek chorobowy, który wiąże się z absencją chorobową. Jeżeli ta absencja przedłuża się powyżej 180 dni (270 dni w przypadku kobiet w ciąży), taka osoba ma prawo ubiegać się o świadczenie rehabilitacyjne, które jest udzielane osobom z perspektywą wyzdrowienia i powrotu do aktywności zawodowej.

Z kolei rehabilitacja lecznicza ma na celu doprowadzenie chorego do częściowej albo pełnej sprawności fizycznej oraz psychicznej i odbywa się w miejscu zamieszkania lub ośrodku stacjonarnym bądź ambulatoryjnym.

Dane otrzymane z KRUS obejmują tylko dwie kategorie świadczeń: rentę z tytułu niezdolności do pracy i absencję chorobową.

Kolejnym podziałem danych udostępnionych przez ZUS oraz KRUS było wyszczególnienie wydatków w zależności od grup chorobowych. Zakres grup chorobowych A00 – Z99 obejmuje wszystkie choroby i schorzenia zakwalifikowane w obrębie Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10) przez Światową Organizację Zdrowia. Oznaczenia K00 – K93 obejmują schorzenia układu trawiennego i metabolicznego.

Analiza powyższych danych stanowi najistotniejszą część opracowania. Niemniej jednak, aby przedstawić możliwie najszerszy kontekst analizowanego zagadnienia, uwzględniono dodatkowe dane. Część z nich pochodzi z internetowej platformy BASIW (Baza Analiz Systemowych i Wdrożeńiowych), na której agregowane są raporty oraz dane pochodzące z Narodowego Funduszu Zdrowia, sprawozdań DGL NFZ oraz strony internetowej Głównego Urzędu Statystycznego (GUS).

Kompletną listę opracowanych agregacji danych i wyników przedstawiono w tabeli w [rozdział 9.1].

3. Wprowadzenie do NChZJ

3.1. Definicja i klasyfikacja

Nieswoiste choroby zapalne jelit (NChZJ) definiowane są jako przewlekłe, uwarunkowane immunologicznie zaburzenia polegające na zapaleniu tkanek w przewodzie pokarmowym. Charakteryzują się nawrotowym i reemitującym przebiegiem klinicznym, wymagającym monitorowania i leczenia przez całe życie⁷.

NChZJ dzielą się na dwa główne podtypy wyodrębnione na podstawie cech patologicznych i manifestacji choroby:

- wrzodziejące zapalenie jelita grubego (WZJG, ICD-10: K51.9^f), w którym proces zapalny obejmuje jelito grube oraz odbytnicę, a zmiany chorobowe mogą rozszerzać się na proksymalne odcinki okrężnicy;
- choroba Leśniowskiego-Crohna (ChLC, ICD-10: K50), w której zmiany chorobowe mogą obejmować wszystkie warstwy przewodu pokarmowego^{7, 8, 9}.

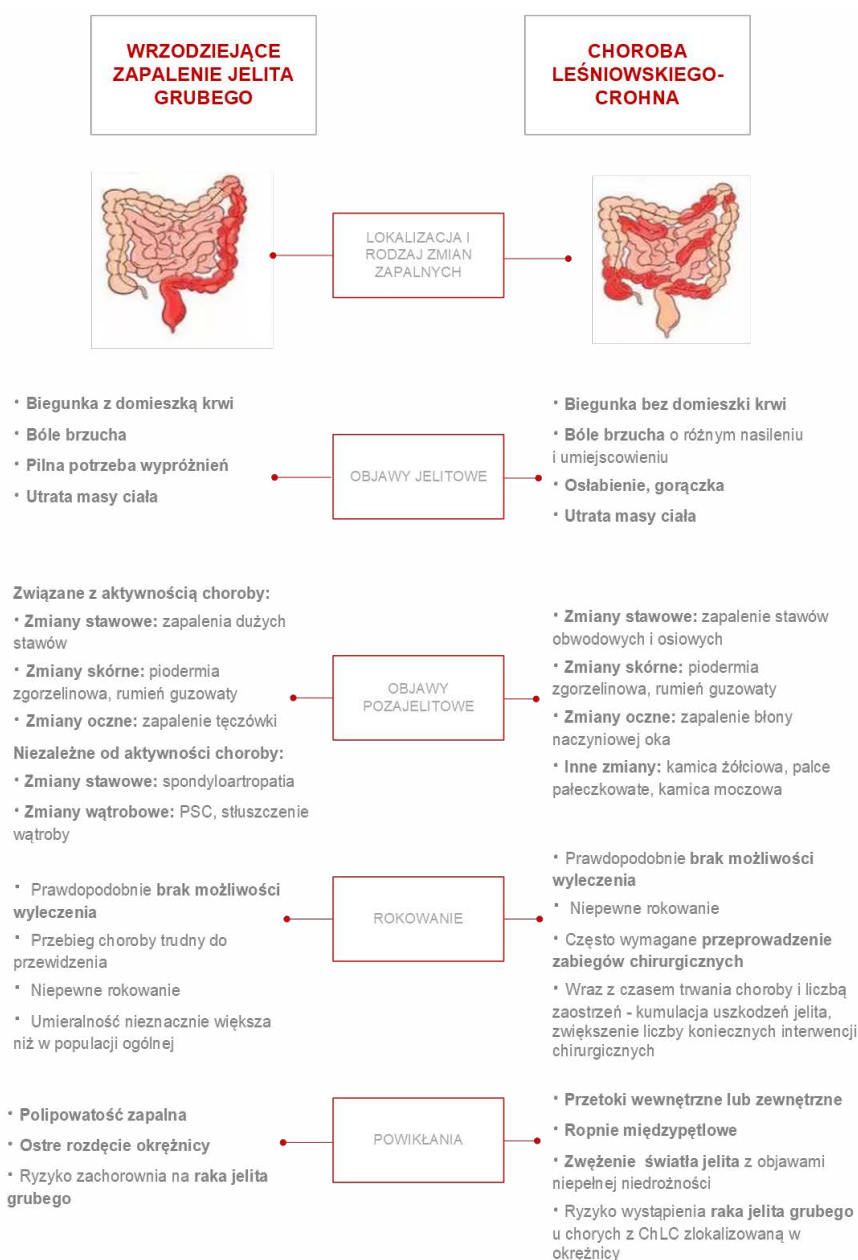
Cechą charakterystyczną NChZJ jest nawrotowy przebieg choroby, składający się z okresów zaostrzeń objawów klinicznych, które mogą trwać od kilku tygodni do kilku miesięcy.

f ICD-10, ang. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) – Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych

Pomiędzy rzutami choroby następują okresy remisji. Obraz kliniczny uzależniony jest od rozległości zmian zapalnych, aktywności choroby i stopnia jej nasilenia. Początek WZJG może być zarówno nagły, jak i powolny. W przypadku ChLC proces chorobowy zwykle rozpoczyna się od rozwinięcia łagodnych i przemijających, rzadko ostrych objawów^{10, 11, 12}.

Jakość życia chorych na NChZJ jest zwykle niższa niż w populacji ogólnej. U chorych na WZJG spowodowane jest to głównie objawami ze strony przewodu pokarmowego, takimi jak krwawienia z odbytu, biegunki, bóle brzucha i nietrzymanie stolca^{13, 14, 15}. Chorzy na WZJG cierpią również z powodu pogorszenia wydolności fizycznej, utraty masy ciała i ogólnego złego samopoczucia. Wraz z postępem choroby, mogą pojawiać się szczeliny lub wyrośla odbytu, powstałe na skutek podrażnień spowodowanych biegunką^{16, 12}. Z kolei chorzy na ChLC, obok klasycznych objawów choroby (ból brzucha, wodnista lub krwawa biegunka, utrata masy ciała) narażeni są na powstawanie przetok, ropni oraz zwężeń i niedrożności w obrębie jelita cienkiego i grubego^{17, 18}. Oprócz objawów obejmujących

Rysunek 1. Charakterystyka choroby Leśniowskiego - Crohna i wrzodziejącego zapalenia jelita grubego



jelita, chorzy obciążeni są również chorobami współistniejącymi wpływającymi na narząd wzroku, układ mięśniowo-stawowy, skórę, układ moczowy oraz wątrobę i drogi żółciowe¹⁹. Należy pamiętać, że objawy występujące w przebiegu chorób sklasyfikowanych jako NChZJ mają charakter wyniszczający²⁰.

Do oceny aktywności klinicznej NChZJ stosuje się wiele skal, które są oparte na ocenie objawów klinicznych oraz badaniach laboratoryjnych. Najczęściej stosowane skale, klasyfikujące WZJG i ChLC jako chorobę aktywną lub będącą w remisji, przedstawiono w tabeli poniżej. Wymienione skale wykorzystywane są do klasyfikacji chorych w Programach Lekowych dot. leczenia NChZJ.

Tabela 3. Nasilenie rzutu wrzodziejącego zapalenia jelita grubego według poszczególnych skal			
Wrzodziejące zapalenie jelita grubego			
Skale kliniczne			
Skala kliniczna (zakres)	Łagodna	Umiarkowana	Ciężka
Skala Mayo	1-4 lub 3-5 pkt	5-8 lub 6-10 pkt	9-12 lub 11-12 pkt
Skala PUCAI	10-34 pkt	35-64 pkt	>65
Choroba Leśniowskiego-Crohna			
Skale kliniczne			
Skala kliniczna (zakres)	Łagodna	Umiarkowana	Ciężka
Klasyfikacja CDAI	150-220 pkt	220-450 pkt	>450 pkt
Skala PDCAI	11-30 pkt	31-50 pkt	>50 pkt

CDAI (ang. Crohn's Disease Activity Index – klasyfikacja aktywności choroby Leśniowskiego-Crohna), PDCAI (ang. Pediatric Crohn's Disease Activity Index), Mayo (Skala Schroedera), PUCAI (ang. Pediatric Ulcerative Colitis Activity Index)

Źródło: opracowanie własne na podstawie Glinkowski 2018²², Iwańczak 2011²³, Turner 2012²⁴, Van Assche 2010²⁵

3.2. Wytyczne leczenie NChZJ w Polsce i na świecie

3.2.1. Wrzodziejące Zapalenie Jelita Grubego

Rodzaj stosowanej terapii powinien być dostosowany do stopnia nasilenia objawów (łagodne, umiarkowane lub ciężkie), a także do aktywności choroby oraz zasięgu zmian zapalnych.

Najnowsze międzynarodowe wytyczne opublikowane w 2022 r.²⁶ w ramach leczenia pierwszego wyboru WZJG o stopniu nasilenia umiarkowanym do ciężkiego zalecają stosowanie kwasu 5-aminosalicylowego (np. mesalazyna, sulfasalazyna), kortykosteroidów (np. prednizon lub prednizolon), a także leków immunosupresyjnych z grupy tiopuryn (np. azatiopryna).

W przypadku braku odpowiedzi na leczenie standardowe zaleca się rozważenie terapii z udziałem inhibitorów TNF-alfa^g (infliksymab, adalimumab, golimumab), ustekinumabu, wedolizumabu lub tofacytynibu.

Dostępne metody leczenia chirurgicznego obejmują najczęściej proktokolektomię oraz ileostomię. Wskazaniem do zastosowania leczenia chirurgicznego WZJG jest brak odpowiedzi na leczenie farmakologiczne oraz nagłe powikłania choroby, takie jak ostre rozdęcie okrężnicy, perforacja okrężnicy i ciężki krwotok.

Zgodnie z polskimi wytycznymi opublikowanymi w 2023 r.⁷, w celu indukcji remisji klinicznej w WZJG o stopniu nasilenia od umiarkowanego do ciężkiego należy zastosować ogólnoustrojowe steroidy i mesalazynę. U chorych odpowiadających na leczenie steroidami, terapia podtrzymująca powinna obejmować tiopuryny, natomiast w przypadku braku przeciwwskazań, u wszystkich chorych rekomenduje się także podawanie mesalazyny. Nie należy opóźniać stosowania terapii celowanych (leków biologicznych i małocząsteczkowych) w przypadku zaostrzenia choroby u chorych już leczonych tiopurynami, lub u których istnieją przeciw-

g ang. tumor necrosis factor alpha – czynnik martwicy nowotworu alfa

wskazania bądź nietolerancja na tę klasę leków i konieczność powtarzania steroidoterapii, lub z czynnikami ryzyka niekorzystnego przebiegu WZJG. U chorych steroidoopornych, steroidozależnych lub nietolerujących leczenia steroidami zaleca się terapię lekami z grupy anti-TNF, wedolizumabem, ustekinumabem lub tofacytynibem.

3.2.2. Choroba Leśniowskiego – Crohna

Zgodnie z aktualnymi międzynarodowymi wytycznymi^{27, 28, 29}, leczenie pierwszej linii choroby Leśniowskiego-Crohna o umiarkowanym do ciężkim stopniu nasilenia obejmuje stosowanie terapii konwencjonalnej, tj. steroidów i/lub tiopuryn (azatiopryna, 6-merkaptopuryna). W przypadku uzyskania niewystarczającej odpowiedzi na leczenie standardowe lub stwierdzenia jego nietolerancji zaleca się rozpoczęcie terapii przeciwciałami monoklonalnymi, do których należą leki anti-TNF (takie jak infliksymab, adalimumab i certolizumab pegol), ustekinumab czy wedolizumab. Są to opcje zalecane zarówno w populacji chorych leczonych uprzednio biologicznie, jak i tych, którzy nie otrzymali takiego leczenia. Wyboru leczenia dokonuje się w oparciu o stan chorego, preferencje dotyczące terapii, z uwzględnieniem kosztów i dostępności technologii leczniczych.

Należy zaznaczyć, że najnowsze polskie wytyczne¹¹ są zasadniczo zgodne z wytycznymi opublikowanymi przez zagraniczne organizacje. Wskazują one, iż przy całkowitym braku skuteczności leku biologicznego należy rozważyć zmianę na lek o innym mechanizmie działania, natomiast przy uzyskaniu odpowiedzi klinicznej bez remisji – intensyfikację dawki lub przedłużenie leczenia indukcyjnego.

Wskazaniem do zastosowania leczenia chirurgicznego jest nieskuteczność innych form terapii. W ChLC z zajęciem okolicy odbytu w pierwszym etapie zaleca się miejscowe leczenie zabiegowe (drenaż ropni, drenaż przetok), natomiast u chorych z ciężkimi zmianami okołoodbytowymi, u których zarówno leczenie farmakologiczne, jak i miejscowe leczenie chirurgiczne nie jest skuteczne, zaleca się wykonanie stomii obarczającej. Pozostałe opcje stosowane w przypadku chorych z występującymi przetokami czy współistniejącym ropniem obejmują m.in. założenie setonu, fistulotomię, fistulektomię, operację Hipokratesa, międzyzwieraczowe podwiązanie kanału przetoki, zastosowanie metody endoskopowej, terapii podciśnieniowej, klejów czy zatyczek.

3.2.3. Opcje terapeutyczne nieuwzględnione w wytycznych

W związku z opublikowaniem wytycznych przed rejestracją nowych technologii lekowych wskazanych w leczeniu choroby Leśniowskiego-Crohna oraz wrzodziejącego zapalenia jelita grubego nie zostały w nich uwzględnione zalecenia dotyczące stosowania wszystkich najnowszych rodzajów terapii, w tym leków biologicznych i małocząsteczkowych.

Pośród takich leków należy wymienić upadacytynib (produkt leczniczy Rinvoq®) zarejestrowany w leczeniu WZJGh w 2022 r. oraz w leczeniu ChLCi w 2023 r. czy ryzankizumab (produkt leczniczy Skyrizi®) zarejestrowany w leczeniu ChLCj od listopada 2022 roku. W wytycznych brakuje również dwóch leków, które od maja 2023 roku refundowane są dla chorych na WZJG w Polsce (ozanimod i filgotynib).

Trwa także ocena nowego leku – etrasimodu, w leczeniu czynnej postaci WZJG o stop-

- h w leczeniu umiarkowanego do ciężkiego czynnego wrzodziejącego zapalenia jelita grubego u dorosłych pacjentów, u których odpowiedź na leczenie jest niewystarczająca, którzy przestali odpowiadać na leczenie lub nie tolerowali leczenia
- i w leczeniu umiarkowanej do ciężkiej czynnej choroby Leśniowskiego-Crohna u dorosłych pacjentów, u których odpowiedź na leczenie jest niewystarczająca, którzy przestali odpowiadać na leczenie lub nie tolerowali leczenia konwencjonalnego, lub biologicznego.
- j w leczeniu dorosłych pacjentów z czynną chorobą Leśniowskiego-Crohna o nasileniu od umiarkowanego do ciężkiego, u których odpowiedź na leczenie jest niewystarczająca, którzy przestali odpowiadać na leczenie lub nie tolerowali leczenia konwencjonalnego, lub biologicznego

niu nasilenia umiarkowanym do ciężkiego. Wydanie decyzji dotyczących dopuszczenia do obrotu omawianego leku planowane jest przez EMA na pierwszą połowę 2024 r. Lek zarejestrowany jest obecnie wyłącznie przez FDA^k.

3.3. Epidemiologia i obciążenie chorobą

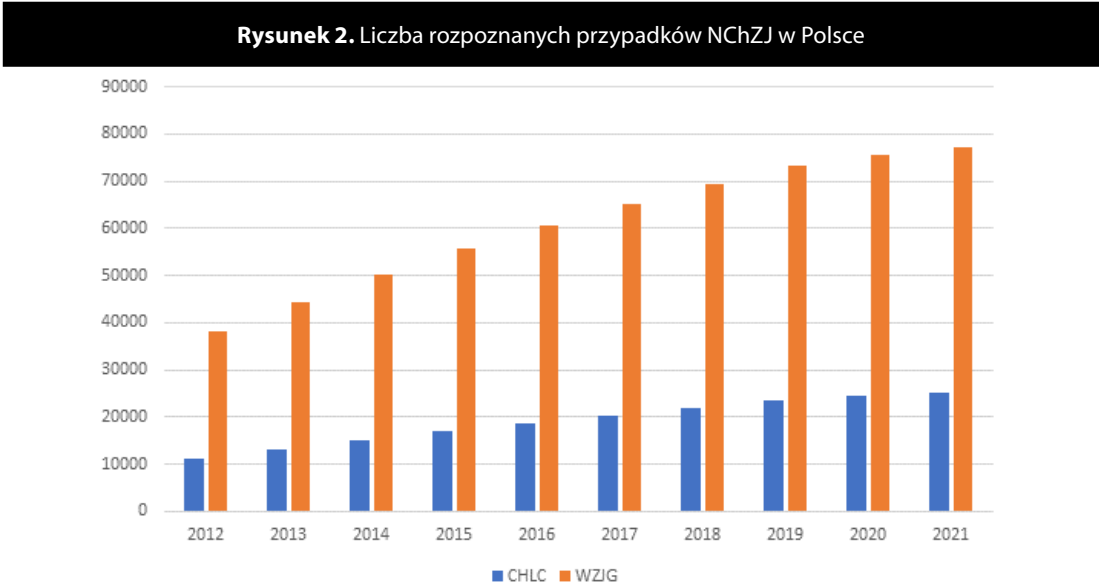
W ostatnich kilkudziesięciu latach globalnie odnotowano znaczny wzrost częstości występowania nieswoistych chorób zapalnych jelit, zarówno WZJG, jak i ChLC³¹. Europa wskazywana jest jako rejon o najwyższej na świecie częstości występowania i zachorowalności na WZJG, z najwyższymi wskaźnikami raportowanymi w krajach północnych i zachodnich kontynentu. Szacuje się, że 0,3% populacji europejskiej ma zdiagnozowane NChZJ, co odpowiada łącznie 2,5-3 mln osób.

Tabela 4. Wskaźniki epidemiologiczne dotyczące występowania NChZJ w Polsce				
Wskaźnik	WZJG		ChLC	
	Współczynnik surowy	EASR (95% CI)	Współczynnik surowy	EASR (95% CI)
Częstość występowania w 2020 r.	191,4/100 000 mieszkańców	187,85 (186,5-189,2)	61,6/100 000 mieszkańców	60,3 (59,5-61,0)
Zapadalność w 2018 r.	12,5/100 000 mieszkańców	12,3 (12,0-12,7)	4,7/100 000 mieszkańców	4,6 (4,4-4,8)

EASR, ang. european age-standardized rate – europejski wskaźnik standaryzowany względem wieku

Źródło: Zagórowicz 2022³²

W Polsce na przestrzeni lat 2010-2021 obserwowana jest stabilna tendencja wzrostowa dla częstości występowania zarówno WZJG, jak i ChLC. W 2021 roku, zgodnie z danymi NFZ, liczba chorych na ChLC wynosiła 25 146, a chorych na WZJG 77 073 osób (Rysunek 2).



Źródło: Opracowanie własne na podstawie BASIW³³

NChZJ rozpoznaje się najczęściej u ludzi młodych w okresie ich największej życiowej aktywności. Choroba może wystąpić w każdym wieku, jednak najczęściej rozpoznawana jest między 15. a 35. rokiem życia zarówno w przypadku wrzodziejącego zapalenia jelita grubego, jak i choroby Leśniowskiego-Crohna³⁴.

W Polsce najwięcej zachorowań na ChLC notuje się w grupie wiekowej 20 – 29 lat i nieznacznie mniej w grupie 10 – 19 lat, natomiast drugi szczyt zachorowań widoczny jest

k <https://www.pfizer.com/news/press-release/press-release-detail/us-fda-approves-pfizers-velsipityt-m-adults-moderately>

w grupie chorych 60 – 69 lat. Wskazuje się na porównywalną chorobowość na ChLC niezależnie od płci, nieznacznie wyższą u mężczyzn. Podobne wnioski sformułować można na podstawie danych dotyczących WZJG, w których najwięcej zachorowań występuje u chorych pomiędzy 20. a 29. rokiem życia, a następnie między 60. a 69. rokiem życia, częściej u mężczyzn niż u kobiet³².

Profil chorego w większości przypadków tożsamy jest z profilem osoby aktywnej zawodowo, która częściej zamieszkuje miasta niż wieś. Zdecydowana większość chorych w momencie rozpoznania to osoby pracujące. Dane NFZ wskazują, że w 2021 roku odpowiednio 84% i 86% chorych leczonych w ramach Programów Lekowych dedykowanych ChLC i WZJG znajdowało się w wieku produkcyjnym¹.

Zgodnie z szacunkami aż 35% kobiet i 42% mężczyzn z rozpoznaniem ChLC lub WZJG kończy aktywność zawodową przed osiągnięciem wieku emerytalnego. U chorych na WZJG ryzyko niezdolności do pracy jest 1,8-krotnie wyższe w porównaniu z populacją ogólną³⁵. Udowodniona jest również korelacja między nasileniem objawów NChZJ, a liczbą opuszczonych dni w pracy oraz wydajnością wykonywania zadań³⁶. W związku z często późną diagnozą i brakiem odpowiedniej terapii, generowane są również duże koszty bezpośrednie dla krajowego systemu ubezpieczeń zdrowotnych i samego chorego. Co więcej, koszty ponoszone w związku z WZJG lub ChLC, zarówno te dotyczące wydatków publicznych, jak i utracone dochody, rosną gwałtownie wraz z nasileniem objawów choroby³⁷.

3.4. Kluczowe aspekty leczenia NChZJ w Polsce

Terapia chorób sklasyfikowanych jako NChZJ obejmuje leczenie zaostrzeń choroby oraz leczenie podtrzymujące.

Historycznie podstawę terapii nieswoistych chorób zapalnych jelit stanowiło stosowanie leków finansowanych w ramach leczenia dostępnego w aptece na receptę, tj. 5-aminosalicylanów, budezonidu, steroidów, leków immunosupresyjnych (azatiopryna, 6-merkaptopuryna).

W związku z coraz lepszym poznaniem specyfiki chorób oraz opracowaniem nowych mechanizmów działania produktów leczniczych, rynek leków stosowanych w leczeniu WZJG i ChLC podlegał dynamicznym zmianom. Wprowadzono Programy Lekowe umożliwiające chorym na WZJG i ChLC dostęp do nowoczesnego leczenia. Przez wiele lat zapisy tych programów ewoluowały. Istotne zmiany zostały wprowadzone w 2022 oraz 2023 roku. Dotyczyły one m.in. objęcia refundacją nowych leków, wydłużenie maksymalnego czasu trwania leczenia oraz zniesienie obligatoryjnego zastosowania cyklosporyny przed wdrożeniem leczenia innowacyjnego.

Szczegółowe omówienie zapisów Programów Lekowych wraz ze wskazaniem aktualnie finansowanych opcji terapeutycznych przedstawiono w rozdziale 5.1.

1 dla mężczyzn grupa wieku 18-64 lata, dla kobiet - 18-59 lat.

4. Analiza rocznych wydatków ZUS i KRUS

W tej części opracowania skupiono się na szczegółowej analizie udostępnionych przez ZUS i KRUS danych.

Uzyskane wyniki osadzono w szerszym kontekście funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej, tak aby móc przeanalizować wzajemny wpływ różnych czynników oraz możliwe rozwiązania potencjalnie wpływające na wzrost efektywności wykorzystania zasobów opieki zdrowotnej, przy jednoczesnej optymalizacji procesu terapeutycznego.

4.1. Roczne wydatki ZUS oraz KRUS w całej populacji chorych

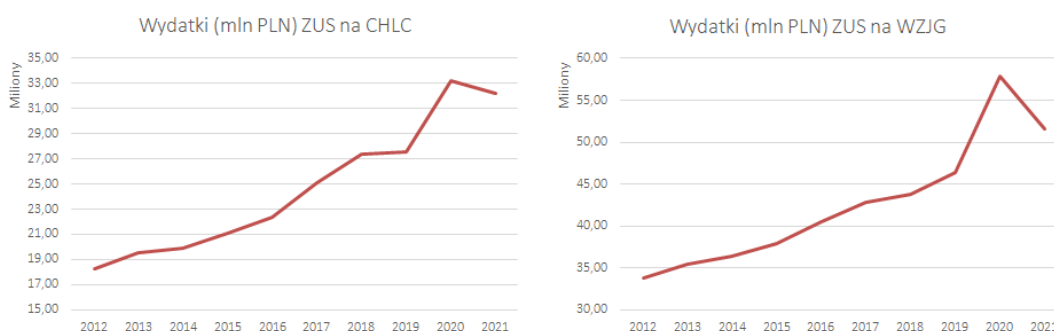
W rozdziale zaprezentowano wydatki ZUS i KRUS obejmujące wypłacone świadczenia z tytułu niezdolności do pracy chorych z ChLC i WZJG.

4.1.1. Roczne wydatki ZUS

Świadczenia ZUS wypłacane z tytułu niezdolności do pracy chorych z rozpoznaniem ChLC i WZJG w latach 2012 – 2021 zostały zaprezentowane na wykresach (Rysunek 3). Przedstawione kwoty odpowiadają wyłącznie sytuacji, gdy wypłacane świadczenie jest bezpośrednio związane z rozpoznaniem K.50 (ChLC) lub K.51 (WZJG).

W 2021 roku wydatki ZUS z tytułu niezdolności do pracy osiągnęły około 32 i 52 mln PLN odpowiednio w przypadku chorych na ChLC i WZJG. W przypadku obu chorób obserwowany jest stabilny wzrost przedmiotowych wydatków w niemal całym analizowanym okresie. Wyjątek od linii trendu można zauważyć w latach 2020 i 2021. W 2020 roku doszło do gwałtownego wzrostu wydatków (o ponad 20%), znacznie wyższego niż w poprzednich latach, po czym w 2021 roku odnotowany został niewielki spadek. Tym samym krzywa wydatków ostatecznie wraca na swoją wyjściową trajektorię.

Rysunek 3. Całkowite wydatki ZUS (mln PLN) z tytułu niezdolności do pracy chorych z ChLC i WZJG w latach 2012 – 2021

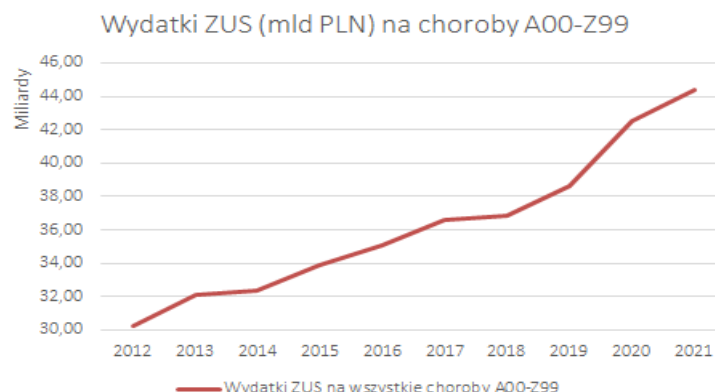


Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych ZUS⁴

Aby zmiany w wydatkach ZUS na chorych na NChZJ można było odnieść do wydatków w pełnej populacji chorych, na kolejnym wykresie (Rysunek 4) przedstawiono całkowite wydatki ZUS z tytułu niezdolności do pracy w pełnej populacji Polski (łącznie wydatki związane ze wszystkimi rozpoznaniem ICD-10).

Analizując ogólne transfery ZUS z tytułu wszystkich niezdolności do pracy (ICD-10, A00 – Z99), można zauważyć analogiczne zmiany jak dla NChZJ, wskazujące na stały trend wzrostowy. Jedyna różnica to brak spadku wydatków w 2021 roku (Rysunek 4) obserwowanego w przypadku chorych na NChZJ.

Rysunek 4. Roczne wydatki ZUS (mld PLN) w latach 2012 – 2021 z tytułu wypłaty świadczeń związanych ze wszystkimi chorobami ICD – 10 (A00 - Z99)



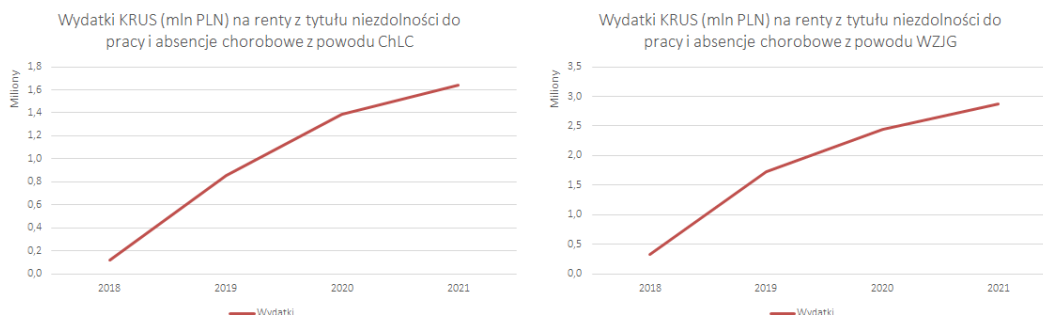
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych ZUS⁴

Przeciętne roczne tempo wzrostu ogólnych transferów z tytułu niezdolności do pracy wynosi 4,4%, podczas gdy dla WZJG jest to 5,2%, a dla ChLC 6,7%. Są to wartości porównywalne.

4.1.2. Roczne wydatki KRUS

Całkowite wydatki KRUS wypłacane z tytułu niezdolności do pracy chorych (renty oraz absencje) z rozpoznaniem ChLC i WZJG w latach 2018 – 2021^m zaprezentowane są na wykresach (Rysunek 5).

Rysunek 5. Wydatki KRUS (mln PLN) z tytułu niezdolności do pracy chorych z ChLC i WZJG w latach 2018 – 2021



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych KRUS⁵

W przypadku obu chorób obserwujemy duży wzrost przedmiotowych wydatków w niemal całym analizowanym okresie. Wzrost z roku 2020 na 2021 wyniósł w przypadku ChLC i WZJG odpowiednio 17% i 19%.

Podsumowując, obserwowany wzrost wydatków ZUS z tytułu niezdolności do pracy chorych w latach 2012 – 2021 należałoby wiązać z gwałtownie rosnącą chorobowością NChZJ [rozdział 3.3.]. Z uwagi na fakt, że otrzymane dane z ZUS odnoszą się do lat 2012 – 2021, a wydatki KRUS jedynie do okresu 2018 – 2021 nie było możliwości przedstawienia tych danych łącznie, w jednym szeregu czasowym. Ponieważ kwoty raportowane przez KRUS stanowią jedynie ułamek całkowitych wydatków na świadczenia związane z niezdolnością do pracy, nie analizowano ich szczegółowo w dalszej części raportu, gdzie prezentowano zmiany w poziomie wydatków w czasie.

^m Dane otrzymane z KRUS obejmowały jedynie lata 2018 – 2021

4.2. Roczne wydatki ZUS w przeliczeniu na chorego

Wykazano, że roczne wydatki ZUS z tytułu niezdolności do pracy wszystkich chorych oraz chorych z ChLC i WZJG systematycznie rosną. Celem kolejnego etapu prac była weryfikacja, jak w kontekście rosnących wydatków ogółem, kształtują się wydatki przypadające na jednego chorego. Dodatkowo przeprowadzono również oszacowania w przeliczeniu na jedną osobę w wieku produkcyjnym i na jedną osobę pracującą, których wyniki przedstawiono w załączniku [rozdział 9.3.2 i rozdział 9.3.3]. Celem nadania prezentowanym zależnościom szerszego kontekstu, dodatkowo przedstawiono wydatki ZUS z tytułu niezdolności do pracy w przeliczeniu na jednego mieszkańca Polski.

Aby zachować parytet siły nabywczej pieniądza w całym analizowanym okresie (2012 – 2021), wydatki zostały przeskalowane wg stopy inflacji w odniesieniu do 2021 roku [szczegóły przeskalowania zaprezentowano w rozdziale 9.8]. Niezwykle istotne jest, że wydatki należy interpretować jako poniesione przez ZUS wyłącznie w związku z rozpoznaniem głównym na ChLC i WZJG, co znaczy, że wydatki, które poniósł ZUS np. w związku z absencją chorobową osoby z ChLC lub WZJG w wyniku np. złamania nogi lub grypy nie są ujmowane w tej kategorii.

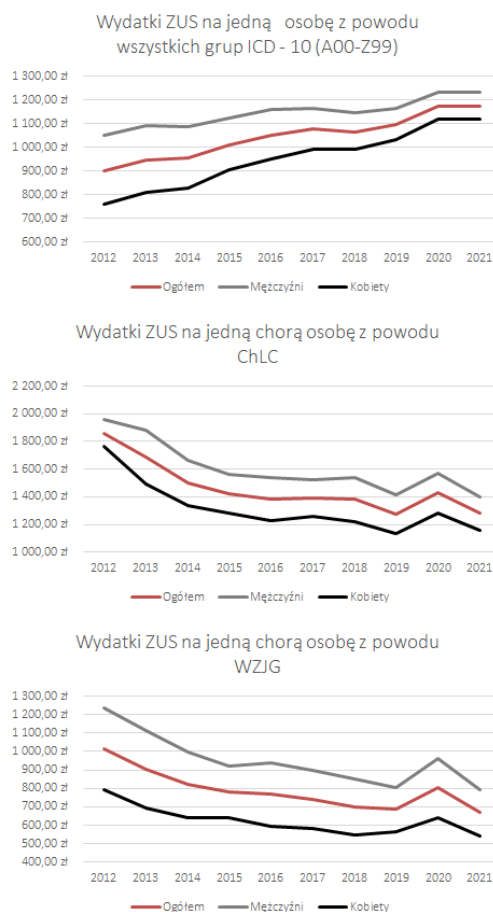
W latach 2012 – 2021, roczne wydatki ZUS na jednego chorego systematycznie rosły (Rysunek 6a), natomiast wydatki na jednego chorego z ChLC i WZJG z tytułu niezdolności do pracy uległy istotnemu obniżeniu odpowiednio o 600 i 300 zł (Rysunek 6b, 6c). Spadki występowały we wszystkich latach z wyjątkiem 2020 roku. Średnioroczne wydatki ZUS na jednego mężczyznę z NChZJ są wyższe o ok. 200 zł od wydatków na jedną kobietę. Zależność ta nie jest jednak obserwowana w przypadku analizy wydatków w przeliczeniu na jednego chorego w wieku produkcyjnym lub na jednego chorego pracującego (wykresy przedstawiono w rozdziałach 9.3.2 i 9.3.3). Oznacza to, że obciążenie ZUS z tytułu niezdolności do pracy dla mężczyzn i kobiet jest porównywalne.

Wydatki na chorego w wieku produkcyjnym są wyższe niż na jednego chorego, ale interpretacja tych danych pozostaje analogiczna. Wartości dla chorych w wieku produkcyjnym w dokładniejszy sposób prezentują rzeczywiste obciążenie społeczne z tytułu niezdolności do pracy, ponieważ dotyczą grupy chorych, która w największym stopniu korzysta z przedmiotowych świadczeń społecznych.

Koszty ponoszone przez ZUS z tytułu niezdolności do pracy w przeliczeniu na jednego mieszkańca Polski stale rosną w czasie, w przeciwieństwie do wyraźnie malejących wydatków na świadczenia związane z niezdolnością do pracy chorych z NChZJ.

Rosnące wydatki ogółem z tytułu niezdolności do pracy chorych z ChLC przy jed-

Rysunek 6. Średnioroczne wydatki ZUS w przeliczeniu na jedną osobę



Źródło: Opracowanie własne w oparciu o dane ZUS²⁷

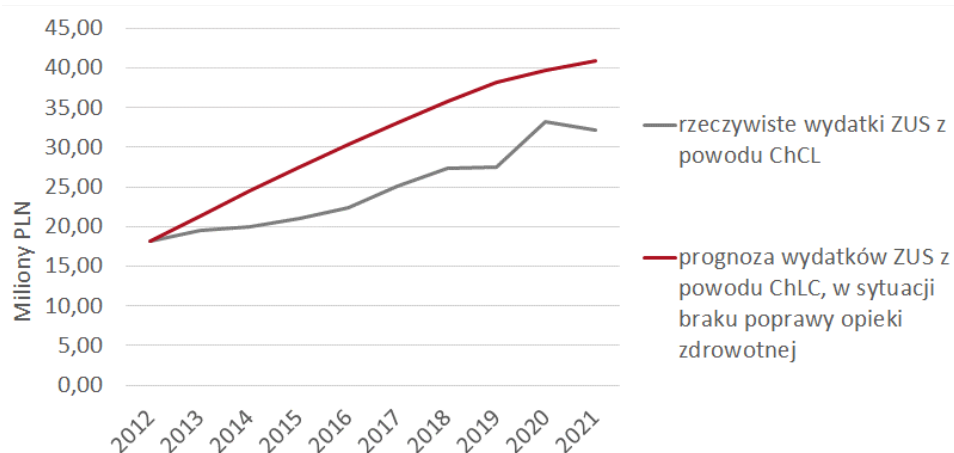
noczesnym spadku tych wydatków w przeliczeniu na jednego chorego świadczą o istotnym wzroście liczby chorych z NChZJ w analizowanym okresie [rozdział 3.3].

Podsumowując, w okresie 2012 – 2021 wydatki ZUS z tytułu niezdolności do pracy wszystkich chorych rosły, w tym wydatki na chorych na ChLC i WZJG. Wydatki ZUS w przeliczeniu na jednego mieszkańca Polski również rosły, natomiast wydatki w przeliczeniu na jednego chorego na ChLC i WZJG malały. Jest to bardzo ważna obserwacja, wskazująca na to, że korzystne zmiany, które nastąpiły w opiece zdrowotnej nad chorymi z NChZJ, mogły zdecydować o przeciwnym trendzie w stosunku do generalnego trendu dla wszystkich rozpoznawanych jednostek chorobowych. Na wykresach ciemnoczerwonym kolorem przedstawiono, jak mogłyby kształtować się łączne wydatki ZUS z tytułu niezdolności do pracy wszystkich chorych na ChLC i WZJG, gdyby w badanym okresie nie nastąpiła poprawa opieki zdrowotnej decydująca o systematycznej redukcji wydatków na jedną osobę z tymi schorzeniami. Kolorem szarym oznaczono rzeczywiste wydatki ZUS w tym okresie.

Zgodnie z wykonaną prognozą, dzięki poprawie opieki zdrowotnej świadczonej dla chorych z ChLC i WZJG, ZUS oszczędza obecnie odpowiednio około 8 mln i 16 mln zł rocznie.

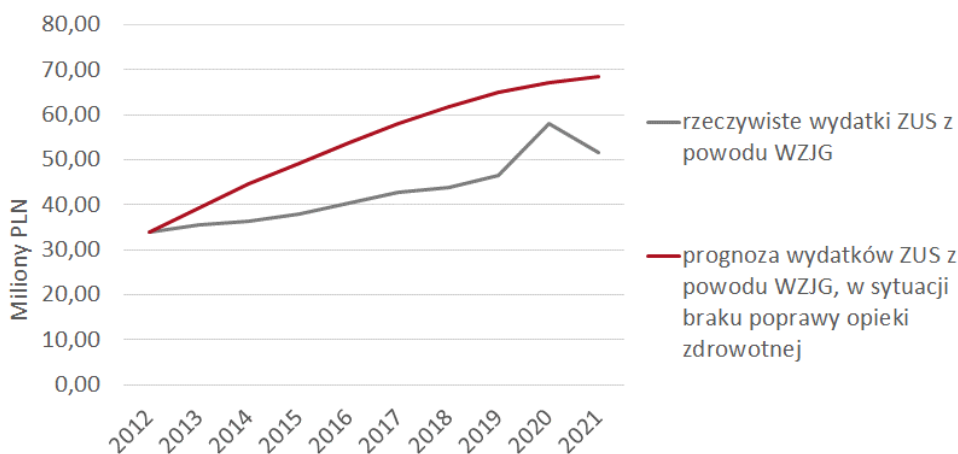
Ponadto przeciętne wydatki na świadczenia związane z niezdolnością do pracy w przeliczeniu na mężczyznę są wyższe niż w przeliczeniu na kobietę. Jeśli jednak poddać analizie

Rysunek 7. Sumaryczne roczne wydatki ZUS z tytułu niezdolności do pracy chorych na ChLC



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych ZUS⁴

Rysunek 8. Sumaryczne roczne wydatki ZUS z tytułu niezdolności do pracy chorych na WZJG



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych ZUS⁴

wydatki na chorego mężczyznę lub kobietę w wieku produkcyjnym lub na chorego pracującego, to różnica ta nie jest zauważalna.

W załączniku do opracowania [rozdział 9.3.3] przedstawiono wyniki w przeliczeniu na jednego chorego w wieku produkcyjnym i na jednego chorego pracującego. Wnioski są analogiczne w stosunku do prezentowanych w przeliczeniu na jednego chorego.

4.3. Kategorie wydatków ZUS

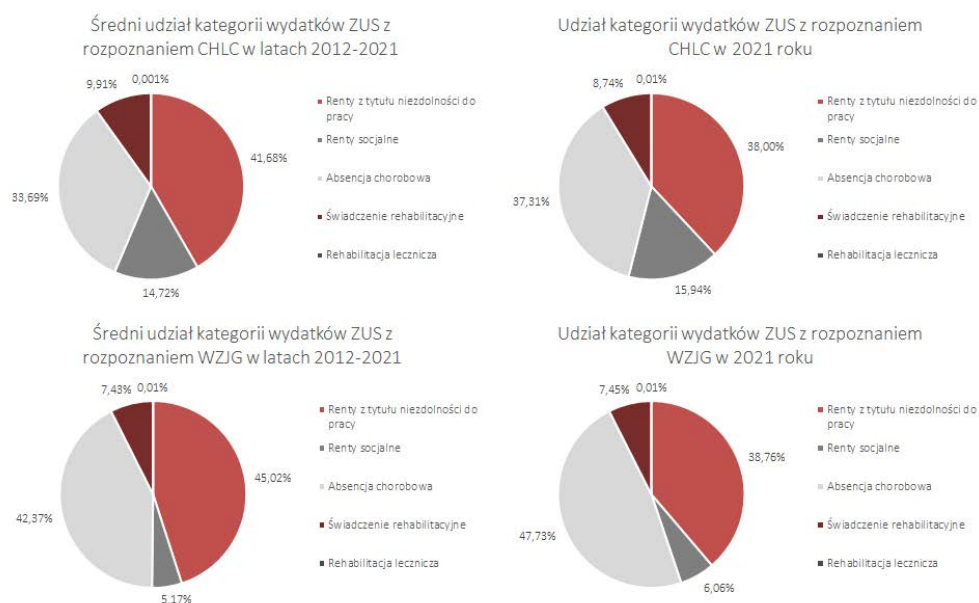
W tym rozdziale przeanalizowane zostaną poszczególne kategorie świadczeń związanych z niezdolnością do pracy. Pozwoli to na zidentyfikowanie tych, które w największym stopniu odpowiadają za zmianę wydatków całkowitych. Społecznie pożądanym kierunkiem jest ewentualny wzrost udziału absencji chorobowej, co dotyczy chorych pracujących i jedynie czasowo niezdolnych do pracy, względem rent z tytułu trwałej niezdolności do pracy, wypłacanych chorym, którzy nie generują PKB.

Otrzymane dane z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych obejmują pięć kategorii wydatków [rozdział 2.2]:

- Renty z tytułu niezdolności do pracy;
- Renty socjalne;
- Absencje chorobowe;
- Świadczenia rehabilitacyjne;
- Rehabilitacja lecznicza.

Dane dotyczące wydatków analizowano w zależności od rozpoznania ChLC lub WZJG. Uwzględniono dane dla okresu 2012 – 2021 oraz dla samego roku 2021, co pozwoliło na porównanie aktualnej sytuacji z wynikami historycznymi i wyciągnięcie wniosków w zakresie kierunków zmian (Rysunek 9).

Rysunek 9. Udziały poszczególnych kategorii wydatków ZUS z tytułu NChZJ



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych ZUS⁴

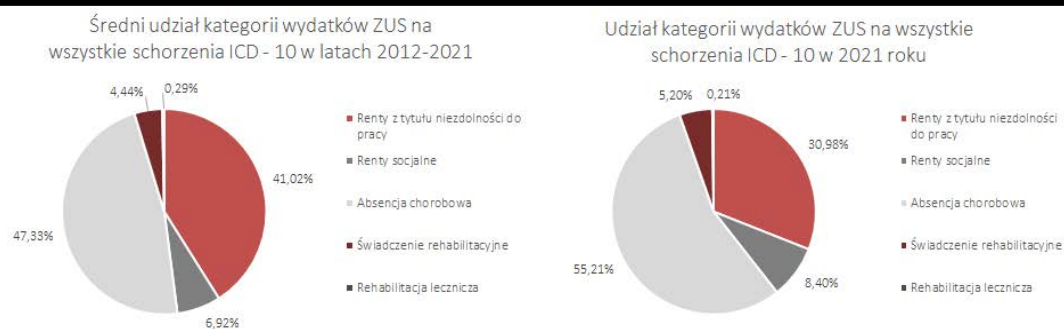
Zarówno w przypadku ChLC, jak i WZJG największy udział spośród wszystkich kategorii wydatków mają renty z tytułu niezdolności do pracy oraz absencja chorobowa (zarówno historycznie, jak i w 2021 roku). W 2021 roku w przypadku ChLC jest to łącznie około 75%

wszystkich wydatków, w przypadku WZJG nawet 85%. Co niezwykle istotne, można zauważyć, że w roku 2021 nastąpił wzrost wydatków związanych z wypłatą świadczeń związanych z krótkotrwałą absencją chorobową oraz spadek rent z tytułu niezdolności do pracy. Dotyczy to obu grup chorych.

Udział wydatków związanych z udzielonymi świadczeniami rehabilitacyjnymi był zbliżony dla obu chorób (około 7,5-8,7%), natomiast u chorych na ChLC odnotowano znacząco wyższe wydatki związane z rentami socjalnymi w porównaniu do chorych na WZJG (15,9% vs. 6,1%). Prawdopodobnie różnica spowodowana jest zazwyczaj wcześniejszą manifestacją objawów chorobowych ChLC niż WZJG, w tym przypadku jeszcze zanim osoba chora osiągnie wiek produkcyjny. W sytuacji, gdy rozwój niepełnosprawności rozwija się przed możliwością podjęcia pierwszej pracy zarobkowej, chorym przysługuje renta socjalna, a nie renta z tytułu niezdolności do pracy. Rehabilitacja lecznicza w przypadku obu chorób nie przekroczyła 0,01% łącznych wydatków.

Celem nadania prezentowanym zależnościom szerszego kontekstu, dodatkowo przedstawiono udział poszczególnych kategorii wydatków ZUS z tytułu niezdolności do pracy w odniesieniu do jednego mieszkańca Polski (Rysunek 10).

Rysunek 10. Udziały poszczególnych kategorii wydatków ZUS dla schorzeń ogółem



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych ZUS⁴

Analizując transfery ZUS z tytułu wszystkich przyczyn niezdolności do pracy (ICD-10, A00 – Z99), można zauważyć zbliżone zależności jak dla NChZJ, czyli dominację 2 kategorii: rent z tytułu niezdolności do pracy i absencji chorobowych. Na przestrzeni lat 2012 – 2021 w jeszcze większym stopniu można zaobserwować przesunięcie ciężaru wydatków z rent w stronę absencji. Jest to kierunek dość naturalny gdyż NChZJ należą do grupy chorób przewlekłych, natomiast w schorzeniach ogółem, mieszczą się między innymi infekcje, krótkotrwałe urazy itp., które najczęściej są związane są z absencją a nie rentami.

Obserwacja dotycząca zależności struktury kosztów względem kategorii świadczeń związanych z niezdolnością do pracy skłoniła autorów analizy do szerszej oceny wydatków poniesionych na jednego chorego z NChZJ. Uwzględniając udział rent z tytułu niezdolności do pracy oraz absencji chorobowych w wydatkach ZUS, w dalszej części opracowania przeanalizowano szczegółowo, jak kształtowały się wydatki dla tych kategorii w ujęciu kwotowym w czasie, co pozwoli na dalszą ocenę możliwych przyczyn zmiany rodzajów kosztów ponoszonych przez ZUS.

4.4. Roczne wydatki ZUS na renty z tytułu niezdolności do pracy oraz absencje chorobowe w przeliczeniu na jednego chorego

W poprzednim rozdziale wykazano, że kategoriami kosztów ponoszonych przez ZUS o największym udziale są wydatki z tytułu absencji chorobowych i renty z tytułu niezdolności do pracy. W niniejszym rozdziale zostaną one zaprezentowane w ujęciu kwotowym,

na przestrzeni lat 2012 – 2021. Pozwoli to wskazać, która z nich w większym stopniu odpowiada za spadek wydatków ZUS w przeliczeniu na jednego chorego z NChZJ oraz określić, jaki jest obserwowany trend na przestrzeni ostatnich lat.

Aby zachować parytet siły nabywczej pieniądza w całym analizowanym okresie tj. w latach 2012 – 2021, wydatki zostały przeskalowane według stopy inflacji w odniesieniu do 2021 roku [szczegóły przeskalowania zaprezentowano w rozdziale 9.8]. Należy je interpretować jako poniesione przez ZUS wyłącznie na świadczenia związane z rozpoznaniem głównym ChLC i WZJG.

Analizując roczne wydatki na jednego chorego na ChLC i WZJG (Rysunek 11b, c), obserwujemy dynamiczny spadek transferów przeznaczonych na renty, które w latach 2012-2021 uległy obniżeniu odpowiednio o 350 i 300 zł. Spadki występowały we wszystkich latach z wyjątkiem 2020 roku dla ChLC.

W przypadku absencji chorobowej, wydatki na jednego chorego na ChLC i WZJG utrzymują się na względnie stałym poziomie z niewielkim spadkiem, odpowiednio o ok. 50 i 25 zł.

Należy zwrócić uwagę, że w tym samym okresie koszty ponoszone przez ZUS z tytułu absencji chorobowej w przeliczeniu na jednego mieszkańca Polski (Rysunek 11a), wzrosły o około 300 zł. Koszty rent na jedną osobę zmniejszyły się natomiast o niespełna 100 zł.

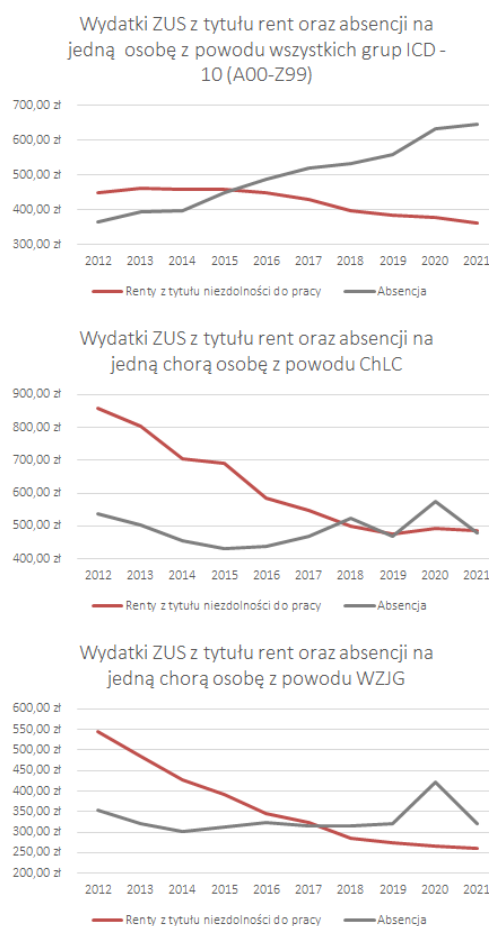
Podsumowując, w przypadku ChLC i WZJG dla badanego okresu widać wyraźny spadek wydatków związanych z rentami w przeliczeniu na jednego chorego. Jednocześnie wydatki z tytułu absencji spadły w stosunkowo niewielkim stopniu w porównaniu do spadku obserwowanego dla rent. W rezultacie, łączne wydatki ZUS w przeliczeniu na jednego chorego na NChZJ istotnie maleją [rozdział 4.2].

Obserwacje te są zgoła odmienne względem tego co można odnotować w przypadku wydatków ZUS dla wszystkich schorzeń, które w przypadku rent kształtowały się na względnie stałym poziomie, natomiast te z tytułu absencji dynamicznie wzrastały.

W załączniku do opracowania [rozdział 9.3.5] przedstawiono wyniki w przeliczeniu na jednego chorego w wieku produkcyjnym i jednego chorego pracującego. Wnioski są analogiczne w stosunku do prezentowanych w przeliczeniu na jednego chorego.

Podkreślić należy, że zaprezentowane powyżej oszacowania oddają średni poziom obciążenia ZUS wydatkami na chorego z NChZJ. Nie są dostępne dane, które pozwoliłyby na zróżnicowanie wydatków w zależności od stopnia nasilenia choroby. Możliwe jest jednak zaprezentowanie dodatkowych oszacowań w poszczególnych grupach wiekowych, które są

Rysunek 11. Roczny koszt ZUS z powodu rent i absencji na jedną osobę



Źródło: Opracowanie własne w oparciu o dane ZUS²⁷

najsilniej obciążone chorobą [rozdział 9.2] i potencjalnie generują najwyższe wydatki na świadczenia społeczne z tytułu niezdolności do pracy. W kolejnym podrozdziale wykonano więc uzupełniające oszacowania w zakresie udzielanych zwolnień lekarskich i dni absencji chorobowych, ze szczególnym uwzględnieniem chorych w przedziale wiekowym 20-39 lat, jako grupy szczególnie obciążonej chorobą.

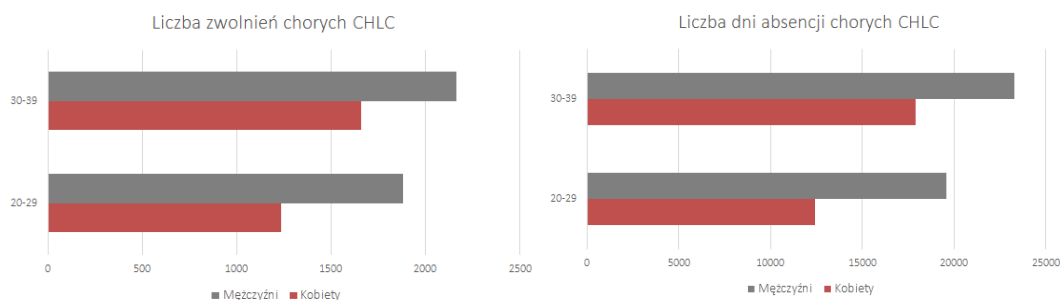
4.4.1 Obciążenie ekonomiczne najbardziej zagrożonej grupy wiekowej

Korzystając z zasobów BASIW³³, opracowanych na podstawie danych NFZ, można uzyskać dostęp do liczby zwolnień i dni absencji chorobowych dla kodów ICD-10, K50 oraz K51, w podziale na płeć i grupy wiekowe. Pozwalają one precyzyjnie przedstawić obciążenie ZUS i KRUS oraz w sposób pośredni obciążenie samych chorych.

Należy zaznaczyć, że zaprezentowane wielkości oznaczają absencje spowodowane wyłącznie przez choroby ChLC i WZJG, a nie całkowitą absencję tych chorych w roku. Oznacza to, że są to wartości addytywne do absencji wynikających z wszystkich innych możliwych schorzeń, których doświadczają Ci chorzy, jak infekcje, urazy itp.

Graficznie zaprezentowano wartości dla chorych najbardziej obciążonych, tj. w wieku 20 – 39 lat (Rysunek 12).

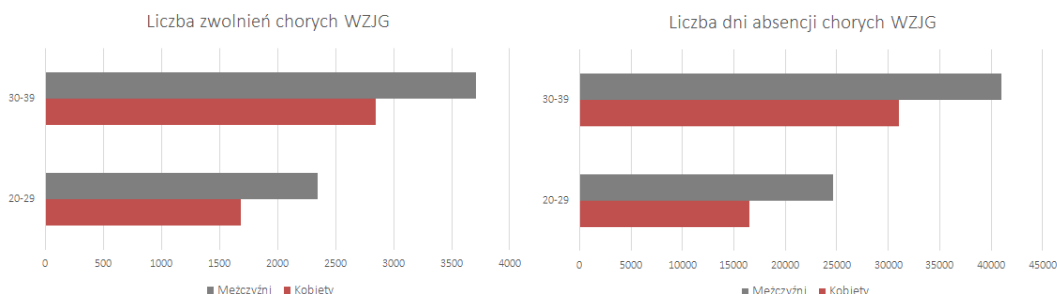
Rysunek 12. Liczba zwolnień i dni absencji chorych na ChLC w grupie wiekowej 20 – 39 lat



Źródło: Opracowanie własne w oparciu o dane NFZ z BASIW³³

W 2021 roku mężczyźni w wieku 20-39 lat otrzymali 4 050, a kobiety 2 896 zwolnień chorobowych z powodu ChLC, co wygenerowało łącznie odpowiednio 42 839 i 30 310 dni absencji.

Rysunek 13. Liczba zwolnień i dni absencji chorych na WZJG w grupie wiekowej 20 – 39 lat



Źródło: Opracowanie własne w oparciu o dane NFZ z BASIW³³

W 2021 roku mężczyźni w wieku 20 – 39 lat otrzymali 6 056, a kobiety 4 531 zwolnień chorobowych z powodu WZJG, co wygenerowało łącznie odpowiednio 65 586 i 47 585 dni absencji (Rysunek 13).

Można zauważyć, że liczba zwolnień i absencji wśród mężczyzn jest większa niż wśród kobiet. Jednym z powodów takiego stanu rzeczy może być fakt, że liczba pracujących mężczyzn jest wyższa niż liczba pracujących kobiet. W 2021 roku w skali kraju pracowało

o 732 tys. więcej mężczyzn niż kobiet (3 978 tys. vs 3 246 tys.)⁶ w wieku 20 – 39 lat. Podobnie w rozdziale 4.2. wskazano, że wydatki ZUS z tytułu niezdolności do pracy są wyższe w przeliczeniu na jednego mężczyznę niż w przeliczeniu na kobietę. W momencie, gdy analizie poddano wydatki na chorego mężczyznę lub kobietę pracującą, to w przypadku chorych na WZJG różnica ta wyraźnie zmalała, a w przypadku chorych na ChLC wydatki w przeliczeniu na jedną kobietę okazały się nieznacznie wyższe [rozdziały 9.3.2., 9.3.3.].

Dane NFZ wskazują, że w roku 2021 liczba chorych w tym przedziale wiekowym na ChLC i WZJG w Polsce wynosiła odpowiednio 9 631 oraz 18 766 osób. Zgodnie z metodą opisaną w rozdziale 9.10, estymowano odsetek osób pracujących w wieku 20 – 39 lat w obu populacjach chorych, który wyniósł dla przedziału 20 - 29 i 30 - 39 odpowiednio 68% oraz 86%. Na tej podstawie można oszacować, że liczba pracujących chorych z ChLC i WZJG wynosi odpowiednio 7 574 i 15 083. Uzyskane wartości pozwalają na przedstawienie obciążenia w przeliczeniu na jednego chorego pracującego.

Przeciętny pracujący chory na ChLC w wieku 20 – 39 lat otrzymał w 2021 roku średnio 0,9 zwolnienia chorobowego, co przełożyło się na 9,7 dni absencji chorobowej.

Z kolei przeciętny pracujący chory na WZJG w wieku 20 – 39 lat, otrzymał w 2021 roku średnio 0,7 zwolnienia chorobowego, co przełożyło się na 7,5 dni absencji chorobowej.

4.4.2. Podsumowanie i wnioski w zakresie trendów w wydatkach ZUS w okresie 2012 – 2021

Zarówno w przypadku ChLC, jak i WZJG obserwowany jest znaczny spadek wydatków ponoszonych z tytułu rent w łącznych wydatkach ZUS w przeliczeniu na jedną osobę. Jest to niezwykle ważna obserwacja, w kontekście braku tego zjawiska w przypadku całkowitych wydatków ZUS ponoszonych na wszystkich chorych. Za korzystną należy również uznać tendencję przesunięcia się wydatków z rent w kierunku absencji chorobowych.

Zachowanie zdolności do pracy, zwłaszcza przez młodych ludzi, których schorzenie dotyka najczęściej, przyczynia się do wytwarzania PKB i umożliwia odprowadzanie składki na ubezpieczenia społeczne. Jest to korzystna zmiana z perspektywy finansów publicznych.

Choć mogło istnieć wiele różnych czynników wpływających na redukcję wydatków z tytułu niezdolności do pracy w przeliczeniu na jednego chorego z ChLC i WZJG w analizowanym okresie, można zakładać, że do tej sytuacji przyczyniła się istotna poprawa świadczonej opieki zdrowotnej na rzecz chorych na NChZJ, co z kolei przyczyniło się do ograniczenia częstości stwierdzania u tych chorych trwałej niezdolności do pracy.

Należy także zwrócić uwagę na wciąż duże obciążenie chorobą osób w wieku 20 – 39 lat. Średnio na jednego pracującego chorego z ChLC i WZJG w tej grupie wiekowej rocznie przypada odpowiednio 9,7 i 7,5 dni absencji chorobowej. Celem redukcji liczby wykorzystywanych świadczeń konieczna jest dalsza poprawa jakości opieki zdrowotnej.

4.5. Roczne wydatki ZUS oraz KRUS z powodu Nieswoistych Chorób Zapalnych Jelit w roku 2021 z podziałem na województwa

W poprzednich rozdziałach wskazano wielkość wydatków ZUS i KRUS w latach 2012 – 2021 w populacjach ChLC i WZJG ogółem, oraz w przeliczeniu na jednego chorego. W niniejszym rozdziale analizie poddano wydatki i ich kategorie w podziale na województwa.

W przypadku analizy wydatków z podziałem na województwa, sumowano wydatki z tytułu omawianych pięciu kategorii ZUS czyli: renty z tytułu niezdolności do pracy, renty socjalne, absencje chorobowe, świadczenia rehabilitacyjne oraz rehabilitacja lecznicza, a także dwóch kategorii KRUS, czyli absencje chorobowe oraz renty z tytułu niezdolności do pracy. Zde-

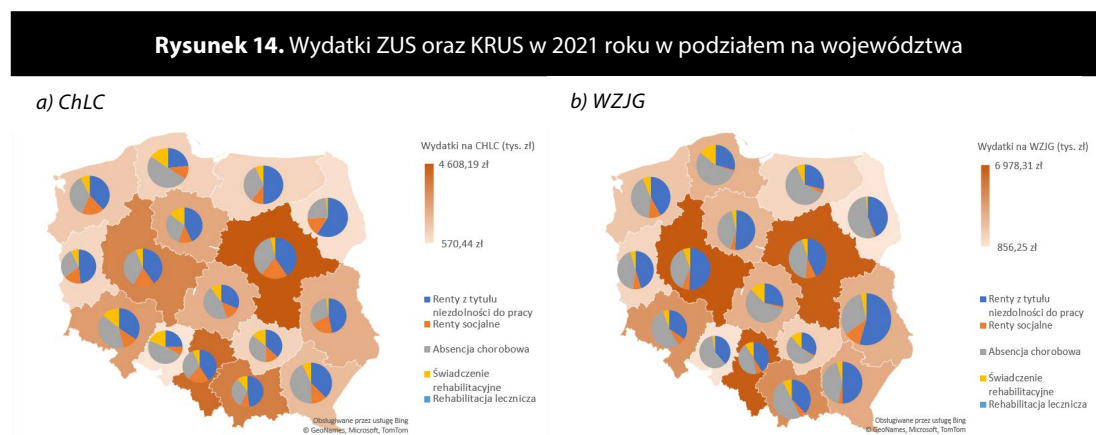
cydowano się uwzględnić zarówno wydatki ZUS i KRUS, ponieważ nie zaburza to w żaden sposób oceny ponoszonych kosztów, na podstawie danych z 2021 roku z obu tych źródeł.

Analiza ta ma na celu zweryfikowanie tezy, czy wyższy poziom opieki zdrowotnej w danym województwie, wyrażony liczbą kontraktów na świadczenia z zakresu Programów Lekowych, oraz liczbą udzielonych świadczeń, przekłada się na redukcję wydatków na świadczenia ZUS i KRUS związane z niezdolnością do pracy.

W niniejszym rozdziale przedstawione zostaną całkowite wydatki na świadczenia związane z niezdolnością do pracy w poszczególnych województwach. W kolejnym zaś, zaprezentowane zostaną te same kategorie wydatków w przeliczeniu na jednego chorego, co pozwoli na pogłębienie analizy.

Całkowite wydatki ponoszone przez ZUS i KRUS w podziale na województwa przedstawiono na poniższym rysunku (Rysunek 14). W ramach każdego województwa zobrazowano również udział poszczególnych kategorii kosztowych.

Największe wydatki ZUS i KRUS związane z wypłatą świadczeń chorym na ChLC i WZJG wynikające z niezdolności do pracy ponoszone są w województwach mazowieckim, śląskim, wielkopolskim i małopolskim, natomiast najniższe w podlaskim, opolskim i lubuskim.



Źródło: Opracowanie własne w oparciu o dane ZUS⁴ i KRUS⁵

Wysokość tych wydatków w województwie mazowieckim w przypadku obu chorób jest ponad ośmiokrotnie wyższa niż w województwie opolskim. Różnice najprawdopodobniej wynikają z różnej liczebności mieszkańców poszczególnych województw, jak również wysokości dochodów, które są nierozdzielnie powiązane z wysokością wypłacanych świadczeń. Właśnie dlatego, w kolejnym rozdziale wyniki zostaną przeanalizowane w przeliczeniu na jednego chorego wraz z uwzględnieniem różnic w średnich płacach brutto pomiędzy województwami. W pierwszej kolejności przeanalizowano jednak samą strukturę wydatków na poszczególne kategorie świadczeń w podziale na województwa.

Analiza kategorii wydatków ZUS i KRUS w poszczególnych województwach wykazała, że podobnie jak w przypadku wydatków w skali kraju, głównymi ich składowymi są renty z tytułu niezdolności do pracy oraz absencje chorobowe. Struktura wydatków w poszczególnych województwach jest jednak bardzo zróżnicowana. Różnice w udziale poszczególnych kategorii mogą być spowodowane wieloma czynnikami, ale w ocenie autorów głównym prawdopodobnie jest wciąż różny poziom opieki medycznej wyrażony liczbą i łatwością w dostępie do specjalistów oraz liczbą ośrodków realizujących Programy Lekowe.

Co więcej, w przypadku części województw istnieją znaczne różnice w strukturze wydatków pomiędzy chorymi z ChLC i WZJG. W przypadku ChLC w województwach takich jak warmińsko – mazurskie, podlaskie i małopolskie dominują wydatki na renty z tytułu

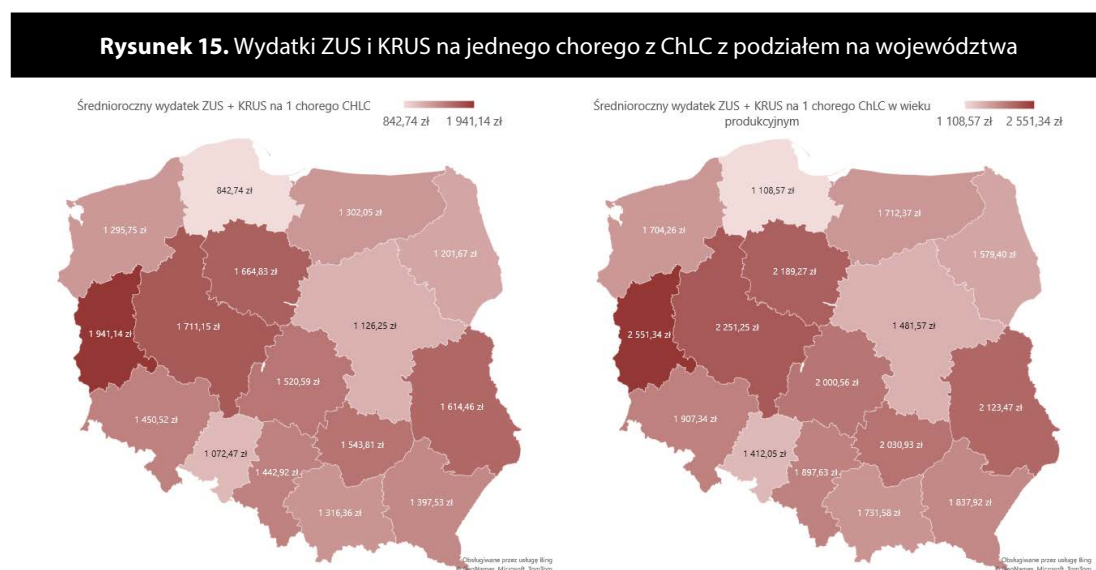
niezdolności do pracy. Natomiast w przypadku WZJG, w tych samych województwach struktura wydatków jest odmienna i dominują wydatki związane z absencją chorobową.

4.6. Wydatki ZUS oraz KRUS na jednego chorego z podziałem na województwa w roku 2021

W poprzednim rozdziale wskazano w jakim stopniu zróżnicowane są wydatki z tytułu niezdolności do pracy pomiędzy województwami. Aby właściwie zinterpretować te różnice w kolejnym kroku wykonano analizę uwzględniającą wielkość świadczeń w przeliczeniu na jedną osobę, jedną osobę w wieku produkcyjnym i jedną osobę pracującą. Z punktu widzenia niniejszej analizy, istotna jest informacja, w którym województwie chorzy w największym stopniu korzystają ze świadczeń związanych z niezdolnością do pracy. Dlatego też, aby zachować porównywalność pomiędzy województwami, wykonano korektę wysokości świadczeń polegającą na uwzględnieniu różnic w średnich płacach brutto pomiędzy województwami. Pozwoli ona wyeliminować czynnik różnej wysokości wypłacanych świadczeń pomiędzy regionami. Ponieważ świadczenia związane z absencją chorobową stanowią największą część wydatków z tytułu niezdolności do pracy, uznano, że będzie to adekwatne i dokładne przekształcenie. Szczegóły wykonanej korekty przedstawiono w załączniku do opracowania [Rozdział 9.9].

4.6.1 Wydatki ZUS i KRUS spowodowane Chorobą Leśniowskiego - Crohna

Na rysunku poniżej przedstawiono wydatki związane z niezdolnością do pracy w przeliczeniu na jednego chorego z ChLC oraz w przeliczeniu na jednego chorego z ChLC w wieku produkcyjnym.



Źródło: Opracowanie własne w oparciu o dane ZUS⁴ i KRUS⁵

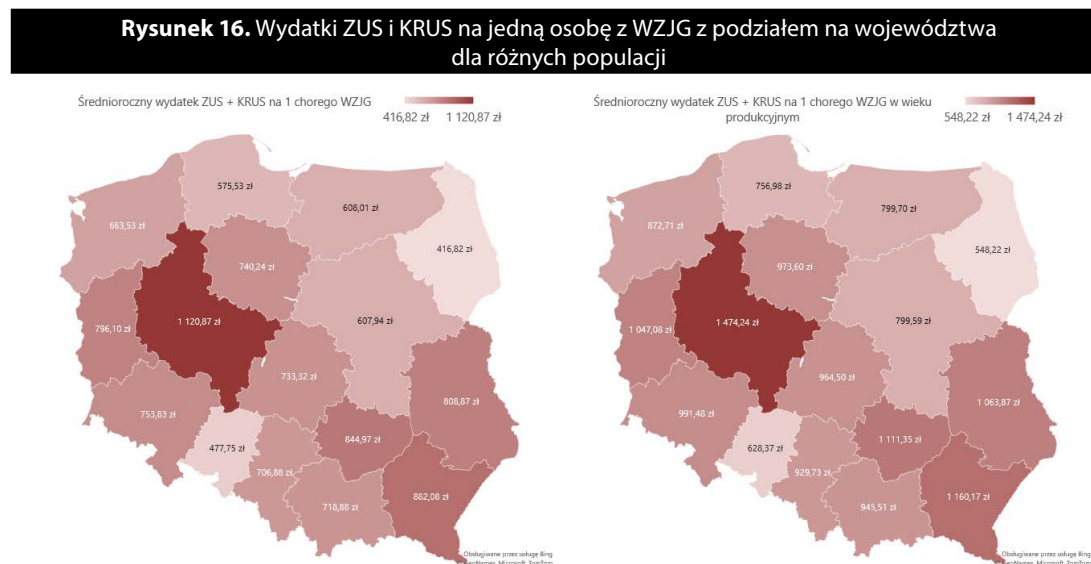
Można zauważyć, że największe wydatki w zakresie przedmiotowych świadczeń w przeliczeniu na jednego chorego z ChLC (Rysunek 15) notuje się w województwie lubuskim (rocznie 1 941 zł na osobę), natomiast najmniejsze w województwie pomorskim (rocznie 843 zł na jedną osobę). Tym samym, po wyeliminowaniu dysproporcji związanych z różną liczebnością chorych w poszczególnych województwach oraz zastosowaniu korekty dotyczącej wysokości płac, wciąż widoczne jest bardzo duże zróżnicowanie w poziomie wypłacanych świadczeń z tytułu niezdolności do pracy pomiędzy różnymi województwami.

Ponieważ świadczenia związane z niezdolnością do pracy dotyczą chorych pracujących lub posiadających teoretyczną możliwość zarobkowania (z uwagi na wiek), wykonano dodatkowe szacunki w przeliczeniu na chorego w wieku produkcyjnym, co w lepszym stopniu

obrazuje skalę obciążenia chorobą. Wydatki ZUS i KRUS są w tym przypadku wyższe niż w przeliczeniu na jednego chorego, i w województwie lubuskim i pomorskim wynoszą rocznie odpowiednio 2 551 zł i 1 108 zł (różnica jest więc ponad dwukrotna).

4.6.2. Wydatki związane z Wrzodziejącym Zapaleniem Jelita Grubego

Na rysunku poniżej przedstawiono wydatki związane z niezdolnością do pracy w przeliczeniu na jednego chorego z WZJG oraz w przeliczeniu na jednego chorego z WZJG w wieku produkcyjnym.



Źródło: Opracowanie własne w oparciu o dane ZUS⁴ i KRUS⁵

W przypadku WZJG największe wydatki na świadczenia związane z niezdolnością do pracy w przeliczeniu na jednego chorego (Rysunek 16) dotyczą województwa wielkopolskiego (rocznie 1 121 zł na osobę), natomiast najmniejsze województwa podlaskiego (rocznie 417 zł na jedną osobę). Podobnie jak w przypadku ChLC, pomimo zastosowanych korekt mających na celu wyrównanie dysproporcji płacowych pomiędzy województwami, nadal widoczne są znaczne dysproporcje w wysokości wypłacanych świadczeń z tytułu niezdolności do pracy.

Podobnie jak w przypadku analizy dotyczącej chorych na ChLC, wykonano dodatkowe szacunki w przeliczeniu na osobę chorą w wieku produkcyjnym, co w lepszym stopniu obrazuje skalę obciążenia chorobą. Najwyższe wydatki dotyczą województwa wielkopolskiego (1 474 zł), najmniejsze województwa podlaskiego (548 zł).

5. Analiza danych w kontekście funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej

W poprzednich rozdziałach przeanalizowano szczegółowo udostępnione przez ZUS i KRUS dane dotyczące liczby świadczeń związanych z niezdolnością do pracy zarówno w skali całego kraju, jak również w podziale na województwa. Taki ich kształt jest powiązany z wieloma czynnikami społeczno-ekonomicznymi, jednak najbardziej istotna wydaje się ich analiza w kontekście funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej i zmian, jakie w nim zachodziły na przestrzeni analizowanych lat.

W związku z powyższym, w niniejszym rozdziale przeanalizowano kluczowe zmiany związane z funkcjonowaniem systemu opieki zdrowotnej w zakresie leczenia NChZJ oraz ich możliwy wpływ na wydatki ZUS i KRUS wypłacane z tytułu niezdolności do pracy.

5.1. Programy Lekowe B.32. i B.55. – Terapie refundowane

Niezwykle ważnym momentem, który wpłynął na znaczną poprawę opieki zdrowotnej nad chorymi z NChZJ było wprowadzenie terapii biologicznych.

W Polsce finansowanie leczenia innowacyjnego, w tym biologicznego, u chorych z NChZJ odbywa się poprzez dedykowane Programy Lekowe B.32 (ChLC) i B.55 (WZJG). Zarejestrowane w tym wskazaniu leki mogą być finansowane w ramach tych Programów po wcześniejszej ocenie Agencji Oceny Medycznej i Taryfikacji i decyzji Ministra właściwego do spraw zdrowia³⁸.

Poniżej przedstawiono wykaz refundowanych leków możliwych do zastosowania w Polsce (Tabela 5.).

Tabela 5. Dostępność refundowanych leków innowacyjnych w ChLC oraz WZJG w Polsce (stan na 05.2023 r.)								
Program Lekowy	INF	ADA	WED i.v.	WED s.c.	UST	TOFA	OZA	FIL
B.32. (ChLC)	✓	✓	✓	✓	✓	b/r	b/r	b/r
B.55. (WZJG)	✓	X	✓	✓	✓	✓	✓	✓

b/r – brak rejestracji w danym wskazaniu

X – brak refundacji w danym wskazaniu, ✓ – refundacja w danym wskazaniu

Źródło: Opracowanie własne w oparciu o Wykaz leków refundowanych⁴¹

Programy Lekowe B.32. i B.55 wprowadzono odpowiednio w 2007 r. i 2013 r., z kryteriami kwalifikacji do leczenia i możliwościami jego kontynuacji w bardzo ograniczonym zakresie w stosunku do zapisów rejestracyjnych pierwszych dostępnych leków, infliksymabu i adalimumabu. Od tego czasu zapisy Programów ewoluowały, umożliwiając stopniowo coraz szerszą kwalifikację chorych do leczenia. W 2017 roku umożliwiono stosowanie jednorocznego leczenia podtrzymującego w Programie WZJG (wcześniej refundowano wyłącznie leczenie indukcyjne obejmujące 3 dawki infliksymabu) oraz wydłużono maksymalny czas trwania terapii z 12 do 24 miesięcy w Programie ChLC. Na przestrzeni lat wprowadzano do refundacji nowe rejestrowane leki tj. wedolizumab, ustekinumab i tofacytynib. W 2022 roku zniesiono czasowe limity leczenia chorych w obu Programach. W połowie 2023 r. zniesiono natomiast konieczność stosowania cyklosporyny jako leku pierwszego wyboru, od czego uzależniona była możliwość leczenia innowacyjnego^{39, 40, 41}.

U chorych, którzy aktualnie zostają zakwalifikowani do leczenia w ramach Programów Lekowych B.32. i B.55., można więc zastosować szeroki wachlarz terapii farmakologicznych. Program Lekowy dla chorych z ChLC obejmuje 4 leki (2 postacie wedolizumabu potraktowano łącznie), a program dla chorych z WZJG 6 leków o różnych mechanizmach działania. W przypadku niepowodzenia leczenia jednym lekiem, zapisy Programów umożliwiają rozpoczęcie leczenia innym refundowanym lekiem⁴¹. Oznacza to, że w sytuacjach braku odpowiedzi na leczenie jednym z leków, można podjąć leczenie innym preparatem, co zwiększa prawdopodobieństwo osiągnięcia założonych celów terapeutycznych⁴². Chorzy leczeni są tak długo, jak długo uzyskują korzyść terapeutyczną.

Głównymi kryteriami kwalifikacji do Programu Lekowego B.32. jest wiek ≥ 6 r.ż. lub ≥ 18 r.ż. oraz czynna postać ChLC o ciężkim stopniu nasilenia, a także brak odpowiedzi na leczenie glikokortykosteroidami, lekami immunosupresyjnymi lub innymi inhibitorami TNF-alfa albo występowanie przeciwwskazań lub objawów nietolerancji takiego leczenia. W przypadku chorych z obecnością przetok okołoodbytowych nie obowiązuje kryterium

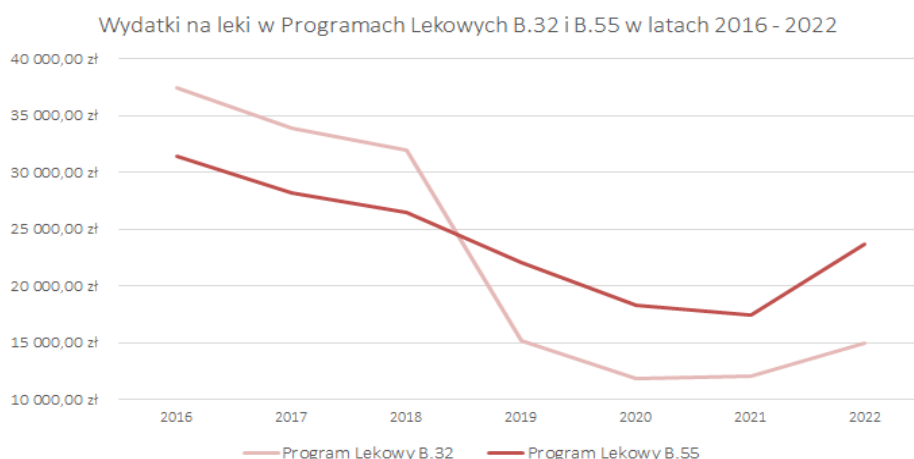
stopnia nasilenia choroby, natomiast wymagane jest stwierdzenie niepowodzenia wcześniej stosowanego leczenia antybiotykami, leki immunosupresyjnymi lub leczenia chirurgicznego.

Leczeniem w ramach Programu Lekowego B.55. mogą zostać objęci chorzy w wieku ≥ 6 r.ż. lub ≥ 18 r.ż. z WZJG o stopniu nasilenia umiarkowanym lub ciężkim po wyczerpaniu możliwości terapeutycznych przy użyciu leczenia standardowego, w tym terapii kortykosteroidami i 6-merkaptopuryną lub azatiopryną.

Szczegółowe informacje dotyczące głównych kryteriów kwalifikacji oraz czasu trwania leczenia w Programach B.32. oraz B.55. znajdują się w załączniku 9.1.

W polityce finansowania opieki terapeutycznej należy wziąć pod uwagę również to, że średni koszt leczenia jednego chorego w Programach Lekowych B.32 i B.55 na przestrzeni ostatnich lat istotnie się zmniejszył (Rysunek 17). Jest to związane z utratą wyłączności rynkowej w przypadku wybranych technologii lekowych oraz zwiększającą się konkurencyjnością cenową będącą konsekwencją ich rosnącej liczby w Programach Lekowych. Roczny, średni koszt farmakoterapii jednego chorego na ChLC i WZJG wynosi obecnie odpowiednio około 15 tys. zł i 24 tys. PLN. Podkreślić należy, że rzeczywisty koszt dla NFZ może być jeszcze niższy, co jest związane z prawdopodobnym funkcjonowaniem dla nowych leków obejmowanych refundacją instrumentów podziału ryzyka, których uwzględnienie w szacunkach, z uwagi na ich poufny charakter nie jest możliwe³⁸.

Rysunek 17. Średnioroczne koszty leczenia chorych na ChLC i WZJG lekami innowacyjnymi w ramach Programów Lekowych



Źródło: Opracowanie własne na podstawie sprawozdań kwartalnych NFZ⁴³

Podsumowując, uwzględniając wyłącznie liczbę dostępnych leków oraz kryteria kwalifikacji i kontynuacji terapii, możliwości leczenia chorych z najcięższą postacią WZJG i ChLC znacząco się poprawiły. Wciąż jednak kryteria kwalifikacji i kontynuacji leczenia w programach lekowych odbiegają od wskazań rejestracyjnych poszczególnych leków i wytycznych klinicznych, w związku z czym liczna grupa chorych, przede wszystkim tych z umiarkowanym nasileniem choroby, nie ma dostępu do refundowanego leczenia.

5.2. Liczba ośrodków kontraktujących Programy Lekowe w Polsce

Dostęp do terapii w poszczególnych województwach w pierwszym kroku określono poprzez analizę liczby ośrodków kontraktujących Programy Lekowe.

Na przestrzeni ostatnich lat stwierdzono znaczny wzrost liczby ośrodków szpitalnych specjalizujących się w leczeniu nieswoistych chorób zapalnych jelit. W 2016 roku odpowiednio 56 i 33 świadczeniodawców realizowało Programy Lekowe B.32 i B.55, w 2019 roku już 59 i 50, w 2022 roku 64 i 62⁴⁴.

W 2022 roku najwięcej placówek prowadzących leczenie ChLC w ramach Programu Lekowego (Rysunek 18) znajdowało się w województwie mazowieckim (8 placówek), najmniej w województwie opolskim oraz świętokrzyskim (po jednej placówce).

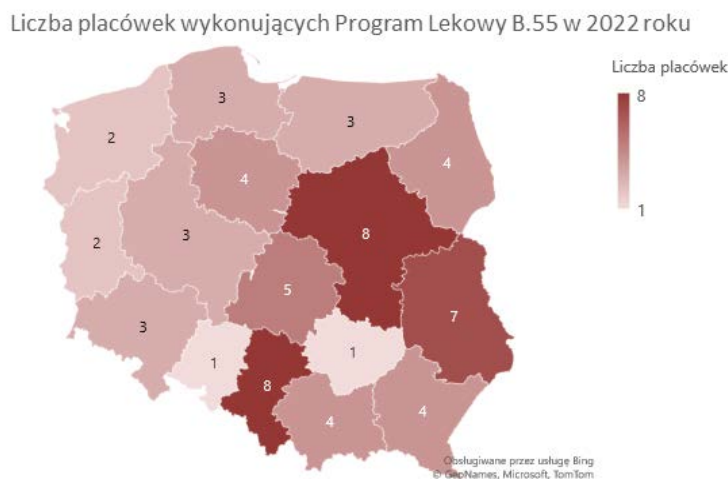
Rysunek 18. Liczba placówek realizujących PLⁿ B.32 w 2022 roku



Źródło: Opracowanie własne w oparciu o Informator o umowach NFZ⁴⁴

Podobnie jak w przypadku PL B.32, najwięcej placówek, które realizowały Program Lekowy B.55 w 2022 roku (Rysunek 19.) znajdowało się w województwie mazowieckim oraz śląskim (8 placówek), najmniej w województwie opolskim oraz świętokrzyskim (po jednej placówce).

Rysunek 19. Liczba placówek realizujących PL B.55 w 2022 roku



Źródło: Opracowanie własne w oparciu o Informator o umowach NFZ⁴⁴

Zróżnicowanie pomiędzy liczbą ośrodków kontraktujących Programy Lekowe w poszczególnych województwach jest znaczące. Różnice te są pochodną liczby ośrodków specjalizujących się w leczeniu chorych z NChZJ w poszczególnych województwach.

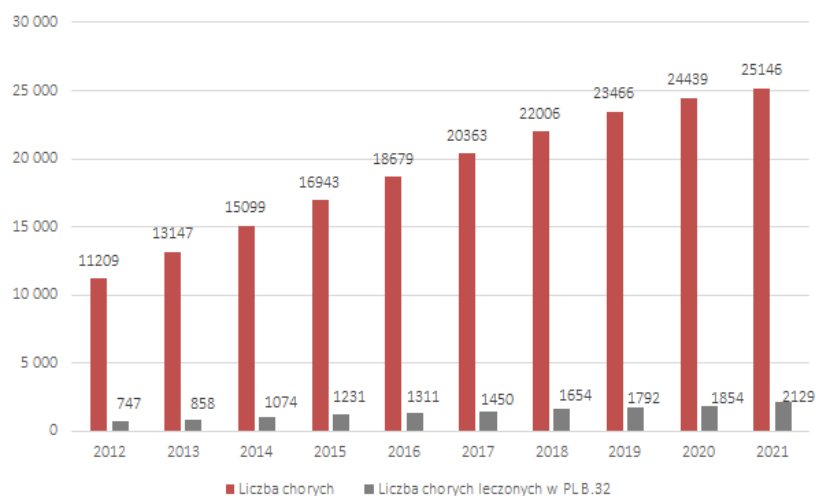
5.3. Liczba chorych leczonych w Programach Lekowych

Liczba chorych z chorobą Leśniowskiego-Crohna w 2021 r. w Polsce wyniosła 25 146, w przypadku WZJG było to 77 073 (Rysunek 20). W tym samym czasie liczba chorych leczonych lekami innowacyjnymi kształtowała się odpowiednio na poziomie 2129 i 1432 chorych rocznie³³, w związku z czym odsetek chorych leczonych tymi lekami wyniósł 8,5% w przypadku ChLC i 1,9% chorych z WZJG. Należy jednak odnotować, że liczba chorych

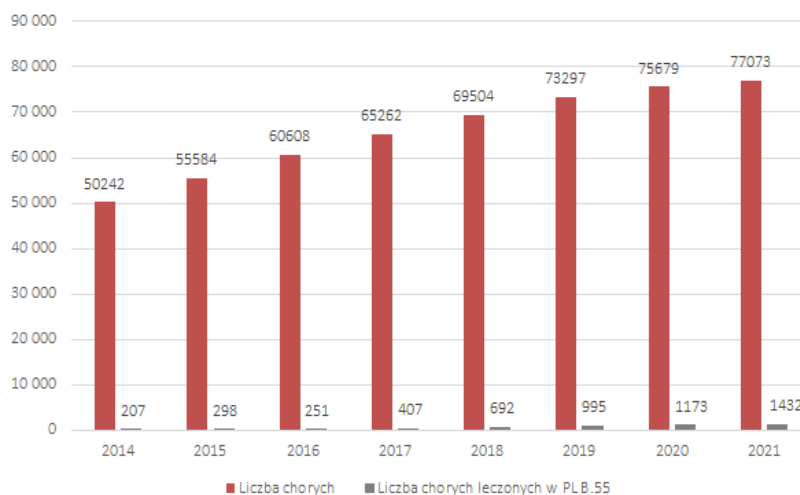
leczonych lekami innowacyjnymi w okresie 2012 – 2021 systematycznie rosła. Ponieważ liczba rozpoznanych przypadków ChLC i WZJG w tym okresie również wzrastała, to odsetek chorych leczonych zmienił się jedynie w niewielkim stopniu. Warto w tym miejscu wskazać, jak wygląda dostęp do leczenia w krajach Europy Zachodniej, zgodnie z którymi nawet 15 – 33% chorych z chorobą Leśniowskiego-Crohna jest leczonych lekami innowacyjnymi. W przypadku WZJG odsetki te wynosiły 7 – 13%^{45, 46, 47, 48}. Dopiero to zestawienie pozwala ocenić jak niewielki odsetek chorych w Polsce jest leczony zgodnie z aktualną wiedzą opartą o EBM.

Rysunek 20. Liczba chorych leczonych w Programach Lekowych oraz chorych ogółem w Polsce w latach 2012 – 2021

a) choroba Leśniowskiego-Crohna



b) wrzodziejące zapalenie jelita grubego



Źródło: Opracowanie własne na podstawie BASIW³³

Udział chorych leczonych w Programach Lekowych (Rysunek 21) ma tendencję rosnącą na przełomie ostatnich kilku lat, jednak wciąż pozostaje na relatywnie niskim poziomie. Należy przy tym zauważyć, że przedstawione odsetki chorych leczonych nowoczesnymi terapiami w Polsce stanowią wartości uśrednione dla całego kraju.

Analiza danych w poszczególnych województwach (Rysunek 22) wskazuje wyraźnie, że w niektórych rejonach kraju, spośród chorych ze zdiagnozowanymi NChZJ w ramach programu B.32. terapię otrzymuje zaledwie 0,9% chorych (woj. lubuskie), a B.55. 0,2-0,5% chorych (woj. lubuskie, woj. warmińsko-mazurskie i opolskie). Są również regiony Polski,

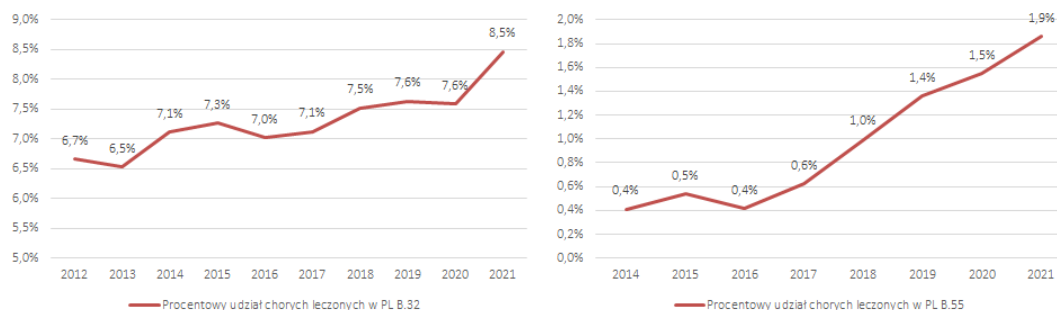
w których odsetki chorych otrzymujących terapię w Programach Lekowych B.32 i B.55 są stosunkowo wysokie, przykładowo w województwie mazowieckim terapię otrzymuje odpowiednio 17,4% i 4,1% chorych. Częściowo różnicę pomiędzy województwami niweluje migracja chorych pomiędzy województwami w celu podjęcia leczenia (Rysunek 23). Polega ona na tym, że pacjenci np. z województwa lubuskiego leczeni są w województwie mazowieckim. Pamiętać jednak należy, że prowadzenie terapii daleko od miejsca zamieszkania chorego musi się wiązać z dodatkowymi kosztami (np. transportu, noclegu), których nie powinno się pomijać, jednak nie sposób precyzyjnie ich oszacować.

Aby utrzymać korzystne trendy w zakresie rosnącej liczby chorych leczonych w Programach Lekowych (Rysunek 21) konieczne są dalsze działania, umożliwiające poprawę dostępu do leczenia i likwidujące istniejące bariery.

Jednym z podstawowych działań jest adekwatna wycena kosztów prowadzenia Programów Lekowych, które będą wystarczające do równoważenia poniesionych przez ośrodki wydatków, w tym przede wszystkim wycena prowadzenia terapii w trybie ambulatoryjnym.

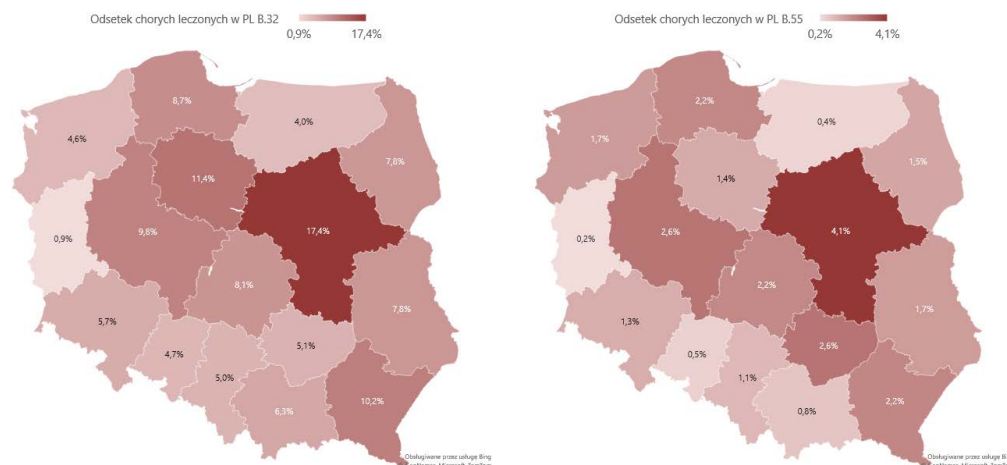
Ważnym aspektem jest również objęcie finansowaniem wszystkich niezbędnych badań diagnostycznych dla chorych z NChZJ. Zaliczyć można do nich badanie stężenia kalprotektyny w kale (mogące przełożyć się na zmniejszenie liczby wykonywanych badań endoskopowych), badania stężenia anty-TNF w surowicy, stanowiącego wskaźnik utraty efektów leczenia przy użyciu TNF-alfa oraz badania stężenia leków biologicznych w surowicy, za pomocą których określa się konieczność modyfikacji wysokości przyjmowanej

Rysunek 21. Odsetek chorych z NChZJ leczonych w ramach Programów Lekowych



Źródło: Opracowanie własne na podstawie BASIW³³

Rysunek 22. Zróżnicowanie w dostępie do terapii w ramach Programów Lekowych pomiędzy województwami



Źródło: opracowanie własne na podstawie BASIW³³ i Kucha 2022⁴⁹

dawki leku lub optymalizacji leczenia w celu osiągnięcia najwyższej skuteczności terapii⁴¹.

Niezbędnym działaniem jest również uproszczenie kryteriów kwalifikacji i kontynuacji leczenia w Programach Lekowych. Obecnie obowiązujące kryterium kwalifikacji chorego do Programu Lekowego B.32. w postaci minimalnego stopnia aktywności choroby w postaci oceny CDAI powyżej 300 punktów nie znajduje odzwierciedlenia ani w wytycznych towarzystw lekarskich, ani w charakterystykach poszczególnych produktów leczniczych. Właściwym kryterium jest wynik CDAI powyżej 220 punktów [rozdział 3.]. W przypadku obu Programów Lekowych niejasne są zapisy wskazujące na możliwość modyfikowania dawki leczenia w przypadku niepełnej odpowiedzi na leczenie lub częściowej utraty odpowiedzi na leczenie. Ponadto niezwykle istotna jest liberalizacja kryteriów kwalifikacji w zakresie stosowanych wcześniej terapii. Zapis dotyczący konieczności stosowania „glikokortykosteroidów i leków immunosupresyjnych” powinien zostać zmieniony na konieczność stosowania „glikokortykosteroidów lub leków immunosupresyjnych”. Jest to zgodne z aktualną wiedzą medyczną, a ponadto umożliwia szybkie opanowanie stanu zapalnego, który może być przyczyną rozwoju powikłań choroby⁵⁰.

Ponadto eksperci kliniczni jako znaczące utrudnienie prowadzenia terapii lekami innowacyjnymi od lat wskazują rozbudowaną i czasochłonną sprawozdawczość, która jest wymagana w przypadku Programów Lekowych oraz brak kompatybilności systemu SMPT z systemami szpitalnymi. W efekcie placówka nie jest w stanie zakwalifikować do leczenia takiej liczby chorych, jaką teoretycznie byłaby w stanie obsłużyć. Istotnym aspektem jest więc uproszczenie i ujednolicenie systemu sprawozdawczości.

Podsumowując, za pomocą leczenia innowacyjnego uzyskuje się wymierne korzyści zdrowotne u wielu chorych z najcięższym przebiegiem choroby, przekładające się na skuteczną długoterminową kontrolę objawów. Wskazuje się na osiąmane efekty terapeutyczne w postaci wygojenia błony śluzowej jelita, utrzymania remisji choroby i możliwości prowadzenie „normalnego” życia. Jednocześnie oprócz celów terapeutycznych możliwe do osiągnięcia są także wymierne korzyści ekonomiczne, powstałe na skutek zmniejszenia ryzyka leczenia chirurgicznego i liczby hospitalizacji związanych z przebiegiem choroby, wyeliminowania długofalowych następstw oraz powikłań leczenia konwencjonalnego, w ramach których szczególną uwagę zwracają skutki steroidoterapii oraz zmniejszenia kosztów leczenia chorób współistniejących.

5.4. Inne istotne elementy systemu opieki zdrowotnej

Ważnym miernikiem poprawy opieki nad chorymi jest stopniowe poszerzanie dostępu do terapii lekami innowacyjnymi, które dedykowane są chorym z najcięższym przebiegiem

Rysunek 23. Liczba chorych leczonych w ramach Programu Lekowego B.55. w województwie mazowieckim według miejsca zamieszkania chorego

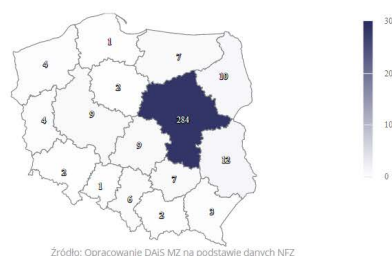
Wyniki dla programu lekowego: B.55 Leczenie pacjentów z wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego; Kod zakresu: 03.0000.355.02
Województwo mazowieckie, 2021 rok

Mapa 1. Liczba pacjentów wg miejsca udzielania świadczenia



Źródło: Opracowanie DAIS MZ na podstawie danych NFZ

Mapa 2. Liczba pacjentów wg miejsca zamieszkania pacjenta



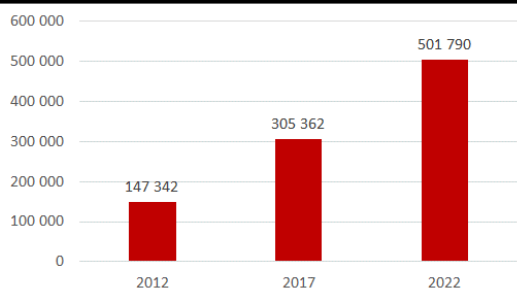
Źródło: Opracowanie DAIS MZ na podstawie danych NFZ

choroby. To właśnie ta grupa chorych, w przypadku braku możliwości opanowania stanu zapalnego, w największym stopniu korzysta ze świadczeń ZUS i KRUS. Zastosowanie leków innowacyjnych, pozwalających na uzyskanie trwałej remisji lub złagodzenie objawów, może oznaczać redukcję dni absencji chorobowych i ograniczać trwałą niezdolność do pracy.

Poniżej zdefiniowano szereg innych działań i obszarów poprawiających jakość opieki nad chorymi z NChZJ. Ich realizacja i rozwój, w połączeniu z leczeniem innowacyjnym, pozwala uzyskać efekt synergii:

- Liczba przeprowadzanych rocznie badań endoskopowych (kolonoskopii). W ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej finansowanej przez NFZ w 2012 roku wykonano 147 342 kolonoskopie, w 2017 było to już 305 362 zabiegów, natomiast w 2022 roku aż 501 790⁴³. Upowszechnienie stosowania tej metody i poprawa jej standardu w praktyce klinicznej oznacza szybszą i bardziej precyzyjną diagnostykę a to z kolei daje szansę na wcześniejsze rozpoczęcie terapii i zmniejszenie liczby trwałych powikłań związanych z przebiegiem choroby.
- Stopniowe upowszechnianie się diagnostyki radiologicznej jelita cienkiego poprzez enterografię metodą tomografii i rezonansu. Jest to możliwe dzięki zwiększającej się dostępności aparatów CT/MR i realizowanym szkoleniom radiologów, między innymi w ramach sekcji Gastroenterologicznej Polskiego Lekarskiego Towarzystwa Radiologicznego⁵¹.
- Coraz liczniejsze szkolenia i kursy dla gastroenterologów, w tym w zakresie nieswoistych chorób zapalnych jelit (np., kurs Nieswoiste Choroby Zapalne Jelit pod egidą Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego⁵²).
- Rosnąca liczba ośrodków szpitalnych specjalizujących się w leczeniu nieswoistych chorób zapalnych jelit (w 2016 roku 56 i 33 świadczeniodawców realizujących Programy Lekowe B.32 i B.55, w 2019 roku już 59 i 50, w 2022 roku 64 i 62)³³.
- Rosnąca liczba gastroenterologów (w marcu 2020 roku liczba gastroenterologów i gastroenterologów dziecięcych wykonujących zawód wynosiła odpowiednio 1073 i 93, w 2023 roku liczby te kształtowały się odpowiednio na poziomie 1175 i 125⁵³).
- Pełna refundacja leków konwencjonalnych (mesalazyna, sulfasalazyna, steroidy, azatiopryna, 6-merkaptopuryna, metotreksat)⁴¹.

Rysunek 24. Liczba rocznie przeprowadzanych badań endoskopowych finansowanych przez NFZ w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych ze sprawozdań kwartalnych NFZ⁴³

5.5. Dostęp do leczenia innowacyjnego chorych z ChLC a wydatki ZUS i KRUS z powodu niezdolności do pracy

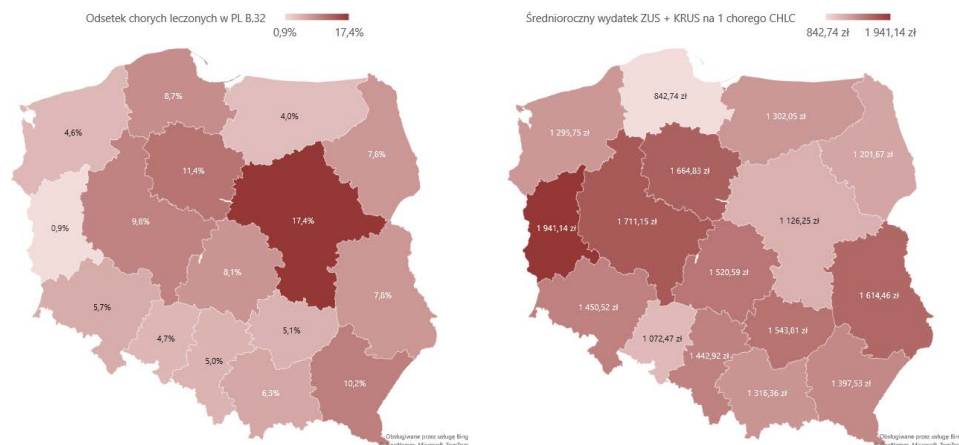
Bazując na danych przedstawionych we wcześniejszych rozdziałach przeanalizowano, czy istnieje zależność pomiędzy poziomem opieki w danym województwie, wyrażonym odsetkiem chorych leczonych w ramach Programów Lekowych a wydatkami ZUS i KRUS na chorego z tytułu niezdolności do pracy w tym województwie.

W ramach analizy danych, zestawiono dwie zmienne – odsetek chorych leczonych w Programie Lekowym w danym województwie^o oraz średnie wydatki ZUS i KRUS na jednego

- o Odsetek wyrażony poprzez iloraz liczby chorych leczonych w programie lekowym w danym województwie i liczby chorych rozpoznanych w danym województwie

chorego w tym województwie. Pomędzy nimi zauważono zależność wskazującą, że im wyższy jest odsetek chorych leczonych w danym województwie, tym mniejsze są wydatki ZUS i KRUS na jednego chorego. W szczególności warto zauważyć, że województwo lubuskie ma najniższy wskaźnik chorych leczonych w Programie Lekowym (0,3%), oraz najwyższe wydatki na chorego, a województwo mazowieckie najwyższy wskaźnik chorych leczonych (17,4%) oraz jedne z najniższych wydatków ZUS i KRUS.

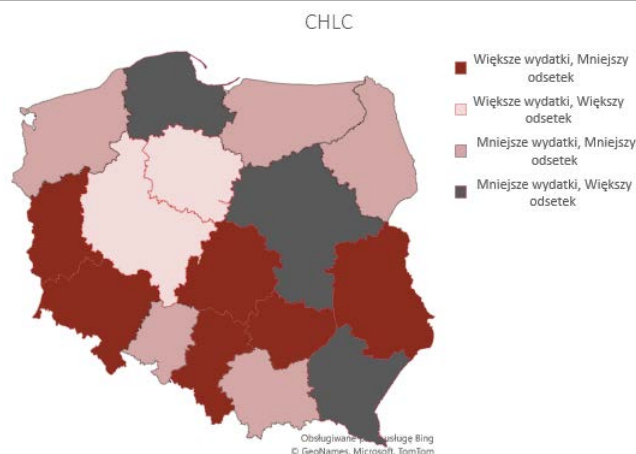
Rysunek 25. Odsetek chorych leczących się w PL B.32 w poszczególnych województwach, a wydatki ZUS i KRUS na chorego



Źródło: Opracowanie własne w oparciu o dane ZUS⁴, KRUS⁵ i Kucha 2022⁶

Na rysunku (Rysunek 26) przedstawiono zestawienie pokazujące zależność pomiędzy odsetkiem chorych leczonych w ramach Programu Lekowego B.32 a wielkością świadczeń związanych z niezdolnością do pracy w wyniku ChLC. Ciemnym szarym kolorem oznaczono województwa, w których odsetek chorych leczonych w ramach PL B.32 jest większy od średniej dla wszystkich województw i jednocześnie ponoszone są tam mniejsze wydatki na przedmiotowe świadczenia ZUS w stosunku średniej dla wszystkich województw. Ciemnym czerwonym kolorem oznaczono województwa, w których odsetek chorych leczonych w ramach PL B.32 jest mniejszy od średniej dla wszystkich województw i jednocześnie ponoszone są tam większe wydatki na przedmiotowe świadczenia ZUS w stosunku do średniej dla wszystkich województw. Na podstawie analizy można zauważyć, że występuje wyraźna zależność wskazująca, że im wyższy jest odsetek chorych objętych leczeniem tym mniejsze są wydatki ZUS w przeliczeniu na jednego chorego. Zależność ta dotyczy dziewięciu spośród szesnastu województw, obejmując tym samym łącznie 63% populacji Polski. Brak wyraźnej zależności w pozostałych województwach może być spowodowany

Rysunek 26. Zestawienie rocznych wydatków na świadczenia związane z niezdolnością do pracy w przeliczeniu na jednego chorego w zależności od odsetka chorych leczonych w Programie Lekowym B.32.



Źródło: Opracowanie własne w oparciu o dane ZUS²⁷ i KRUS²⁶

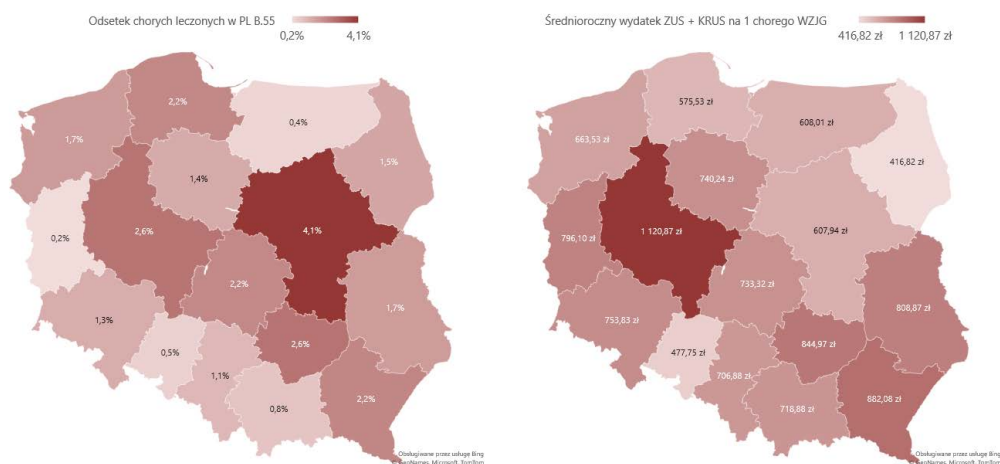
wieloma czynnikami, wśród których należy wymienić migrację chorych pomiędzy województwami w celu podjęcia leczenia, udział chorych w badaniach klinicznych, czy czas jaki musi upłynąć od zastosowania leczenia do uzyskania wymiernej korzyści zdrowotnej w kontekście rozwinięcia bądź braku niepełnosprawności.

Wykonano również dodatkowe analizy o charakterze eksploracyjnym z perspektywy województw, obejmujące powiązanie odsetka chorych leczonych w danym województwie z PKB na osobę oraz powiązanie liczby chorych leczonych w danym województwie z PKB na osobę. Wyniki przedstawiono w załączniku do opracowania [rozdział 9.5].

5.6. Dostęp do leczenia innowacyjnego chorych z WZJG a wydatki ZUS i KRUS z powodu niezdolności do pracy

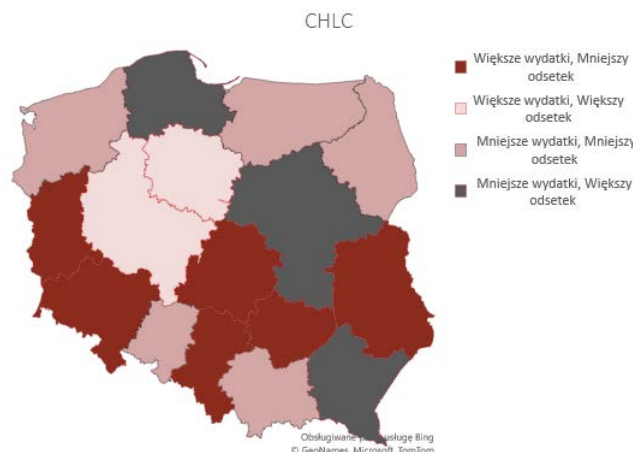
Podobnie jak w poprzednim podrozdziale na temat choroby Leśniowskiego – Crohna, również w przypadku WZJG zauważono zależność pomiędzy odsetkiem chorych leczonych innowacyjnie w danym województwie, a poziomem wydatków ZUS i KRUS na jednego chorego (Rysunek 27). W szczególności jest to widoczne dla województwa lubuskiego, w którym odnotowano najniższy wskaźnik udziału osób w PL B.55 (0,2%), a jednocześnie jedno z najwyższych wydatków ZUS na chorego. W województwie mazowieckim zaobserwowano z kolei najwyższy wskaźnik leczenia chorych (4,1%) oraz jedno z niższych wydatków ZUS na chorego.

Rysunek 27. Odsetek chorych leczących się w PL B.55 w poszczególnych województwach, a wydatki ZUS i KRUS na chorego



Źródło: Opracowanie własne w oparciu o dane ZUS⁴, KRUS⁵ i Kucha 2022⁸

Rysunek 28. Zestawienie rocznych wydatków na świadczenia związane z niezdolnością do pracy w przeliczeniu na jednego chorego w zależności od odsetka chorych leczonych w Programie Lekowym B.55.



Źródło: Opracowanie własne w oparciu o dane ZUS²⁷, KRUS²⁶ i Kucha 2022⁵²

Na rysunku (Rysunek 28) dla WZJG pokazano analogiczne zestawienie, jak wcześniej dla ChLC [rozdział 5.5].

Na podstawie analizy można zauważyć zależność wskazującą, że im wyższy jest odsetek chorych objętych leczeniem, tym mniejsze są wydatki ZUS w przeliczeniu na jednego chorego. Brak wyraźnej zależności w niektórych województwach może być spowodowany podobnymi czynnikami jak w przypadku ChLC, a ponadto faktem, że leczenie innowacyjne dla tej jednostki chorobowej objęto refundacją znacznie później (2013 vs 2007 rok) w związku z czym zarówno odsetek chorych z WZJG leczonych innowacyjnie jest znacznie niższy niż chorych z ChLC, jak i minęło mniej czasu, aby pewne tendencje mogły być zauważalne.

Wykonano również dodatkowe analizy o charakterze eksploracyjnym z perspektywy województw, obejmujące powiązanie odsetka chorych leczonych w danym województwie z PKB na osobę oraz powiązanie liczby chorych leczonych w danym województwie z PKB na osobę. Wyniki przedstawiono w załączniku do opracowania [rozdział 9.5].

6. Prognoza dla okresu 2022 – 2026

Wykonano prognozę przyszłych wydatków na świadczenia społeczne z tytułu niezdolności do pracy chorych z NChZJ (WZJG i ChLC). Z uwagi na duży poziom złożoności tego zagadnienia i dużą niepewność w zakresie realizacji możliwych przyszłych scenariuszy, ograniczono się do horyzontu 5 letniego, obejmującego lata 2022 – 2026 (ostatni rok, dla którego dostępne są dane historyczne, to 2021).

Wydatki na świadczenia socjalne z tytułu niezdolności do pracy chorych zależą od dwóch podstawowych czynników: wydatków jednostkowych i epidemiologii. Prognoza wydatków jednostkowych jest bardzo trudna do wykonania, ponieważ stanowi pochodną stawek danych świadczeń (np. przeciętny poziom renty, zasiłek chorobowy) oraz kondycji chorych (częstość wykorzystania świadczeń w przeliczeniu na chorego). Prognoza danych epidemiologicznych również stanowi wyzwanie, jednak nie zależy od decyzji administracyjnych (poziom rent), a trendy w krótkim, kilkuletnim okresie, najczęściej są stabilne.

Aby w sposób możliwie precyzyjny wyznaczyć i zinterpretować trendy dla przyszłych wydatków społecznych z tytułu niezdolności do pracy w pierwszym kroku dokładnie przeanalizowano wskaźniki epidemiologiczne i wykonano prognozę liczby chorych z NChZJ.

6.1. Podstawowe wskaźniki epidemiologiczne

W ostatnich kilkudziesięciu latach globalnie odnotowano znaczny wzrost częstości występowania nieswoistych chorób zapalnych jelit, zarówno WZJG, jak i ChLC⁵⁴. Europa wskazywana jest jako rejon o najwyższej na świecie częstości występowania i zachorowalności na WZJG, z najwyższymi wskaźnikami raportowanymi w krajach północnych i zachodnich kontynentu. Szacuje się, że 0,3% populacji europejskiej ma zdiagnozowane NChZJ, co odpowiada łącznie 2,5-3 mln osób. Podkreślić należy niewielką liczbę badań populacyjnych analizujących epidemiologię NChZJ na świecie oraz ograniczony stopień poznania rozpowszechnienia WZJG i ChLC w Polsce^{55, 56, 32}.

Tabela 6. Wskaźniki epidemiologiczne dotyczące występowania NChZJ na świecie				
Wskaźnik	WZJG		ChLC	
	Rejon	Wartość	Rejon	Wartość
Częstość występowania	Europa	2,4-432/100 000 mieszkańców	Europa	1,5-331/100 000 mieszkańców
	Świat	156 - 291/100 000 mieszkańców	Świat	-
Zapadalność	Europa	2,4-44/100 000 mieszkańców/rok	Europa	0,4 - 22,8/100 000 mieszkańców/rok
	Świat	9 - 20/100 000 mieszkańców/rok	Świat	5-20/100 000 mieszkańców/rok

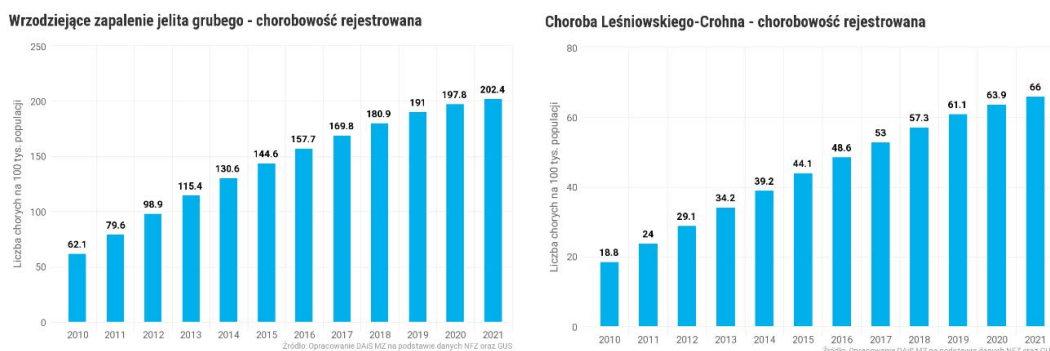
Źródło: Opracowanie własne na podstawie Lynch 2022¹², Zagórowicz 2022³², Zhao 2021⁵⁷, Taszarek 2022⁵⁸

W 2020 r. w Polsce częstość występowania WZJG wynosiła 191,4 na 100 000 mieszkańców i była wyraźnie większa u mężczyzn niż u kobiet, w przypadku ChLC wartość ta wyniosła 61,6 na 100 000 mieszkańców, a chorobę tę rozpoznano nieznacznie częściej u mężczyzn niż u kobiet³². Szczegółowe zestawienie danych przedstawiono w rozdziale 3.3 (Tabela 4).

W latach 2012 – 2018 chorobowość WZJG w Polsce istotnie wzrastała, co obserwowano każdego roku we wszystkich grupach wiekowych niezależnie od płci, natomiast w zakresie zapadalności odnotowano trend spadkowy. Tempo spadku zapadalności było jednak wolniejsze lub pozostawało na stałym poziomie w latach 2014 – 2018, w porównaniu z wcześniejszymi latami.

W latach 2012 – 2018 zauważalna jest także wzrostowa tendencja chorobowości ChLC w Polsce, przy czym tempo wzrostu było szybsze w latach 2012 – 2015 niż 2015 – 2018. Analiza zapadalności na ChLC w podanym okresie wskazuje na tendencję spadkową, obserwowaną zarówno u kobiet, jak i u mężczyzn.

Rysunek 29. Częstość występowania ChLC i WZJG w Polsce w latach 2010 – 2021

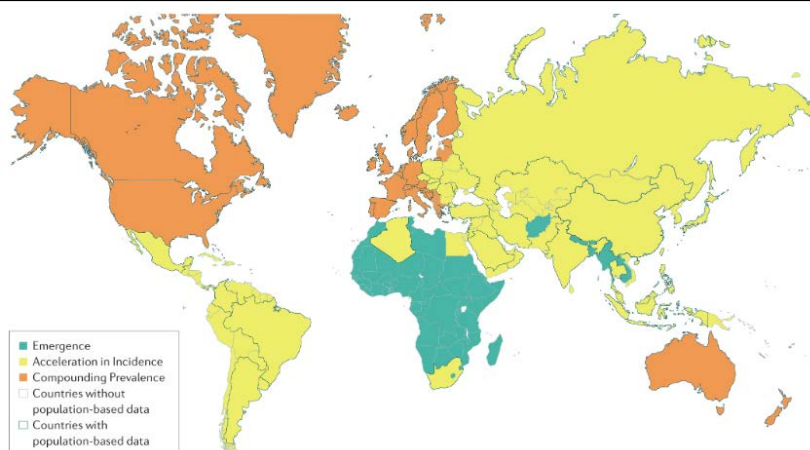


Źródło: BASIW³³

6.1.1. Trendy w epidemiologii NChZJ

Aby w sposób prawidłowy i możliwie dokładny wyznaczyć przyszłe trendy epidemiologiczne w zakresie NChZJ dla Polski, należy nasz kraj osadzić w globalnym kontekście. Szerszego spojrzenia na zachodzące zjawiska dostarczają międzynarodowe opracowania uwzględniające dane z naszego regionu względem całego globu.

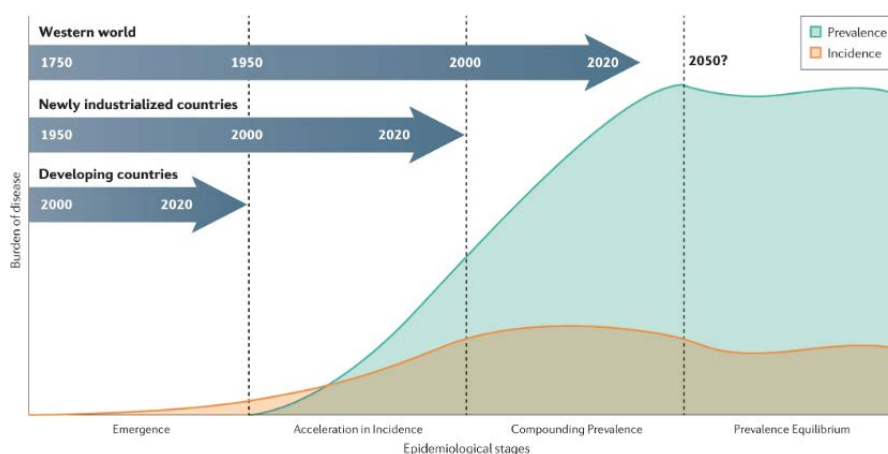
W opracowaniu uwzględniającym dane z 2021 roku autorzy uporządkowali kraje według etapów ewolucji zapadalności na NChZJ, przy czym każdy kraj przechodzi łącznie przez 4 etapy tej ewolucji (początkowy wzrost, wzrost przyspieszony, wyhamowanie wzrostu, równowaga)⁵⁹. Polska zakwalifikowana została do grupy krajów z przyspieszonym wzrostem zapadalności. Rosnąca zapadalność sugeruje, że trend wzrostowy dla liczby chorych diagnozowanych i leczonych w Polsce w najbliższych latach powinien zostać utrzymany. Zaznaczyć należy, że aktualne polskie badanie epidemiologiczne z 2022 roku sugeruje, że zapadalność w Polsce w ostatnich latach malała³². Różnica ta może wynikać z metodyki badań, przy czym w polskim badaniu istotną rolę odgrywa wzmożona diagnostyka

Rysunek 30. Globalna mapa etapów ewolucji zapadalności NChZJ w 2020 r.

Źródło: Kaplan 2021⁵⁹

(wyrażona np. wzrostem liczby wykonywanych badań endoskopowych w ostatnim okresie i „dodiagnozowaniem” chorych), w badaniu Kaplan 2021⁵⁹ z kolei odzwierciedlona zostaje rzeczywista obecna zapadalność dla regionu, bez względu na aktualny postęp diagnostyczny.

Autorzy globalnego modelu epidemiologicznego przedstawiają również pewien prosty model ewolucyjny, pokazujący projekcję przyszłych trendów zachorowalności dla poszczególnych grup krajów, w zależności od obecnej kategorii zapadalności. Ponieważ symulacje opierają się na modelu ewolucyjnym, a część krajów Europy Zachodniej i Północnej Ameryki przechodziła już przez późniejsze etapy ewolucji niż ten, na którym obecnie jest Polska, prognozy te znajdują uzasadnienie w danych empirycznych, co dodatkowo uwiarygadnia wykonane estymacje.

Rysunek 31. Cztery etapy epidemiologicznej ewolucji NChZJ

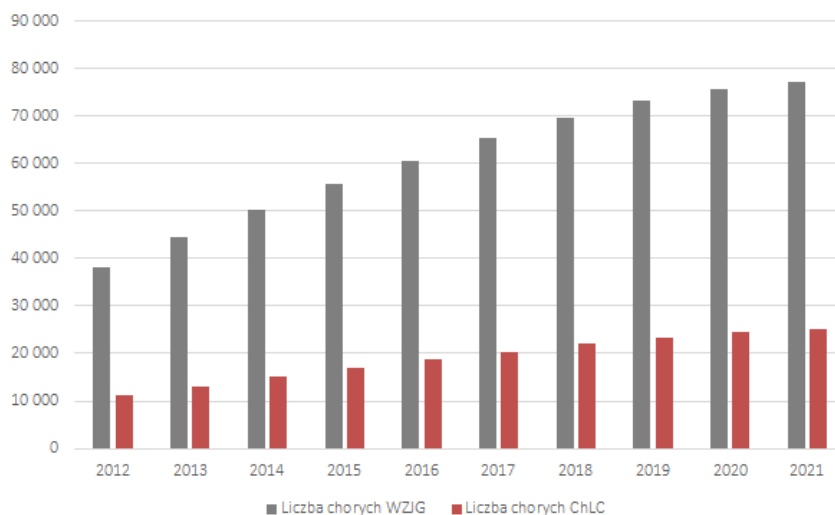
Źródło: Kaplan 2021⁵⁹

Zgodnie z przedstawionym modelem Polska prawdopodobnie przez kolejne 10-lecia odnotowywać będzie podobny jak obecnie wzrost liczby chorych z NChZJ wymagających specjalistycznej opieki medycznej.

6.1.2. Liczba chorych w Polsce

Liczba chorych z rozpoznaniem NChZJ na przestrzeni ostatnich lat stanowi odzwierciedlenie wskaźników epidemiologicznych. Zarówno dla WZJG i ChLC obserwujemy stabilną tendencję wzrostową. W 2021 roku, zgodnie z danymi NFZ liczba chorych na ChLC kształtowała się na poziomie 25 146, a chorych na WZJG na poziomie 77 073 (Rysunek 32).

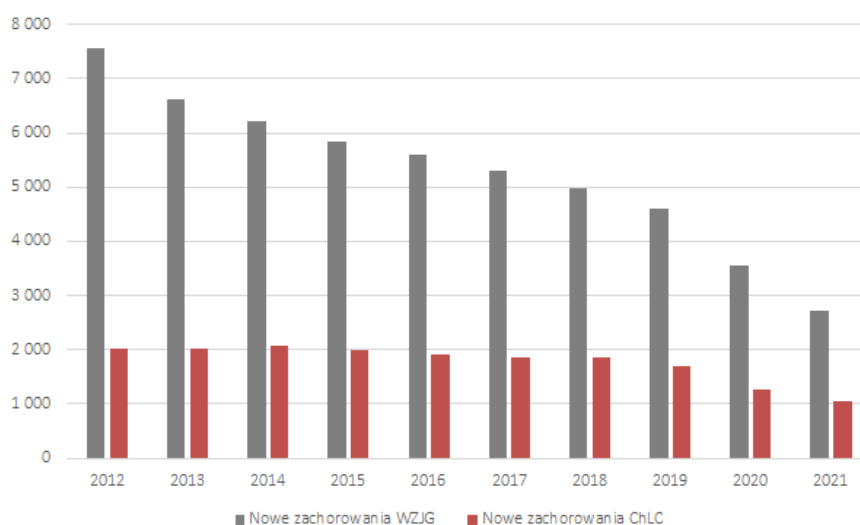
Rysunek 32. Liczba rozpoznanych przypadków NChZJ w Polsce



Źródło: Opracowanie własne na podstawie BASIW³³

Z kolei liczba chorych z NChZJ rozpoznawanych każdego roku maleje³³. Do interpretacji danych w przedziale czasowym 2020 - 2021 należy podchodzić jednak z pewną ostrożnością, z uwagi na pandemię COVID, która w tym okresie skutkowałą zmniejszoną liczbą wykonywanych świadczeń z zakresu ochrony zdrowia⁶⁰. Przy wyłączeniu lat 2020 - 2021 z analizy, można wnioskować, że liczba nowych przypadków rozpoznania ChLC jest stosunkowo stabilna, w przypadku WZJG można zauważyć niewielki trend spadkowy (Rysunek 33).

Rysunek 33. Roczna liczba nowych przypadków NChZJ w Polsce

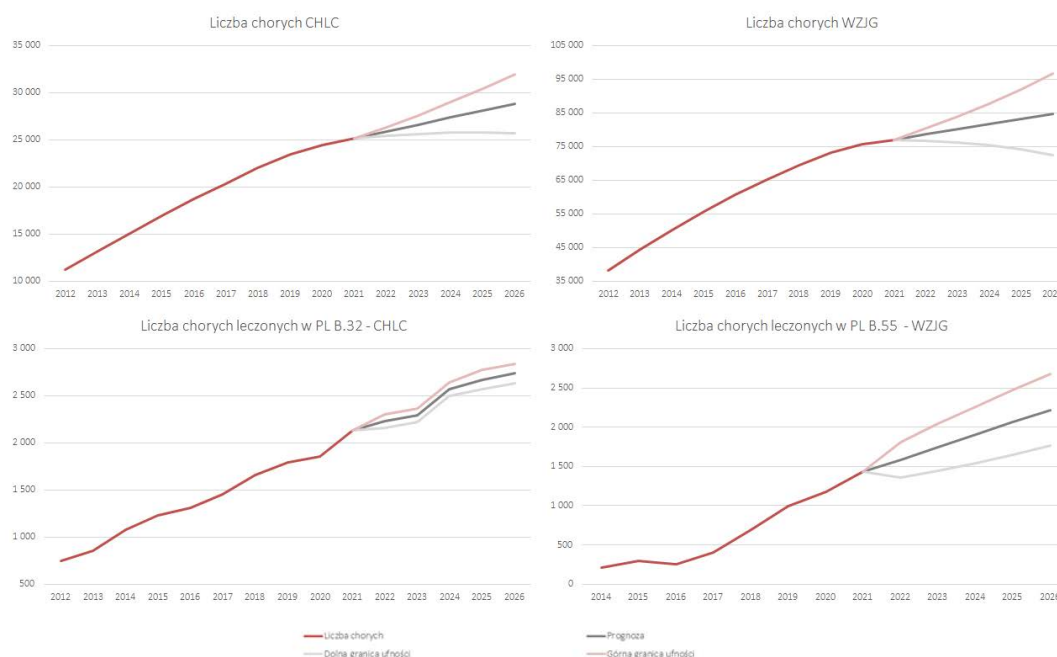


Źródło: Opracowanie własne na podstawie BASIW³³

6.2. Prognoza liczby chorych oraz chorych leczonych w Programach Lekowych B.32 oraz B.55

W oparciu o dostępne dane historyczne w zakresie liczby rozpoznanych przypadków NChZJ oraz przy uwzględnieniu trendów epidemiologicznych [rozdział 3.3] wykonano prognozę liczby chorych dla przyszłych okresów. Wykonano projekcję minimalną, maksymalną i najbardziej prawdopodobną, osobno dla ChLC i WZJG (Rysunek 34).

Rysunek 34. Predykcja liczby chorych oraz liczby chorych leczonych w Programach Lekowych na lata 2022 - 2026



Źródło: Opracowanie własne w oparciu o dane NFZ⁴³ i Kucha 2022⁸

Ze względu na przewlekły przebieg choroby oraz utrzymujący się trend wysokiej zachorowalności, można prognozować, że liczba chorych będzie stale się zwiększać. Dotyczy to chorób, zarówno ChLC oraz WZJG. Zgodnie z wykonanymi estymacjami w 2026 roku w Polsce będzie rozpoznanych około 85 tys. chorych z WZJG i niemal 30 tys. chorych z ChLC.

Działania wszystkich instytucji i osób zaangażowanych w szerzenie świadomości na temat leczenia innowacyjnego przyczyniły się do wzrostu odsetka chorych leczonych w Programach Lekowych. Udział osób chorych na ChLC w Programie Lekowym B.32 wzrósł z poziomu 6,7% do poziomu 8,5% w latach 2012 – 2021 (wzrost o 27%). Z kolei udział osób chorych na WZJG w Programie Lekowym B.55 wzrósł z poziomu 0,4% do poziomu 1,9% w latach 2014 – 2021 (wzrost o 375%).

Prognozuje się, że zarówno liczba chorych leczonych innowacyjnie, jak i procent chorych objętych tym leczeniem będą w najbliższym okresie dalej wzrastać. Z jednej strony wynika to z historycznego trendu, z drugiej potwierdzają to ostatnie zmiany przeprowadzone w Programach Lekowych, łagodzące kryteria kwalifikacji i kontynuacji leczenia (np. zniesienie administracyjnego ograniczenia czasu leczenia innowacyjnego w Programach Lekowych B.32 i B.55 od 2022 roku, brak obowiązku leczenia cyklosporyną przed włączeniem do Programu B.55. od maja 2023 roku^{39, 41}).

W przeciągu kolejnych 5 lat prognozuje się utrzymanie odsetka leczonych innowacyjnie chorych z ChLC w granicach 8,3% – 11% oraz w przypadku WZJG w graniach 1,9 – 3,7% całej populacji chorych.

W związku z powyższym, stopniowo powinna się również poprawiać kondycja chorych, co

powinno z kolei znaleźć odzwierciedlenie w niższym wykorzystaniu świadczeń społecznych (z tytułu niezdolności do pracy, przed wszystkim rent) w przeliczeniu na jednego chorego.

W związku z faktem, że zakładany jest dalszy wzrost liczby chorych, a jednocześnie należy oczekiwać stopniowej poprawy ich stanu zdrowia, prognozy w zakresie wydatków związanych z niezdolnością do pracy przyjmować mogą różne scenariusze. Obecny trend wzrostowy tych wydatków jest na tyle duży, że z pewnością w kilkuletnim okresie zostanie on utrzymany, niepewność dotyczy jednak tempa tego wzrostu.

6.3. Prognoza wydatków ZUS

W przypadku prognozy wydatków ZUS wykorzystano dane nieprzeskalowane. Jest to zasadne z uwagi na fakt, że w tym przypadku nie będziemy porównywać ze sobą wartości historycznych, a więc nie potrzebujemy zachowania parytetu siły nabywczej pieniądza (jak w przypadku analiz prezentowanych w rozdziale nr 4.)

Transfer pieniędzy publicznych przez ZUS, na wszystkie grupy chorobowe A00 - Z99 (Rysunek 35a), ma w długim okresie tendencję wzrostową. Na podstawie danych historycznych, prognozuje się utrzymanie wydatków na poziomie między 48 – 56 mld PLN w perspektywie do 2026 roku.

Wydatki na ChLC (Rysunek 35b) również mają tendencję wzrostową w długim okresie. W przypadku tej choroby należy jednak podkreślić historyczny, dynamiczny wzrost liczby chorych, czego nie obserwowano w przypadku ogólnej populacji Polski. Dalszy wzrost liczby chorych może wpływać na stały wzrost transferów pieniędzy podatników na ten cel. Przyjmując takie założenie, można prognozować wydatki na poziomie między 38 – 44 mln PLN w perspektywie do 2026 roku. W przypadku WZJG (Rysunek 35c) sytuacja wygląda podobnie i prognozuje się utrzymanie wydatków w granicach 59 – 71 mln PLN.

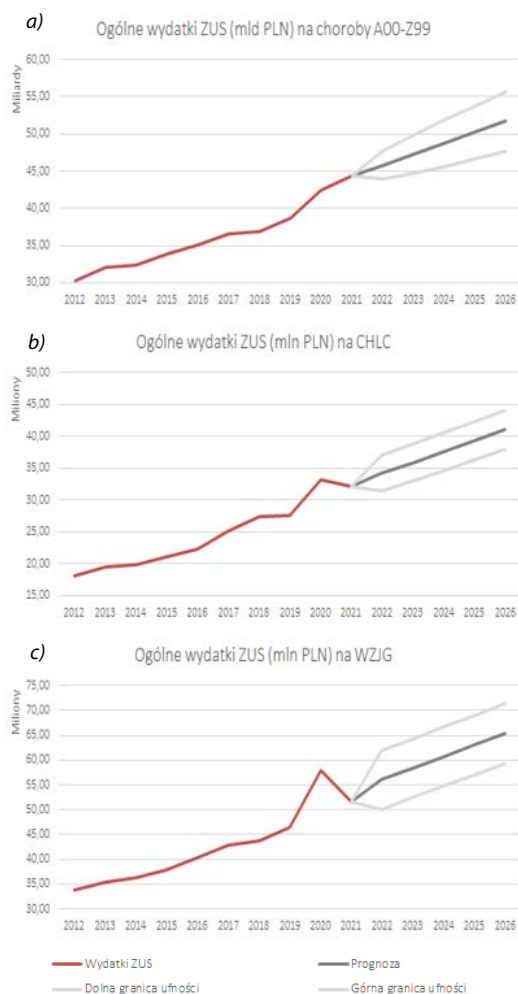
Analizując wnioski przedstawione w rozdziale 4.4.2 można postawić hipotezę, że na rzeczywisty kształt wydatków społecznych w przypadku chorych z NChZJ, duży wpływ będzie miał poziom świadczonej opieki zdrowotnej. Od niego będzie zależało, czy ostateczny koszt znajdzie się w pobliżu minimalnego, czy też maksymalnego prognozowanego przedziału.

6.4. Prognoza wydatków ZUS w przeliczeniu na jednego chorego

W przypadku prognozy wydatków w przeliczeniu na jednego chorego wykorzystano dane nieprzeskalowane. Jest to zasadne z uwagi na fakt, że nie będziemy porównywać ze sobą wartości historycznych, a więc nie potrzebujemy zachowania parytetu siły nabywczej pieniądza (jak w przypadku analiz prezentowanych w rozdziale 4.).

Transfer pieniędzy podatników przez ZUS na wszystkie grupy chorobowe A00 - Z99 (Rysunek 36a) w przeliczeniu na jednego mieszkańca Polski ma w długim okresie tendencję wzrostową. Na podstawie danych historycznych, prognozuje się utrzymanie rocznych wydatków na poziomie między 1 256 – 1 481 PLN w perspektywie do 2026 roku.

Wydatki na ChLC (Rysunek 36b) mają tendencję spadkową w długim okresie. Postęp w sferze prawidłowej profilaktyki i możliwości utrzymania chorych w stanie długookresowej remisji może wpłynąć na zmniejszenie wydatków w przeliczeniu na jednego chorego. Niemniej jednak nie można wykluczyć innych czynników, które mogą wpłynąć negatywnie na wydatki (jak sytuacja pandemiczna w 2020 roku). Przyjmując takie założenie, można prognozować utrzymanie się rocznych wydatków na poziomie 1 200 PLN na jednego chorego w perspektywie do 2026 roku.

Rysunek 35. Predykcja wydatków ZUS na lata 2022 - 2026Źródło: Opracowanie własne w oparciu o dane ZUS⁴**Rysunek 36. Predykcja wydatków ZUS na jedną osobę na lata 2022 - 2026**Źródło: Opracowanie własne w oparciu o dane ZUS⁴

W przypadku WZJG (Rysunek 36c) sytuacja wygląda podobnie jak dla ChLC i prognozuje się spadek wydatków do około 600 PLN na jednego chorego.

Zaprezentowane prognozy nie uwzględniają analogicznej korekty związanej ze zmianą siły nabywczej pieniądza jaką wykorzystano do zaprezentowania trendów w rozdziale 4.2.

7. Podsumowanie i wnioski

Choroba Leśniowskiego – Crohna oraz wrzodziejące zapalenie jelita grubego to schorzenia przewlekłe, na które zapadają przede wszystkim osoby młode, w wieku produkcyjnym. W przebiegu tych chorób, w sytuacji braku opanowania stanu zapalnego często rozwijają się ciężkie i nieodwracalne powikłania, powodujące czasową lub trwałą niezdolność do pracy.

Celem pracy było znalezienie odpowiedzi na pytanie, czy obrany kierunek zmian w podejściu do finansowania leczenia NChZJ, obejmujący coraz szerszą refundację nowoczesnych leków innowacyjnych, przynosi wymierne korzyści z perspektywy wydatków publicznych. Jako miernik skuteczności działań w obszarze finansowania leków przyjęto dynamikę zmian w liczbie świadczeń ZUS i KRUS wypłacanych chorym na WZJG i ChLC z tytułu niezdolności do pracy.

Analizie poddane zostały dane ZUS obejmujące okres 2012 – 2021 i dane KRUS obejmujące okres 2018 – 2021. Przeprowadzono analizę wydatków w przeliczeniu na jednego chorego oraz w odniesieniu do pełnej populacji chorych, w skali całego kraju oraz z poziomu województw.

Wyniki analizy jednoznacznie wskazują na pozytywne zmiany w zakresie kształtowania się wysokości i struktury świadczeń z tytułu niezdolności do pracy w populacji chorych z ChLC i WZJG. Przedstawione wnioski dodatkowo są potwierdzone zależnościami zaobserwowanymi po zestawieniu danych dla poszczególnych województw, które obejmowały poziom wydatków z tytułu niezdolności do pracy i odsetek chorych leczonych innowacyjnie w danym województwie.

W badanym okresie 2012 – 2021 wydatki ZUS z tytułu niezdolności do pracy w przeliczeniu na jednego chorego z ChLC i WZJG systematycznie malały, łącznie o 21% i 25% odpowiednio dla ChLC i WZJG. W tym samym okresie, następował stały wzrost wydatków ZUS w przeliczeniu na jednego mieszkańca Polski, łącznie o 49%. Jest to bardzo ważna obserwacja, potwierdzająca, że w opiece zdrowotnej nad chorymi z NChZJ następują korzystne zmiany, które decydują o przeciwnym trendzie wobec generalnego wzrostowego trendu dla wszystkich rozpoznawanych jednostek chorobowych. Dowodzi to, że przyjęta przez Ministra Zdrowia strategia zwiększonego finansowania leczenia NChZJ jest właściwa nie tylko z perspektywy uzyskiwanych efektów zdrowotnych w tej grupie chorych, ale również z perspektywy wydatków publicznych.

Wyniki analizy wykazały ponadto, że w strukturze wydatków ZUS zarówno dla chorych z WZJG i ChLC dokonała się istotna zmiana na rzecz absencji chorobowej kosztem rent z tytułu niezdolności do pracy. Udział absencji chorobowej wzrósł z 29 do 37% i z 35 do 48%, podczas gdy udział rent zmniejszył się z 46 do 38% i z 54 do 39%, odpowiednio dla ChLC i WZJG. Tendencję przesunięcia się wydatków z rent, w kierunku absencji chorobowych należy uznać za niezwykle istotną, ponieważ zachowanie zdolności do pracy, zwłaszcza przez młodych ludzi, których schorzenie dotyka w szczególności, przyczynia się do wytwarzania PKB i umożliwia odprowadzanie składki na ubezpieczenia społeczne. Jest to korzystna zmiana z perspektywy finansów publicznych.

W ramach analizy danych dla województw zauważono zależność wskazującą, że im większy jest dostęp chorych do leczenia innowacyjnego w danym województwie, tym mniejsze są wydatki ZUS i KRUS w przeliczeniu na jednego chorego. Zależność ta jest silniejsza w przypadku ChLC gdzie leczenie innowacyjne wprowadzono znacznie wcześniej i dziś objętych jest nim zdecydowanie więcej chorych. W szczególności warto wskazać, że województwo lubuskie ma najniższy dostęp do leczenia w Programie Lekowym dla ChLC (0,3%), oraz najwyższe wydatki na chorego z tytułu niezdolności do pracy (1 941 zł), a województwo mazowieckie najwyższy odsetek chorych leczonych (17,4%) oraz jeden z najniższych poziomów wydatków (1 126 zł).

Malejący trend w wydatkach ZUS na chorego z ChLC i WZJG jest więc wynikiem poprawy jakości leczenia, czego przyczyn należy upatrywać w coraz szerszym dostępie chorych do leczenia innowacyjnego. W latach 2007 i 2013 uruchomione zostały Programy Lekowe dedykowane odpowiednio ChLC i WZJG, które następnie stopniowo ewoluowały w kierunku łagodzenia kryteriów kwalifikacji i kontynuacji leczenia. W 2012 roku leczonych innowacyjnie było 747 chorych z ChLC, natomiast w 2021 roku było to już 2 129 chorych. Z kolei liczba chorych leczonych z WZJG wzrosła z 207 do 1 432 w okresie 2014 – 2021. W opinii autorów opracowania to właśnie ta zmiana, polegająca na objęciu skuteczną terapią chorych z najcięższym przebiegiem choroby przyczyniła się do istotnej redukcji wydatków ZUS w przeliczeniu na chorego. Kierunek finansowania, w którym coraz więcej pieniędzy przeznacza się na długoterminowe i skuteczne leczenie, w miejsce leczenia powi-

kłań, jest zatem zasadny również z przyczyn ekonomicznych – w tym przypadku biorąc pod uwagę wydatki ZUS i KRUS z tytułu niezdolności do pracy. Należy przy tym podkreślić, że wysokość przeciętnej rocznej renty brutto w 2021 roku w Polsce wyniosła około 25 tys. PLN. Ta kwota jest wyższa niż roczny koszt terapii innowacyjnej realizowanej w ramach Programów Lekowych dedykowanych NChZJ. Dlatego tak ważne jest, aby w dalszym ciągu zwiększać udział chorych w tej formie terapii.

Ważną obserwacją wynikającą z analizy jest również zróżnicowanie Polski w skali województw, zarówno w dostępie do leczenia innowacyjnego jak i w poziomie i strukturze wypłacanych świadczeń ZUS na jednego chorego. W przypadku części z nich (warmińsko – mazurskie i podlaskie dla ChLC i kujawsko – pomorskie, lubelskie dla WZJG) znaczącą przewagę ma udział rent, a w innych (pomorskie i opolskie dla ChLC i pomorskie, warmińsko – mazurskie dla WZJG) przewagę mają absencje. Jest to istotna obserwacja, ponieważ pożądanym modelem jest ten z przewagą absencji, gdyż z perspektywy ekonomicznej lepiej, aby chory pracował i odprowadzał składki, aniżeli pobierał świadczenia socjalne. Zróżnicowanie przebiega także na poziomie dostępności do leczenia w Programach Lekowych. Najwięcej ośrodków realizujących Programy Lekowe w 2022 roku znajdowało się w województwie mazowieckim, gdzie było osiem takich placówek, a w województwach opolskim i świętokrzyskim było tylko jedno miejsce, które realizowało programy B.32 lub B.55. Wyrównanie dostępu do terapii innowacyjnej pomiędzy województwami może przyczynić się do dalszych korzyści z perspektywy finansów publicznych.

Ponadto, w badanym okresie 2012 – 2021 wydatki ZUS z tytułu niezdolności do pracy w pełnej populacji chorych z NChZJ systematycznie rosły, z 18 do 32 mln zł rocznie w przypadku ChLC oraz z 34 do 52 mln PLN w przypadku WZJG. Wzrost był jednak spowodowany nie tyle eskalacją wydatków jednostkowych, co dynamicznie zwiększającą się populacją chorych NChZJ, bowiem w analizowanym okresie odnotowano ponad dwukrotny wzrost liczby rozpoznanych przypadków.

Przewlekły charakter chorób oraz utrzymujący się trend wysokiej zachorowalności pozwalają prognozować, że w najbliższych latach liczba chorych będzie się zwiększać, co w dalszym ciągu może eskalować wydatki publiczne spowodowane niezdolnością do pracy. Wykonane szacunki wskazują, że do 2026 roku liczba chorych na ChLC zwiększy się o kolejne 5 tys. (do 30 tys.), a liczba chorych na WZJG o około 8 tys. (do 85 tys. osób). Znaczącą część chorych będą stanowiły osoby młode między 20., a 65. rokiem życia. W przypadku ChLC i WZJG jest to odpowiednio 77,7% i 68,3% wśród wszystkich chorych.

Prognozuje się, że zarówno liczba chorych leczonych innowacyjnie, jak i procent chorych objętych tym leczeniem, będą w najbliższym okresie dalej wzrastać. Z jednej strony wynika to z historycznego trendu, z drugiej zaś potwierdzają to ostatnie zmiany przeprowadzone w Programach Lekowych, które łągodzą kryteria kwalifikacji i kontynuacji leczenia. Do 2026 roku odsetek leczonych innowacyjnie chorych z ChLC i WZJG powinien zawierać się w granicach odpowiednio 8,3% – 11% (2636 – 2838 chorych) oraz 1,9 – 3,7% (1763 - 2679 chorych). Są to jednak wciąż wartości niższe w porównaniu do tych obserwowanych w krajach Europy Zachodniej. Można zatem oczekiwać stopniowej poprawy kondycji chorych, co powinno z kolei znaleźć odzwierciedlenie w niższym wykorzystaniu świadczeń z tytułu niezdolności do pracy, przed wszystkim rent, w przeliczeniu na jednego chorego.

W związku z zakładanym dalszym wzrostem liczby chorych, przy jednoczesnej poprawie ich dostępu do opieki zdrowotnej, prognozy w zakresie łącznych wydatków związanych z niezdolnością do pracy przyjmować mogą różne scenariusze. Obecny trend wzrostowy tych wydatków jest na tyle duży, iż z pewnością w kilkuletnim okresie zostanie on utrzymany, niepewność dotyczy jednak tempa jego wzrostu.

Wykonana prognoza pokazuje dalszy wzrost wydatków ZUS na ChLC i WZJG do 2026 roku odpowiednio, do poziomu w granicach 38 – 44 mln PLN (prawdopodobny scenariusz zakłada 41 mln PLN) oraz 59 – 71,5 mln PLN (prawdopodobny scenariusz zakłada 65,4 mln PLN). Za ten wzrost odpowiada gwałtownie rosnąca liczba chorych.

Podsumowując, tempo wzrostu obciążenia społecznego będzie w dużej mierze zależało od konsekwentnej kontynuacji podejścia zapewniającego chorym dostęp do nowoczesnego leczenia, a tym samym systematyczną poprawę jakości ochrony zdrowia w obszarze NChZJ. Musi się to wiązać z realizacją niezaspokojonych potrzeb leczniczych poprzez likwidację istniejących obecnie barier. Wśród tych barier jest dostęp do leczenia innowacyjnego, związany z kryteriami kwalifikacji do Programów, nieuwzględniającymi pełnych populacji zgodnie z rejestracją leków i wytycznymi, nadmierne obciążenie administracyjno-sprawozdawcze w trakcie realizacji Programów Lekowych, zróżnicowanie w dostępie do świadczeń pomiędzy województwami, dysproporcja w liczbie ośrodków kontraktujących Programy Lekowe, zbyt niska wycena świadczeń w Programach Lekowych. Ważny jest też wzrost liczby specjalistów oraz prawidłowa profilaktyka i diagnostyka mające na celu wczesne wykrycie choroby.

8. Dyskusja

Choroby zapalne jelit generują znaczące obciążenie ekonomiczne w nowoczesnych oraz rozwijających się gospodarkach⁵⁹. Wyniki niniejszego opracowania wskazują na duże obciążenie związane z wypłatą świadczeń wynikających z niezdolności do pracy chorych z NChZJ. Znamienny jest jednak fakt, że wydatki ZUS i KRUS przeznaczone na jednego chorego systematycznie maleją. Jest to efektem między innymi poprawy jakości opieki zdrowotnej, przy czym najistotniejszą rolę odgrywa zwiększenie dostępności do efektywnego leczenia innowacyjnego, które jest dedykowane chorym z najcięższym przebiegiem choroby.

Dotychczas autorzy licznych opracowań polskich i zagranicznych zwracali uwagę tylko na fakt, że długoterminowe koszty opieki nad chorym z NChZJ w remisji lub z łagodnym przebiegiem choroby, są niższe niż koszty opieki nad chorym z nasileniem umiarkowanym lub ciężkim. Prowadziło to pośrednio do wniosków, że zastosowanie skutecznego leczenia innowacyjnego na wczesnym etapie choroby, które pozwala na osiągnięcie długotrwałej remisji, będzie opłacalne z punktu widzenia finansów publicznych i prywatnych.

W niniejszym opracowaniu, po raz pierwszy wykazano bezpośrednie powiązanie wzrostu nakładów na leczenie innowacyjne z redukcją wydatków społecznych z tytułu niezdolności do pracy w warunkach polskich. Co ważne, wnioskowanie jest przedstawione nie na poziomie jednego chorego lub wybranej grupy chorych, a w ujęciu populacyjnym. Dowodzi to, że obrany kierunek finansowania leczenia NChZJ jest właściwy nie tylko z perspektywy uzyskiwanych efektów zdrowotnych w tej grupie chorych, ale również z perspektywy wydatków publicznych. W oparciu o wyniki niniejszego opracowania można na zasadzie ekstrapolacji przyjąć, że coraz szersze finansowanie innowacyjnego leczenia będzie przynosiło wymierne korzyści w zakresie wszystkich wymienianych w literaturze kategorii kosztowych. Innymi słowy wykazano, że poprawiając jakość zdrowia i życia chorych redukujemy koszty bezpośrednie, pośrednie i transfery pieniężne.

Podobne wnioski w oparciu o swoje doświadczenie zawodowe od wielu lat formułowali eksperci systemowi i kliniczni w Polsce. Wskazywano, że w terapii tych przewlekłych chorób jelitowych najlepszą strategią długoterminową jest skuteczne leczenie chorego od razu w momencie wystąpienia zaostrzenia, tak żeby wyeliminować potencjalne przyszłe koszty

związane z powikłaniami lub niepełnosprawnością³². Ponadto, za niezwykle obrazowy należy uznać komentarz do jednego z raportów systemowych prof. Grażyny Rydzewskiej: „pozorna oszczędność na początku leczenia, związana z niedostępnością lub nadmiernym, niezgodnym z praktyką medyczną, limitowaniem nowoczesnych terapii, przełożyć się może na znacznie wyższe całkowite koszty leczenia.”⁶¹

W polityce finansowania opieki terapeutycznej należy wziąć pod uwagę również to, że roczny koszt leczenia jednego chorego w Programach Lekowych B.32 i B.55 na przestrzeni ostatnich lat systematycznie maleje (Rysunek 17) i oscyluje obecnie na poziomie około 15 tys. zł i 24 tys. zł dla chorych na ChLC i WZJG. Ponadto realny koszty terapii, obejmujący poufne instrumenty podziału ryzyka, może być znacząco niższy. Podkreślić należy, że wysokość przeciętnej rocznej renty brutto w 2021 roku w Polsce wyniosła 25 059,24 zł⁶² i była wyższa niż roczny koszt terapii realizowanej w ramach Programów Lekowych dedykowanych NChZJ. Jest to kolejny silny argument finansowy, przemawiający za kierunkiem zmian, polegającym na zwiększaniu dostępu do terapii innowacyjnych.

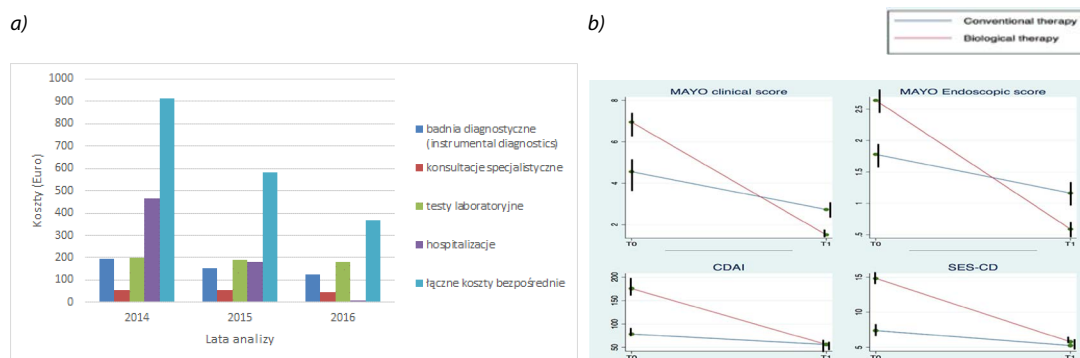
Wyniki opracowania stoją w zgodzie z wnioskami prezentowanymi przez autorów innych opracowań kosztowych w obszarze NChZJ^{63, 64, 37}.

Dla porównania na poniższym grafie zaprezentowano wyniki analizy kosztowej przeprowadzonej we Włoszech³⁷. Atutem badania włoskiego jest zaprezentowanie danych wzdłużnych, w okresie 3 lat (2014 – 2017) prowadzenia terapii w tej samej grupie chorych, od momentu rozpoczęcia terapii lekami biologicznymi (adalimumab, infliksymab) lub lekami konwencjonalnymi. W badaniu uwzględniono obserwacje 417 chorych z NChZJ. Oprócz kosztów leczenia zaprezentowano uzyskiwane wyniki zdrowotne.

Analiza rocznych kosztów bezpośrednich leczenia choroby, z wyłączeniem kosztów samych leków, wskazuje na bardzo wyraźny związek z uzyskiwanymi przez chorych w czasie wynikami leczenia (uzyskanie remisji). Redukcja kosztów uzyskała poziom istotności statystycznej.

Autorzy ponadto uzasadniają zastosowanie względnie drogich leków biologicznych, w wybranej grupie chorych, ich wyjściową charakterystyką. Chorzy, którzy otrzymali leczenie biologiczne byli przeciętnie młodszy niż chorzy leczeni konwencjonalnie i mieli wyższe nasilenie objawów choroby (umiarkowane do ciężkiego). Chorzy, którzy otrzymali leczenie konwencjonalne mieli wyjściowo niższe nasilenie objawów choroby, a zastosowane leczenie umożliwiło adekwatną poprawę ich stanu zdrowia nie dopuszczając do zaostrzenia choroby³⁷.

Rysunek 37. Wyniki leczenia chorych z NChZJ z nasileniem umiarkowanym do ciężkiego we Włoszech w ciągu trzech lat od rozpoczęcia leczenia biologicznego (z wyłączeniem kosztu leków)



a) Średnie koszty bezpośrednie

b) wyniki zdrowotne leczenia, wyniki Mayo odpowiadają WZJG, wyniki Crohn's Disease Activity Index (CDAI), Simple Endoscopic Score for Crohn's Disease (SES-CD) odpowiadają Chorobie Leśniowskiego-Crohna.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Principi 2020³⁷

Podsumowując, istotne i wciąż rosnące obciążenie ekonomiczne związane z NChZJ sprawia, że wczesna diagnoza w połączeniu ze skutecznym leczeniem od momentu rozpoznania choroby staje się koniecznością. Również, jeśli nie przede wszystkim, z perspektywy finansowej. W związku z tym, postępowanie w NChZJ powinno wykraczać poza zwalczanie objawów i powikłań i zmierzać w kierunku szybkiego opanowania, a następnie utrzymania kontroli nad stanem zapalnym w obrębie przewodu pokarmowego. Postępy w leczeniu sprawiły, że głęboka remisja stała się osiągalnym celem dla dużej części chorych na NChZJ. Uzyskanie głębokiej remisji wymaga jednak zmiany paradygmatu leczenia NChZJ, polegającej na zindywidualizowanej terapii lekami innowacyjnymi. Chociaż pierwszy etap leczenia może być kosztowny, taka strategia może ostatecznie doprowadzić do zmniejszenia liczby operacji i hospitalizacji, potencjalnie obniżając długoterminowe koszty leczenia oraz powodując ograniczenie kosztów społecznych.

9. Załączniki

9.1. Częstość występowania NChZJ w Polsce w latach 2009 – 2020

Tabela 7. Częstość występowania NChZJ w Polsce w latach 2009 – 2020				
Rok	WZJG		ChLC	
	Współczynnik surowy	EASR	Współczynnik surowy	EASR
2009	43,4/100 000 mieszkańców	43,4 (42,8-44,1)	13,1/100 000 mieszkańców	12,2 (11,9-12,6)
2010	61,6/100 000 mieszkańców	61,8 (60,9-62,6)	18,6/100 000 mieszkańców	17,4 (17,0-17,9)
2011	78,9/100 000 mieszkańców	79,0 (78,1-79,9)	23,8/100 000 mieszkańców	22,4 (21,9 - 22,8)
2012	98,0/100 000 mieszkańców	98,0 (97,0-99,1)	28,8/100 000 mieszkańców	27,3 (26,8 - 27,9)
2013	114,3/100 000 mieszkańców	114,1 (113,0-115,2)	33,8/100 000 mieszkańców	32,2 (31,6-32,7)
2014	129,3/100 000 mieszkańców	128,6 (127,4-129,7)	38,9/100 000 mieszkańców	37,1 (36,5-37,7)
2015	143,1/100 000 mieszkańców	141,8 (140,6-143,0)	43,7/100 000 mieszkańców	41,9 (41,3-42,6)
2016	155,9/100 000 mieszkańców	154,2 (153,0-155,5)	48,1/100 000 mieszkańców	46,4 (45,7-47,1)
2017	167,7/100 000 mieszkańców	165,8 (164,5-167,1)	52,4/100 000 mieszkańców	50,8 (50,0-51,5)
2018	178,5/100 000 mieszkańców	176,0 (174,7-177,4)	56,5/100 000 mieszkańców	55,0 (54,2-55,7)
2019	187,8/100 000 mieszkańców	184,8 (183,4-186,2)	60,1/100 000 mieszkańców	58,6 (57,9-59,4)
2020	191,4/100 000 mieszkańców	187,8 (186,5-189,2)	61,6/100 000 mieszkańców	60,3 (59,5-61,0)

Źródło: Zagórowicz 2022³²

9.2. Profil chorego i obciążenie chorobą

Zarówno w Polsce, jak i na świecie choroby klasyfikowane jako NChZJ dotyczą w przeważającej części ludzi młodych w okresie ich największej życiowej aktywności.

NChZJ może wystąpić w każdym wieku, jednak choroba rozpoznawana jest najczęściej zwykle między 15. a 35. rokiem życia zarówno w przypadku wrzodziejącego zapalenia jelita grubego, jak i choroby Leśniowskiego-Crohna³⁴.

Dane światowe wskazują, że szczyt zachorowań na ChLC przypada między 15. a 25. rokiem

życia, natomiast na WZJG między 30. a 40. rokiem życia, ze zbliżonym rozpowszechnieniem u kobiet oraz u mężczyzn⁵⁵.

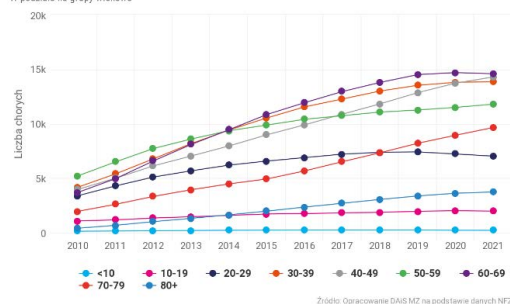
W przypadku Polski najwięcej zachorowań na ChLC notuje się w grupie wiekowej 20 - 29 lat i nieznacznie mniej w grupie 10-19 lat, natomiast drugi szczyt zachorowań widoczny jest w grupie chorych 60-69 lat. Wskazuje się na porównywalną chorobowość na ChLC niezależnie od płci, nieznacznie częstszą u mężczyzn. Podobne wnioski wyciągnąć można z danych dotyczących WZJG, w których najwięcej zachorowań występuje u chorych między 20. a 29. rokiem życia, a następnie między 60. a 69. rokiem życia, częściej u mężczyzn niż u kobiet³². Opracowanie DAIS MZ na danych NFZ pokazuje wielkości spójne z tymi prezentowanymi w opublikowanej literaturze, z niewielkimi jedynie odchyleniami (np. szczyt zachorowań na WZJG przypada między 30. a 39 rokiem życia).

W przypadku Polski częstość występowania ChLC i WZJG jest najwyższa odpowiednio w grupie chorych w wieku 30-39 lat i 60-69 lat³³. W związku ze specyfiką NChZJ, których wyleczenie prawdopodobnie jest niemożliwe należy zauważyć, że grupa chorych w dojrzałym i podeszłym wieku obejmuje zarówno chorych z późno rozpoznanym NChZJ, ale również chorych, u których diagnoza została postawiona w młodym wieku, a więc trwa większą część życia⁶⁵.

Rysunek 38. Zachorowalność i chorobowość choroby Leśniowskiego-Crohna i wrzodziejącego zapalenia jelita grubego w Polsce według grup wiekowych w latach 2010 – 2021

Wrzodziejące zapalenie jelita grubego - chorobowość rejestrowana

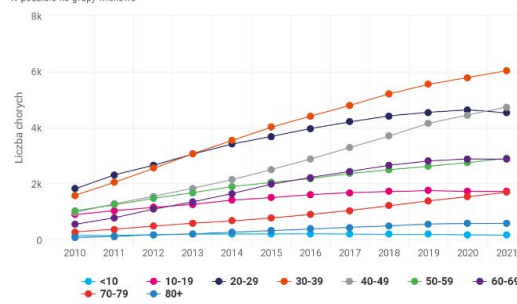
W podziale na grupy wiekowe



Źródło: Opracowanie DAIS MZ na podstawie danych NFZ

Choroba Leśniowskiego-Crohna - chorobowość rejestrowana

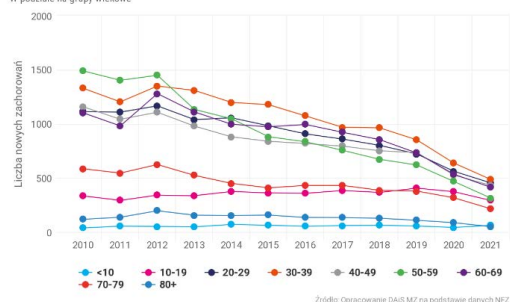
W podziale na grupy wiekowe



Źródło: Opracowanie DAIS MZ na podstawie danych NFZ

Wrzodziejące zapalenie jelita grubego - zapadalność rejestrowana

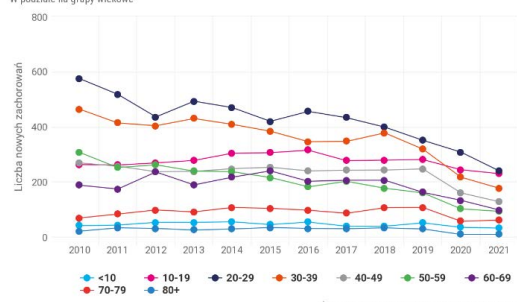
W podziale na grupy wiekowe



Źródło: Opracowanie DAIS MZ na podstawie danych NFZ

Choroba Leśniowskiego-Crohna - zapadalność rejestrowana

W podziale na grupy wiekowe



Źródło: Opracowanie DAIS MZ na podstawie danych NFZ

Źródło: BASIW³³

Profil chorego w większości przypadków tożsamy jest z profilem osoby aktywnej zawodowo, częściej zamieszkującej miasta aniżeli wieś. Wskazuje się, że 2/3 chorych z ChLC to osoby pracujące⁶⁶.

Specyfika obrazu klinicznego choroby Leśniowskiego-Crohna oraz wrzodziejącego zapalenia jelita grubego w sposób bezpośredni oddziałuje na sferę psychiczną, fizyczną, seksualną oraz społeczną. Chorzy mogą doświadczać stygmatyzacji społecznej, prowadzącej do chęci odseparowania się od innych¹³. Dodatkowym problemem jest częste współwystępowanie zaburzeń snu. Obejmują one trudności z zaśnięciem czy występowanie koszmarów sennych,

pojawiających się u 80-90% chorych na WZJG⁶⁷. Chorzy doświadczają również lęku związanego z brakiem kontroli nad funkcjami swojego organizmu, a także obaw przed brakiem natychmiastowego dostępu do toalety. Z uwagi na uciążliwe biegunki chorzy odczuwają niepokój i frustrację, które mogą każdorazowo utrudniać wyjście z domu. Przekłada się to na upośledzenie zdolności do rozwijania i utrzymywania relacji społecznych, a także przyczynia się problemów związanych z izolacją i depresją¹³. Chorzy na WZJG obawiają się również pogorszenia stanu zdrowia, towarzyszącego bólu, ale przede wszystkim konieczności leczenia operacyjnego, w tym wytworzenia stomii. Fakt posiadania stomii wpływa również negatywnie na jakość życia intymnego, z uwagi na postrzeganie siebie jako osoby mało atrakcyjnej i towarzyszące uczucie obrzydzenia do własnego ciała. Chorych na WZJG charakteryzuje też częsty brak motywacji do działania, jak również brak satysfakcji z życia oraz nadmierny krytycyzm – zwłaszcza w odniesieniu do własnej kondycji fizycznej⁶⁷.

9.3 Programy Lekowe B.32. i B.55. – główne kryteria kwalifikacji i czas trwania terapii

Tabela 8. Główne kryteria kwalifikacji oraz czas trwania leczenia w ramach Programu Lekowego B.32.				
Program-Lekowy B.32.	Główne kryteria kwalifikacji		Czas trwania terapii indukcyjnej [tyg]	Czas trwania leczenia podtrzymującego
	Wiek	Postać ChIC		
INF	≥ 6 r.ż.	Czynna postać choroby o ciężkim stopniu nasilenia (wynik w skali PCDAI ≥ 51 punktów u osób w wieku ≥ 6 r.ż. do momentu ukończenia 18 roku życia albo wynik w skali CDAI > 300 punktów u dorosłych od momentu ukończenia 18 roku życia) przy braku odpowiedzi na leczenie glikokortykosteroidami, lub lekami immunosupresyjnymi, lub innymi inhibitorami TNF-alfa, lub przy występowaniu przeciwwskazań lub objawów nietolerancji takiego leczenia;	6	Powinno trwać do momentu stwierdzenia braku odpowiedzi na leczenie. Ocena zasadności kontynuacji leczenia powinna być przeprowadzona co najmniej raz na 12 miesięcy w oparciu o wskaźnik CDAI lub PCDAI
ADA		Postać choroby cechującą się wytworzeniem przetok okołoodbytowych, z brakiem odpowiedzi na leczenie podstawowe: antybiotyki, leki immunosupresyjne, leczenie chirurgiczne - niezależnie od nasilenia choroby.	12	Powinno trwać aż do momentu stwierdzenia braku odpowiedzi na leczenie (w tym również stwierdzenie konieczności wykonania zabiegu chirurgicznego związanego z chorobą). Ocena zasadności kontynuacji leczenia powinna być przeprowadzona co najmniej raz na 12 miesięcy w oparciu o wskaźnik CDAI lub PCDAI
WED	≥ 18 r.ż.	Czynna postać choroby o ciężkim stopniu nasilenia (wynik w skali CDAI > 300) przy braku odpowiedzi na leczenie glikokortykosteroidami, lub lekami immunosupresyjnymi, lub innymi inhibitorami TNF-alfa, lub przy występowaniu przeciwwskazań lub objawów nietolerancji takiego leczenia.	10	Powinno trwać aż do momentu stwierdzenia braku odpowiedzi na leczenie. Ocena zasadności kontynuacji leczenia powinna być przeprowadzona co najmniej raz na 12 miesięcy w oparciu o wskaźnik CDAI.
UST		- Czynna postać choroby o ciężkim stopniu nasilenia (wynik w skali CDAI > 300) przy braku odpowiedzi na leczenie glikokortykosteroidami, lub lekami immunosupresyjnymi, lub innymi inhibitorami TNF-alfa, lub przy występowaniu przeciwwskazań lub objawów nietolerancji takiego leczenia; - Udokumentowany brak odpowiedzi na leczenie co najmniej jednym inhibitorem TNF-alfa lub występowanie przeciwwskazań lub objawów nietolerancji takiego leczenia.	8	

Źródło: Program Lekowy B.32⁴¹

Tabela 9. Główne kryteria kwalifikacji oraz czas trwania leczenia w ramach Programu Lekowego B.55.				
Program Lekowy B.55.	Główne kryteria kwalifikacji		Czas trwania terapii indukcyjnej [tyg]	Czas trwania leczenia podtrzymującego
	Wiek	Postać WZJG		
INF	≥ 6 r.ż.	• Ciężki lub umiarkowany stopień nasilenia (ocena > 6 punktów w skali Mayo u osób w wieku ≥ 18 r.ż. albo ocena ≥ 65 punktów w skali PUCAL u osób w wieku < 18 r.ż.); • Niedostateczna odpowiedź/nietolerancja/przeciwskazania/utrata odpowiedzi na standardowe leczenie, w tym na leczenie kortykosteroidami, 6-merkaptopuryną lub azatriopryną.	6	Powinno trwać do momentu stwierdzenia braku odpowiedzi na leczenie. Ocena zasadności kontynuacji leczenia powinna być przeprowadzona co najmniej raz na 12 miesięcy w oparciu o skalę Mayo lub PUCAL.
WED	≥ 18 r.ż.	• Ciężki lub umiarkowany stopień nasilenia (ocena > 6 punktów w skali Mayo u osób w wieku ≥ 18 r.ż.); • Niedostateczna odpowiedź/nietolerancja/przeciwskazania/utrata odpowiedzi na standardowe leczenie, w tym na leczenie kortykosteroidami, 6-merkaptopuryną lub azatriopryną.	6	Powinno trwać do momentu stwierdzenia braku odpowiedzi na leczenie. Ocena zasadności kontynuacji leczenia powinna być przeprowadzona do 14 tygodnia od rozpoczęcia terapii, a następnie co najmniej raz na 12 miesięcy w oparciu o skalę Mayo.
UST			8 (terapia indukcyjna w formie infuzji dożylniej)	Leczenie podtrzymujące ustekinumabem w postaci podskórnej może trwać aż do momentu stwierdzenia braku odpowiedzi na leczenie. Ocena zasadności kontynuacji leczenia powinna być przeprowadzona co najmniej raz na 12 miesięcy w oparciu o kliniczną skalę Mayo.
TOFA			8	Może trwać aż do momentu stwierdzenia braku odpowiedzi na leczenie. Ocena zasadności kontynuacji leczenia powinna być przeprowadzona co najmniej raz na 12 miesięcy w oparciu o kliniczną skalę Mayo.
OZA			10	Może trwać aż do momentu stwierdzenia braku odpowiedzi na leczenie. Ocena zasadności kontynuacji leczenia powinna być przeprowadzona co najmniej raz na 12 miesięcy w oparciu o kliniczną skalę Mayo.
FIL			10 (możliwość wydłużenia o 12 tyg.)	Może trwać aż do momentu stwierdzenia braku odpowiedzi na leczenie. Ocena zasadności kontynuacji leczenia powinna być przeprowadzana co najmniej raz na 12 miesięcy w oparciu o skalę Mayo

Źródło: Program Lekowy B.55⁴¹

9.4. Opracowane dane

Pozyskane dane, które wykorzystano w analizie umożliwiły na usystematyzowanie wiedzy w zakresie wydatków Zakładu Ubezpieczeń Społecznych oraz Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego w zależności od roku, populacji oraz województwa. Pozwoliły również na ustalenie pewnych zależności pomiędzy danymi z zakresu niezdolności do pracy a stopniem dostępności leczenia. Komplet opracowanych agregacji danych i wyników przedstawiono tabelarycznie.

Tabela 10. Opracowane dane ze źródłami	
Źródło	Dane
ZUS	• Wydatki dla całej populacji Polski, osób pracujących oraz osób w wieku produkcyjnym dla wszystkich grup chorobowych A00-Z99, z podziałem na płeć w latach 2012- 2021 • Wydatki na jednego chorego ChLC i WZJG, pracującego oraz w wieku produkcyjnym, z podziałem na płeć w latach 2012-2021 • Wydatki na jednego chorego, pracującego oraz w wieku produkcyjnym ChLC i WZJG, z podziałem na województwa w 2021 roku • Wydatki na absencje chorobowe oraz renty z tytułu niezdolności do pracy w przeliczeniu na jednego chorego, pracującego oraz w wieku produkcyjnym ogólnej populacji, z podziałem na województwa w 2021 roku • Wydatki na absencje chorobowe oraz renty z tytułu niezdolności do pracy w przeliczeniu na jednego chorego, pracującego oraz w wieku produkcyjnym ChLC i WZJG, z podziałem na województwa w 2021 roku • Udział wydatków województw w skali kraju w 2021 roku • Prognoza wydatków ZUS na wszystkie choroby A00 – Z99, ChLC i WZJG • Prognoza wydatków ZUS na wszystkie choroby A00 – Z99, ChLC i WZJG w przeliczeniu na jedną osobę • Procentowy udział każdej z kategorii w wydatkach na wszystkie grupy chorobowe A00-Z99 w latach 2012-2021 • Procentowy udział każdej z kategorii w wydatkach na chorego ChLC i WZJG w latach 2012-2021
KRUS	• Procentowy udział każdej z kategorii w wydatkach na wszystkie grupy chorobowe A00-Z99 w latach 2018-2021 • Procentowy udział każdej z kategorii w wydatkach na chorego ChLC i WZJG w latach 2018-2021
NFZ BASIW	• Liczba chorych w Programach Lekowych dla województw Polski w 2021 roku • Liczba zwolnień oraz dni absencji na chorego w wieku 20-39 lat, z podziałem na płeć (2021 rok) • Prognoza liczby chorych oraz chorych leczonych w Programach Lekowych B.32 oraz B.55
Sprawozdania kwartalne NFZ	• Wydatki NFZ na jednego chorego leczonego w Programach Lekowych B.32 i B.55 w latach 2016-2021
Kucha 2022, Sprawozdania kwartalne NFZ	• Procentowy udział chorych leczących się w Programach Lekowych w zależności od województwa Polski dla 2021 roku

Źródło: Opracowanie własne

9.5. Dodatkowe opracowania wydatków ZUS

W głównej części opracowania skupiono się na ogólnej populacji chorych. Niniejsze podrozdziały prezentują dodatkowo wyniki dla chorych w wieku produkcyjnym oraz na osobę pracującą. Dodatkowo zaprezentowano szczegółowe udziały poszczególnych kategorii w wydatkach na przestrzeni lat dla wydatków na wszystkie grupy chorobowe, ChLC i WZJG.

9.5.1. Udziały wydatków ZUS dla lat 2012 – 2021

Jeżeli spojrzymy na wartości historyczne w latach 2012 – 2021, można potwierdzić poprzednie obserwacje. Wydatki na renty z tytułu, niezdolności do pracy oraz absencje, odpowiadają za ponad 85% wydatków na wszystkie choroby z grup A00 - Z99 (Rysunek 39a). Od 2015 roku wydatki z tytułu absencji chorobowej zaczęły przewyższać wydatki na renty z tytułu niezdolności do pracy (w 2021 roku 55% vs 31% w 2015 roku). Udziały pozostałych kategorii utrzymują się na względnie stałym poziomie w czasie.

W przypadku wydatków na grupę chorobową K50, czyli ChLC (Rysunek 39b), wydatki na rent z tytułu niezdolności do pracy oraz absencje odpowiadają za ok. 75% wszystkich wydatków. Od 2018 roku wydatki z tytułu absencji chorobowej zaczęły zrównywać się z udziałem wydatków rent z tytułu niezdolności do pracy (w 2021 roku 37%). W 2015 roku udział rent socjalnych wzrósł o ok. 6 pkt procentowych we wszystkich wydatkach (wzrost o 50% względem roku poprzedniego).

W przypadku wydatków tylko na grupę chorobową K51 czyli WZJG (Rysunek 39c), wydatki

na rent z tytułu niezdolności do pracy oraz absencje odpowiadają za ponad 85% wszystkich wydatków. Od 2017 absencja chorobowa zaczęła przewyższać udział rent z tytułu niezdolności do pracy (w 2020 roku 53% vs 33%). W 2020 wartości te zaczęły znowu się do siebie „zbliżać” (w 2021 roku 49% vs 39%). Udziały pozostałych kategorii utrzymują się na względnie stałym poziomie w czasie.

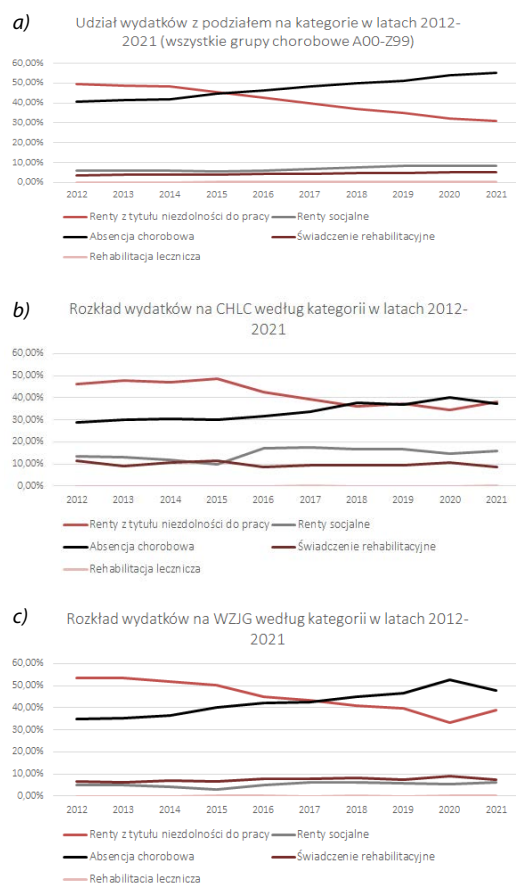
9.5.2. Średnioroczne wydatki w przeliczeniu na jedną osobę w wieku produkcyjnym

Wydatki ZUS na wszystkie jednostki chorobowe (Rysunek 40a) w przeliczeniu jednego mieszkańca w wieku produkcyjnym stale rosną w czasie. Aby zachować parytet siły nabywczej pieniądza w całym analizowanym okresie, przeskalowano wydatki wg stopy inflacji w odniesieniu do 2021 roku. W 2012 roku wydatek wynosił ok. 1400 zł na mieszkańca Polski (dla porównania wartość rzeczywista przed skalowaniem wynosiła około 1600 zł), a w 2021 ok. 2000 zł na mieszkańca Polski. Do roku 2016 przeciętne wydatki na mężczyznę były wyższe niż na kobietę w wieku produkcyjnym, w roku 2017 sytuacja uległa zmianie (wydatki na kobietę są o ok. 200 zł wyższe niż na mężczyznę).

Średnioroczne wydatki ZUS na 1 chorego ChLC (Rysunek 40b) w wieku produkcyjnym spadały w okresie od 2012 do 2016 roku, następnie nastąpiła ich stabilizacja do 2019 roku, wydatków, a od 2020 roku znowu spada. W 2012 wydatek wynosił ok. 2450 zł na osobę chorą (wartość przed skalowaniem 2100 zł), a w 2021 ok. 1700 zł na osobę chorą. W grupie chorych w wieku produkcyjnym przeciętnie wydatki ZUS na jedną kobietę i mężczyznę są bardzo zbliżone.

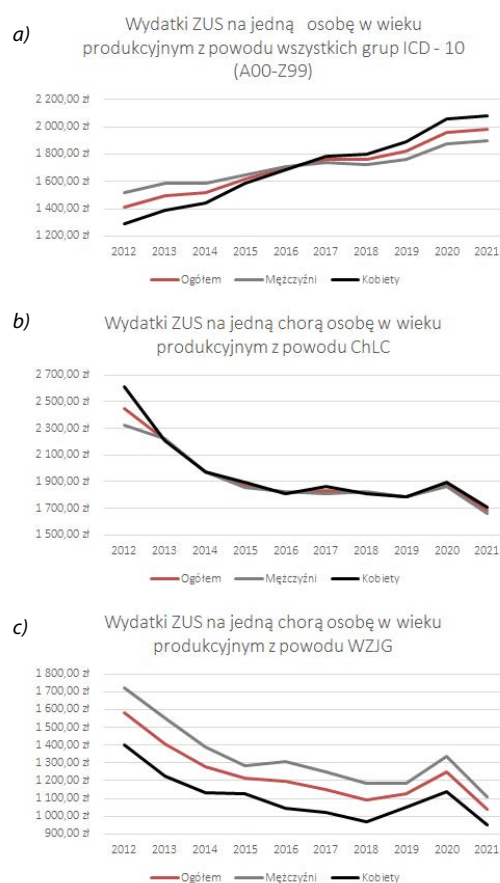
Średnioroczne wydatki ZUS na 1 chorego WZJG (Rysunek 40c) w wieku produkcyjnym

Rysunek 39. Rozkład wydatków ZUS według kategorii



Źródło: Opracowanie własne w oparciu o dane ZUS⁴

Rysunek 40. Wydatki ZUS w przeliczeniu na jedną osobę w wieku produkcyjnym



Źródło: Opracowanie własne w oparciu o dane ZUS⁴

spadały do 2018 roku, następnie rosły przez 2 lata, a od 2020 roku znowu spadają. W 2012 wydatek wynosił ok. 1550 zł na osobę chorą (wartość przed skalowaniem 1400 zł), a w 2021 ok. 1050 zł na osobę chorą. W grupie chorych w wieku produkcyjnym przeciętnie wydatki ZUS na jedną kobietę są niższe o ponad 100 zł.

Dodatkowo należy uwzględnić także wydatki KRUS na osobę. W przypadku wszystkich grup ICD – 10, w 2021 roku wynosi to dodatkowo ok. 65 zł/osobę, w przypadku ChLC ok. 90 zł/ chorego, a w przypadku WZJG ok. 60 zł/ chorego.

Oznacza to, że łączny koszt ZUS w 2021 roku przypadku wszystkich grup ICD – 10, w 2021 roku wynosi ok. 2050 zł/osobę, w przypadku ChLC dodatkowo powiększony o ok. 1770 zł/ chorego, a w przypadku WZJG dodatkowo powiększony o ok. 1100 zł/ chorego.

9.5.3. Średnioroczne wydatki w przeliczeniu na jedną osobę pracującą

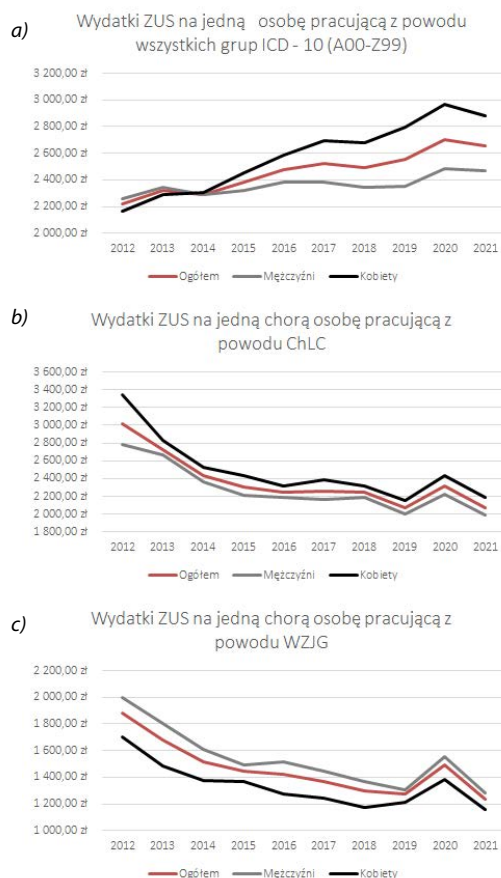
Wydatki ZUS na wszystkie jednostki chorobowe (Rysunek 41a) na 1 pracującego mieszkańca stale rosną w czasie poza pojedynczymi okresami stabilizacji w latach 2013/2014, 2017/2018 i 2020/2021. W 2012 r. roczny wydatek wynosił ok. 2200 zł/ na mieszkańca Polski (wartości rzeczywiste - 2000 zł), a w 2021 ok. 2600 zł/ na mieszkańca Polski. Zgodnie z oczekiwaniami wydatki w przeliczeniu na jedną osobę pracującą są wyższe niż w przypadku wydatków na osobę [rozdział 4.2]. W przeciwieństwie do wydatków na osobę, w przypadku wydatków na osobę pracującą przeciętny wydatek ZUS jest wyższy w przeliczeniu na kobietę. Do roku 2014, na jednego mężczyznę pracującego, ZUS przeciętnie przeznaczał wyższe nakłady pieniężne niż na jedną kobietę, od 2015 roku sytuacja uległa zmianie.

Wydatki ZUS na 1 pracującego chorego ChLC (Rysunek 41b) spadały do 2019 roku, potem w okresie pandemii w 2020 roku nastąpił ich wzrost, a w 2021 powrócił trend spadkowy. W 2012 r. wydatki ZUS wynosiły ok. 3000 zł na osobę chorą pracującą (wartości rzeczywiste - 2600 zł), a w 2021 ok. 2100 zł na osobę chorą pracującą. Przeciętnie wydatki ZUS na jedną kobietę pracującą z ChLC są nieznacznie wyższe niż na jednego mężczyznę.

Wydatki ZUS na 1 pracującego chorego WZJG (Rysunek 41c) spadały do 2019 roku, a w 2020 nastąpiła nagła zmiana ceny. W 2012 wydatek wynosił ok. 1900 zł na osobę chorą (wartości rzeczywiste - 1600 zł), a w 2021 ok. 1250 zł na osobę chorą. Przeciętnie wydatki ZUS na jedną kobietę pracującą z WZJG są bardzo zbliżone do wydatków na jednego pracującego mężczyznę.

Dodatkowo należy uwzględnić także wydatki KRUS na osobę. W przypadku wszystkich grup ICD – 10, w 2021 roku wynosi to dodatkowo ok. 90 zł/osobę, w przypadku ChLC ok. 105 zł/ chorego, a w przypadku WZJG ok. 70 zł/ chorego.

Rysunek 41. Wydatki ZUS w przeliczeniu na jedną osobę pracującą



Źródło: Opracowanie własne w oparciu o dane ZUS⁴

Oznacza to, że łączny koszt ZUS i KRUS w 2021 roku przypadku wszystkich grup ICD – 10, w 2021 roku wynosi ok. 2750 zł/osobę, w przypadku ChLC ok. 2200 zł/ chorego, a w przypadku WZJG ok. 1300 zł/ chorego.

9.5.4. Średnioroczne wydatki na renty z tytułu niezdolności do pracy oraz absencji chorobowe w przeliczeniu na jedną osobę w wieku produkcyjnym

W przypadku populacji osób w wieku produkcyjnym (Rysunek 42a), koszt rent na jednego mieszkańca Polski wynosił w 2012 roku ok. 700 zł (po skalowaniu [Rozdział 9.8]), a w 2021 roku ok. 670 zł. Wydatek na absencje wynosił w 2012 roku ok. 600 zł, a w 2021 roku ok. 1100 zł. Po 2015 roku koszt absencji zaczął przewyższać koszt rent z tytułu niezdolności do pracy.

W przypadku wydatków tylko na grupę chorobową K50, czyli ChLC (Rysunek 42b), wydatek na renty w przeliczeniu na jednego chorego wynosił w 2012 roku ok. 1100 zł (po skalowaniu), a w 2021 roku ok. 650 zł. Wydatek na absencje wynosił w 2012 roku ok. 700 zł, a w 2021 roku ok. 650 zł. Po 2018 roku koszt absencji zaczął przewyższać koszt rent z tytułu niezdolności do pracy, a od 2021 ponownie spadł poniżej kosztów rent.

W przypadku wydatków tylko na grupę chorobową K51, czyli WZJG (Rysunek 42c), wydatek na renty w przeliczeniu na jednego chorego wynosił w 2012 roku ok. 850 zł, a w 2021 roku ok. 400 zł. Wydatek na absencje chorobowe wynosił w 2012 roku ok. 550 zł, a w 2021 roku ok. 500 zł. Po 2017 roku koszt absencji zaczął przewyższać koszt rent z tytułu niezdolności do pracy, a od 2020 zaczął się „zbliżać” się do kosztów rent.

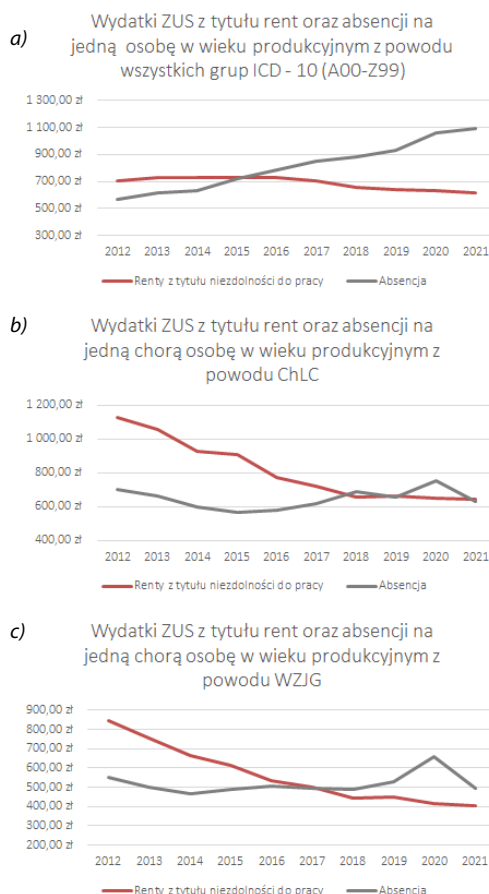
Dodatkowo należy uwzględnić także wydatki KRUS na osobę. W przypadku wszystkich grup ICD – 10 dla rent z tytułu niezdolności do pracy, w 2021 roku wynosi to dodatkowo ok. 80 zł/osobę, w przypadku ChLC ok. 50 zł/ chorego, a w przypadku WZJG ok. 55 zł/ chorego.

Oznacza to, że łączny koszt ZUS i KRUS w 2021 roku przypadku wszystkich grup ICD – 10, w 2021 roku wynosi ok. 670 zł/osobę, w przypadku ChLC jest powiększony dodatkowo o ok. 720 zł/ chorego, a w przypadku WZJG jest powiększone o ok. 460 zł/ chorego.

W przypadku wszystkich grup ICD – 10 dla absencji chorobowej, w 2021 roku wynosi to dodatkowo ok. 5 zł/osobę, w przypadku ChLC ok. 5 zł/ chorego, a w przypadku WZJG ok. 10 zł/ chorego.

Oznacza to, że łączny koszt ZUS i KRUS w 2021 roku przypadku wszystkich grup ICD – 10, w 2021 roku wynosi ok. 1110 zł/osobę, w przypadku ChLC dodatkowo jest powiększony ok. 630 zł/ chorego, a w przypadku WZJG o ok. 500 zł/ chorego.

Rysunek 42. Wydatek rent i absencji ZUS na jedną osobę w wieku produkcyjnym



Źródło: Opracowanie własne w oparciu o dane ZUS⁴

9.5.5. Średnioroczne wydatki na renty z tytułu niezdolności do pracy oraz absencje chorobowe w przeliczeniu na jedną osobę pracującą

W przypadku populacji osób pracujących (Rysunek 43a), wydatki na renty na 1 mieszkańca Polski wynosiły w 2012 roku ok. 1100 zł, a w 2021 roku ok. 900 zł. Wydatek na absencje wynosił w 2012 roku ok. 900 zł, a w 2021 roku ok. 1500 zł. Po 2015 roku koszt absencji zaczął przewyższać koszt rent z tytułu niezdolności do pracy.

W przypadku wydatków tylko na grupę chorobową K50, czyli ChLC (Rysunek 43b), koszt rent na jednego chorego wynosił w 2012 roku ok. 1400 zł, a w 2021 roku ok. 800 zł. Wydatek na absencje wynosił w 2012 roku ok. 900 zł, a w 2021 roku ok. 800 zł. Po 2018 roku koszt absencji zaczął przewyższać koszt rent z tytułu niezdolności do pracy, a od 2021 wyrównał się do poziomu rent.

W przypadku wydatków tylko na grupę chorobową K51, czyli WZJG (Rysunek 43c), wydatek na renty w przeliczeniu na jednego wynosił w 2012 roku ok. 1000 zł, a w 2021 roku ok. 500 zł. Wydatek na absencje wynosił w 2012 roku ok. 650 zł, a w 2021 roku ok. 600 zł. Po 2017 roku koszt absencji zaczął przewyższać koszt rent z tytułu niezdolności do pracy, a od 2020 zaczął znowu się wyrównywać.

Dodatkowo należy uwzględnić także wydatki KRUS na osobę. W przypadku wszystkich grup ICD – 10 dla rent z tytułu niezdolności do pracy, w 2021 roku wynosi to dodatkowo ok. 70 zł/osobę, w przypadku ChLC ok. 100 zł/ chorego, a w przypadku WZJG ok. 65 zł/ chorego.

Oznacza to, że łączny koszt ZUS i KRUS w 2021 roku przypadku wszystkich grup ICD – 10, w 2021 roku wynosi ok. 900 zł/osobę, w przypadku ChLC ok. 890 zł/ chorego, a w przypadku WZJG ok. 540 zł/ chorego.

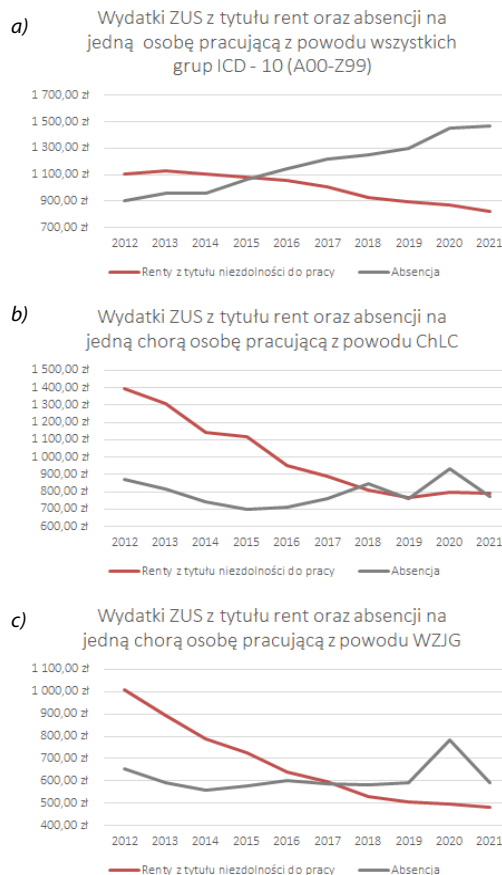
W przypadku wszystkich grup ICD – 10 dla absencji chorobowej, w 2021 roku wynosi to dodatkowo ok. 15 zł/osobę, w przypadku ChLC ok. 6 zł/ chorego, a w przypadku WZJG ok. 6 zł/ chorego.

Oznacza to, że łączny koszt ZUS i KRUS w 2021 roku przypadku wszystkich grup ICD – 10, w 2021 roku wynosi ok. 1480 zł/osobę, w przypadku ChLC ok. 780 zł/ chorego, a w przypadku WZJG ok. 600 zł/ chorego.

9.6. Wydatki KRUS

W ramach analizy uzupełniającej, wykonano przegląd danych wydatków otrzymanych z Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego dla okresu 2018 – 2021.

Rysunek 43. Wydatek ZUS z powodu rent i absencji na jedną pracującą osobę



Źródło: Opracowanie własne w oparciu o dane ZUS⁴

9.6.1. Kategorie wydatków Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego

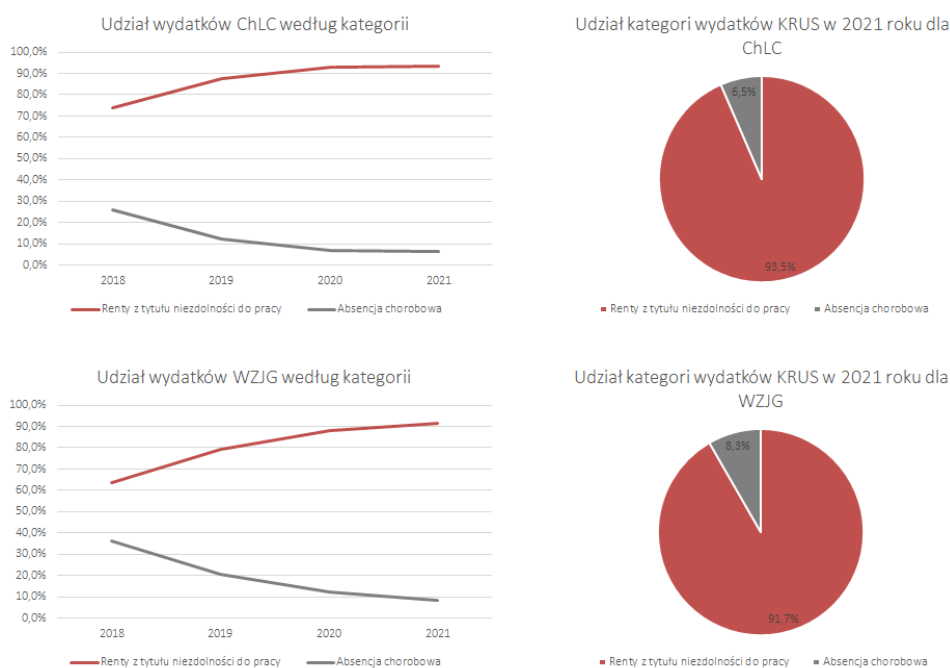
Otrzymane dane z Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego obejmują dwie kategorie wydatków [rozdział 2.2]:

- Renty z tytułu niezdolności do pracy
- Absencje chorobowe

Dane odnośnie wydatków analizowano w dwóch kategoriach, w zależności od rozpoznania ChLC lub WZJG. Uwzględniono dane dla okresu 2018 - 2021 oraz dla samego roku 2021, co pozwoliło na porównanie aktualnej sytuacji z wynikami historycznymi i wyciągnięcie wniosków w zakresie kierunków zmian.

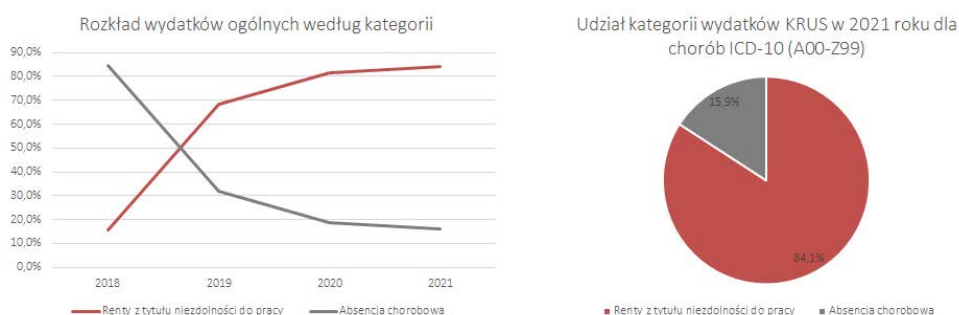
Dane otrzymane z KRUS (Rysunek 44) różnią się istotnie od danych otrzymanych z ZUS. Pierwszą różnicą, którą można zauważyć to okres danych. Dane otrzymane z KRUS są dla okresu 2017 – 2021, przy czym na wykresach nie ujęto 2017 roku ze względu na brak danych wydatków na inne wydatki niż na absencje chorobowe (jest ona jedyną kategorią), podczas gdy okres danych z ZUS obejmuje lata 2012 – 2021.

Rysunek 44. Udział kategorii wydatków dla chorób NChZJ w wydatkach KRUS



Źródło: Opracowanie własne w oparciu o dane KRUS⁵

Rysunek 45. Udział kategorii wydatków dla chorób ICD – 10 w wydatkach KRUS



Źródło: Opracowanie własne w oparciu o dane KRUS⁵

Drugą istotną różnicą jest udział każdej z kategorii. Widać wyraźną dominację transferów na renty z tytułu niezdolności do pracy nad absencją chorobową (ponad dziesięciokrotnie większe wydatki z tytułu rent).

Na wykresie liniowym (Rysunek 45) można zauważyć moment przecięcia udziału rent oraz absencji na korzyść rent. Na wykresie kołowym obok widać, że wydatki na renty z tytułu niezdolności do pracy, w całym okresie, są ponad pięciokrotnie większe niż wydatki na absencje chorobowe.

Warto przypomnieć, że część wydatków społecznych z tytułu niezdolności do pracy finansowanych przez KRUS w 2021 roku stanowi jedynie 3,2% łącznych wydatków ZUS i KRUS. W przypadku ChLC i WZJG jest to ok. 5%. Oznacza to, że brak uwzględnienia tych danych nie ma dużego wpływu na tendencje pokazywane na wykresach i nie jest konieczny dla formułowania prawidłowych konkluzji. Wartości te zostały zsumowane na koniec każdego podrozdziału dla 2021 roku, celem zobrazowania pełnego obciążenia systemu świadczeń społecznych.

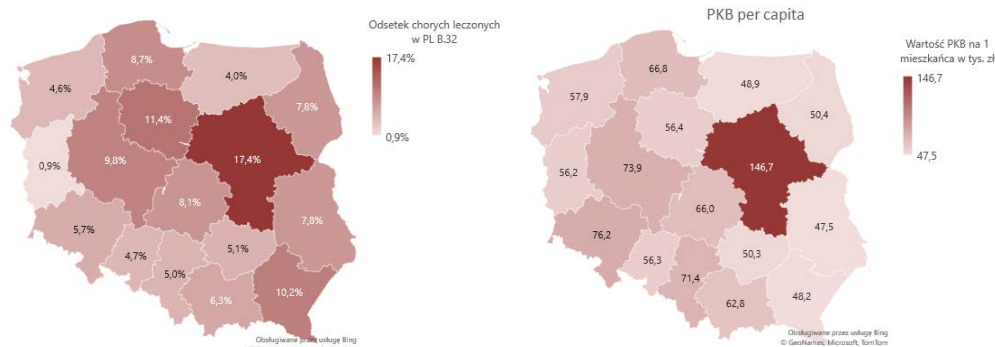
9.7. Dodatkowe zależności

W ramach analizy uzupełniającej, porównano różne dane z podziałem na województwa. Porównano procent oraz liczbę leczonych chorych oraz PKB na osobę.

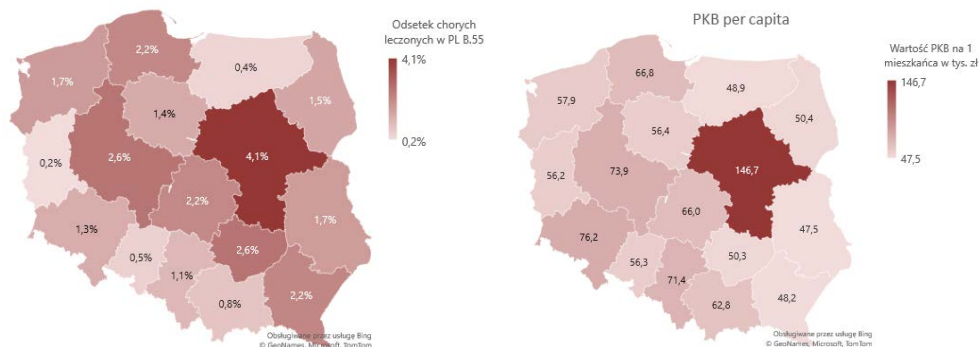
9.7.1. Wartość PKB na osobę dla województw, a odsetek leczonych w Programach Lekowych B.32 i B.55

Rysunek 46.

Odsetek chorych leczonych w PL B.32, a wartości PKB per capita w województwie



Odsetek chorych leczonych w PL B.55, a wartości PKB per capita w województwie



Źródło: Opracowanie własne w oparciu o dane ZUS⁴, GUS⁶⁸ i Kucha 2022⁸

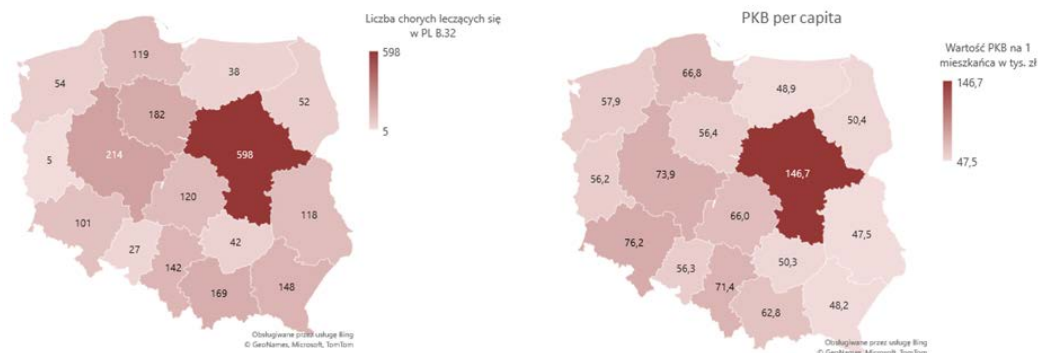
Jeżeli bierzemy pod uwagę tylko dwie zmienne z map powyżej (Rysunek 46), widzimy, że im większa jest wartość PKB na osobę w danym województwie, tym wyższy jest odsetek chorych leczonych w Programie Lekowym (korelacja tych dwóch zmiennych wynosi 0,61).

Podobne zależności można zaobserwować w przypadku WZJG (korelacja 0,77).

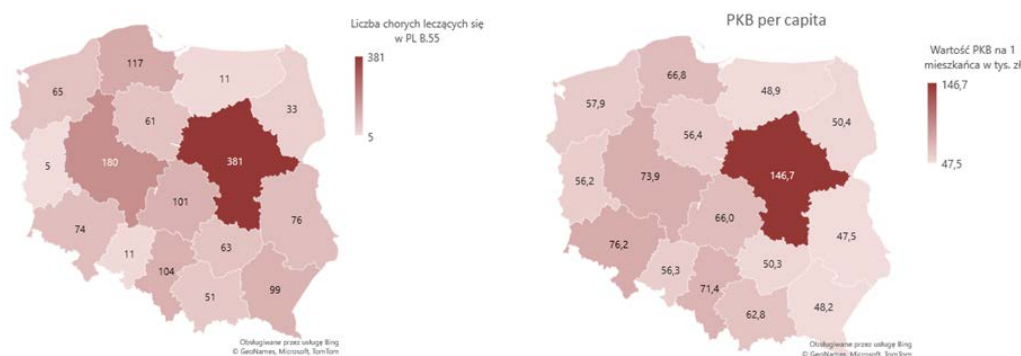
9.7.2. Wartość PKB na osobę dla województw, a liczba chorych leczonych w Programach Lekowych B.32 i B.55

Rysunek 47.

Zależność pomiędzy liczbą chorych leczonych w PL B.32, a wartością PKB per capita



Zależność pomiędzy liczbą chorych leczonych w PL B.55, a wartością PKB per capita



Źródło: Opracowanie własne w oparciu o dane ZUS⁴, GUS⁶⁸ i Kucha 2022⁸

Jeżeli uwzględnić tylko dwie zmienne z map powyżej (Rysunek 47), widzimy, że im większa jest wartość PKB na osobę w danym województwie, tym więcej chorych leczy się w Programie Lekowym (korelacja 0,92)

Podobne zależności można zaobserwować w przypadku WZJG (korelacja 0,92).

9.8. Tabele wydatków dla Choroby Leśniowskiego – Crohna w 2021 roku

W tabelach pokazano sumę wydatków, które w 2021 roku poniósł Zakład Ubezpieczeń Społecznych i Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego z tytułu niezdolności do pracy chorych na ChLC.

9.8.1 Wydatki ZUS i KRUS związane z chorobą Leśniowskiego – Crohna w 2021 roku

Tabela 11. Wydatki ZUS i KRUS związane z chorobą Leśniowskiego – Crohna w 2021 roku						
ZUS + KRUS (tys. zł)	Wydatki na ChLC	Renty z tytułu niezdolności do pracy	Renty socjalne	Absencja chorobowa	Świadczenie rehabilitacyjne	Rehabilitacja lecznicza
Dolnośląskie	2 693,31 zł	931,31 zł	320,20 zł	1 067,00 zł	374,80 zł	0
Kujawsko-Pomorskie	2 377,80 zł	1 029,25 zł	285,90 zł	722,95 zł	339,70 zł	0
Lubelskie	2 176,58 zł	1 020,06 zł	447,50 zł	662,12 zł	46,90 zł	0
Lubuskie	993,06 zł	479,14 zł	158,00 zł	285,62 zł	70,30 zł	0
Łódzkie	2 128,19 zł	669,16 zł	281,30 zł	966,83 zł	210,90 zł	0
Małopolskie	3 552,73 zł	1 710,62 zł	319,50 zł	1 145,61 zł	374,90 zł	2,1
Mazowieckie	4 608,19 zł	1 879,40 zł	922,20 zł	1 630,89 zł	175,70 zł	0
Opolskie	570,44 zł	139,27 zł	48,50 zł	277,27 zł	105,40 zł	0
Podkarpackie	1 767,71 zł	664,64 zł	214,90 zł	770,97 zł	117,20 zł	0
Podlaskie	731,71 zł	431,99 zł	110,60 zł	177,42 zł	11,70 zł	0
Pomorskie	1 148,04 zł	267,38 zł	124,30 zł	580,66 zł	175,70 zł	0
Śląskie	4 099,08 zł	1 682,88 zł	822,30 zł	1 324,50 zł	269,40 zł	0
Świętokrzyskie	1 105,72 zł	412,57 zł	140,50 zł	400,35 zł	152,30 zł	0
Warmińsko-Mazurskie	1 054,72 zł	527,48 zł	106,60 zł	350,34 zł	70,30 zł	0
Wielkopolskie	3 401,81 zł	1 380,07 zł	574,70 zł	1 236,14 zł	210,90 zł	0
Zachodniopomorskie	1 415,48 zł	541,61 zł	254,20 zł	514,27 zł	105,40 zł	0

Źródło: Opracowanie własne w oparciu o dane ZUS⁴ i KRUS⁵

9.8.2. Wydatki ZUS i KRUS na jednego chorego z chorobą Leśniowskiego – Crohna w 2021 roku

Tabela 12. Wydatki ZUS i KRUS na jednego chorego z chorobą Leśniowskiego – Crohna w 2021 roku			
ZUS + KRUS na jednego chorego ChLC	Wydatki ZUS + KRUS na ChLC	liczba chorych (skumulowana)	Średnioroczny wydatek ZUS + KRUS na 1 chorego ChLC
Dolnośląskie	2 693 313,00 zł	1 787	1 507,17 zł
Kujawsko-Pomorskie	2 377 802,00 zł	1 603	1 483,34 zł
Lubelskie	2 176 581,00 zł	1 506	1 445,27 zł
Lubuskie	993 060,00 zł	577	1 721,07 zł
Łódzkie	2 128 190,00 zł	1 488	1 430,24 zł
Małopolskie	3 552 727,00 zł	2 694	1 318,76 zł
Mazowieckie	4 608 190,00 zł	3 440	1 339,59 zł
Opolskie	570 435,00 zł	578	986,91 zł
Podkarpackie	1 767 708,00 zł	1 444	1 224,17 zł
Podlaskie	731 707,00 zł	669	1 093,73 zł
Pomorskie	1 148 036,00 zł	1 372	836,76 zł
Śląskie	4 099 083,00 zł	2 867	1 429,75 zł
Świętokrzyskie	1 105 723,00 zł	813	1 360,05 zł
Warmińsko-Mazurskie	1 054 724,00 zł	939	1 123,24 zł
Wielkopolskie	3 401 806,00 zł	2 180	1 560,46 zł
Zachodniopomorskie	1 415 476,00 zł	1 189	1 190,48 zł

Źródło: Opracowanie własne w oparciu o dane ZUS⁴ i KRUS⁵

Wartości poniżej zostały przeskalowane przez parametr skumulowanej inflacji względem roku 2021 [rozdział 9.11].

Tabela 13. Przeskalowane wydatki ZUS i KRUS na jednego chorego z chorobą Leśniowskiego – Crohna w 2021 roku					
Województwo	Wydatki ZUS + KRUS na ChLC	liczba chorych (skumulowana)	Średnioroczny wydatek ZUS + KRUS na 1 chorego ChLC	Odsetek leczonych B32	Grupa*
Dolnośląskie	2 592 074,98 zł	1 787	1 450,52 zł	5,7%	WM
Kujawsko-Pomorskie	2 668 717,80 zł	1 603	1 664,83 zł	11,4%	WW
Lubelskie	2 431 370,06 zł	1 506	1 614,46 zł	7,8%	WM
Lubuskie	1 120 038,57 zł	577	1 941,14 zł	0,9%	WM
Łódzkie	2 262 636,87 zł	1 488	1 520,59 zł	8,1%	WM
Małopolskie	3 546 270,16 zł	2 694	1 316,36 zł	6,3%	MM
Mazowieckie	3 874 314,84 zł	3 440	1 126,25 zł	17,4%	MW
Opolskie	619 889,02 zł	578	1 072,47 zł	4,7%	MM
Podkarpackie	2 018 031,70 zł	1 444	1 397,53 zł	10,2%	MW
Podlaskie	803 916,41 zł	669	1 201,67 zł	7,8%	MM
Pomorskie	1 156 242,47 zł	1 372	842,74 zł	8,7%	MW
Śląskie	4 136 838,53 zł	2 867	1 442,92 zł	5,0%	WM
Świętokrzyskie	1 255 117,17 zł	813	1 543,81 zł	5,2%	WM
Warmińsko-Mazurskie	1 222 628,61 zł	939	1 302,05 zł	4,0%	MM
Wielkopolskie	3 730 315,80 zł	2 180	1 711,15 zł	9,8%	WW
Zachodniopomorskie	1 540 648,06 zł	1 189	1 295,75 zł	4,5%	MM
Średnia ważona			1 431,66 zł	8,5%	

Źródło: Opracowanie własne w oparciu o dane ZUS⁴ i KRUS⁵

*WM – Większe wydatki, Mniejszy odsetek leczonych; WW – Większe wydatki, Większy odsetek leczonych; MW – Mniejsze wydatki, Większy odsetek leczonych; MM – Mniejsze wydatki, Mniejszy odsetek leczonych

9.8.3. Wydatki ZUS i KRUS na jednego pracującego chorego z chorobą Leśniowskiego – Crohna w 2021 roku

Tabela 14. Wydatki ZUS i KRUS na jednego pracującego chorego z chorobą Leśniowskiego – Crohna w 2021 roku			
Województwo	Wydatki ZUS + KRUS na ChLC	liczba chorych (skumulowana)	Średnioroczny wydatek ZUS + KRUS na 1 pracującego chorego ChLC
Dolnośląskie	2 693 313,00 zł	1 102	2 444,63 zł
Kujawsko-Pomorskie	2 377 802,00 zł	988	2 405,99 zł
Lubelskie	2 176 581,00 zł	928	2 344,23 zł
Lubuskie	993 060,00 zł	356	2 791,58 zł
Łódzkie	2 128 190,00 zł	917	2 319,84 zł
Małopolskie	3 552 727,00 zł	1 661	2 139,02 zł
Mazowieckie	4 608 190,00 zł	2 121	2 172,82 zł
Opolskie	570 435,00 zł	356	1 600,77 zł
Podkarpackie	1 767 708,00 zł	890	1 985,61 zł
Podlaskie	731 707,00 zł	412	1 774,03 zł
Pomorskie	1 148 036,00 zł	846	1 357,23 zł
Śląskie	4 099 083,00 zł	1 768	2 319,05 zł
Świętokrzyskie	1 105 723,00 zł	501	2 206,01 zł
Warmińsko-Mazurskie	1 054 724,00 zł	579	1 821,90 zł
Wielkopolskie	3 401 806,00 zł	1 344	2 531,07 zł
Zachodniopomorskie	1 415 476,00 zł	733	1 930,95 zł

Źródło: Opracowanie własne w oparciu o dane ZUS⁴ i KRUS⁵

*Odsetek zaczerpnięty z populacji [Załącznik – wskaźnik osób pracujących

Wartości poniżej zostały przeskalowane przez parametr skumulowanej inflacji względem roku 2021 [rozdział 9.11].

Tabela 15. Przeskalowane wydatki ZUS i KRUS na jednego pracującego chorego z chorobą Leśniowskiego – Crohna w 2021 roku					
Województwo	Wydatki ZUS + KRUS na ChLC (PLN)	liczba pracujących* chorych (skumulowana)	Średnioroczny wydatek ZUS + KRUS na 1 pracującego chorego ChLC	Odsetek leczonych B32	Grupa**
Dolnośląskie	2 592 074,98 zł	1 102	2 352,74 zł	5,7%	WM
Kujawsko-Pomorskie	2 668 717,80 zł	988	2 700,35 zł	11,4%	WW
Lubelskie	2 431 370,06 zł	928	2 618,65 zł	7,8%	WM
Lubuskie	1 120 038,57 zł	356	3 148,53 zł	0,9%	WM
Łódzkie	2 262 636,87 zł	917	2 466,40 zł	8,1%	WM
Małopolskie	3 546 270,16 zł	1 661	2 135,13 zł	6,3%	MM
Mazowieckie	3 874 314,84 zł	2 121	1 826,78 zł	17,4%	MW
Opolskie	619 889,02 zł	356	1 739,55 zł	4,7%	MM
Podkarpackie	2 018 031,70 zł	890	2 266,79 zł	10,2%	MW
Podlaskie	803 916,41 zł	412	1 949,11 zł	7,8%	MM
Pomorskie	1 156 242,47 zł	846	1 366,93 zł	8,7%	MW
Śląskie	4 136 838,53 zł	1 768	2 340,41 zł	5,0%	WM
Świętokrzyskie	1 255 117,17 zł	501	2 504,06 zł	5,2%	WM
Warmińsko-Mazurskie	1 222 628,61 zł	579	2 111,93 zł	4,0%	MM
Wielkopolskie	3 730 315,80 zł	1 344	2 775,49 zł	9,8%	WW
Zachodniopomorskie	1 540 648,06 zł	733	2 101,71 zł	4,5%	MM
Średnia ważona			2 322,15 zł	8,5%	

Źródło: Opracowanie własne w oparciu o dane ZUS⁴ i KRUS⁵

*Odsetek zaczerpnięty z populacji [Załącznik – wskaźnik osób pracujących]

**WM – Większe wydatki, Mniejszy odsetek leczonych; WW – Większe wydatki, Większy odsetek leczonych; MW – Mniejsze wydatki, Większy odsetek leczonych; MM - Mniejsze wydatki, Mniejszy odsetek leczonych

9.8.4. Wydatki ZUS i KRUS na jednego chorego z chorobą Leśniowskiego – Crohna w wieku produkcyjnym w 2021 roku

Tabela 16. Wydatki ZUS i KRUS na jednego pracującego chorego z chorobą Leśniowskiego – Crohna w wieku produkcyjnym w 2021 roku			
Województwo	Wydatki ZUS + KRUS na ChLC	liczba chorych w wieku produkcyjnym* (skumulowana)	Średnioroczny wydatek ZUS + KRUS na 1 chorego ChLC
Dolnośląskie	2 693 313,00 zł	1 359	1 982,32 zł
Kujawsko-Pomorskie	2 377 802,00 zł	1 219	1 950,98 zł
Lubelskie	2 176 581,00 zł	1 145	1 900,91 zł
Lubuskie	993 060,00 zł	439	2 263,66 zł
Łódzkie	2 128 190,00 zł	1 131	1 881,13 zł
Małopolskie	3 552 727,00 zł	2 048	1 734,50 zł
Mazowieckie	4 608 190,00 zł	2 615	1 761,91 zł
Opolskie	570 435,00 zł	439	1 298,04 zł
Podkarpackie	1 767 708,00 zł	1 098	1 610,11 zł
Podlaskie	731 707,00 zł	509	1 438,54 zł
Pomorskie	1 148 036,00 zł	1 043	1 100,56 zł
Śląskie	4 099 083,00 zł	2 180	1 880,49 zł
Świętokrzyskie	1 105 723,00 zł	618	1 788,82 zł
Warmińsko-Mazurskie	1 054 724,00 zł	714	1 477,35 zł
Wielkopolskie	3 401 806,00 zł	1 657	2 052,41 zł
Zachodniopomorskie	1 415 476,00 zł	904	1 565,78 zł

Źródło: Opracowanie własne w oparciu o dane ZUS⁴ i KRUS⁵

*Odsetek zaczerpnięty z populacji [Załącznik – wskaźnik osób w wieku produkcyjnym]

Wartości poniżej zostały przeskalowane przez parametr skumulowanej inflacji względem roku 2021 [rozdział 9.11].

Tabela 17. Przeskalowane wydatki ZUS i KRUS na jednego pracującego chorego z chorobą Leśniowskiego – Crohna w wieku produkcyjnym w 2021 roku					
Województwo	Wydatki ZUS + KRUS na ChLC PLN)	liczba chorych w wieku produkcyjnym* (skumulowana)	Średnioroczny wydatek ZUS + KRUS na 1 osobę w wieku produkcyjnym ChLC	Odsetek leczonych B32	Grupa**
Dolnośląskie	2 592 074,98 zł	1 359	1 907,81 zł	5,7%	WM
Kujawsko-Pomorskie	2 668 717,80 zł	1 219	2 189,68 zł	11,4%	WW
Lubelskie	2 431 370,06 zł	1 145	2 123,43 zł	7,8%	WM
Lubuskie	1 120 038,57 zł	439	2 553,10 zł	0,9%	WM
Łódzkie	2 262 636,87 zł	1 131	1 999,97 zł	8,1%	WM
Małopolskie	3 546 270,16 zł	2 048	1 731,35 zł	6,3%	MM
Mazowieckie	3 874 314,84 zł	2 615	1 481,32 zł	17,4%	MW
Opolskie	619 889,02 zł	439	1 410,58 zł	4,7%	MM
Podkarpackie	2 018 031,70 zł	1 098	1 838,11 zł	10,2%	MW
Podlaskie	803 916,41 zł	509	1 580,50 zł	7,8%	MM
Pomorskie	1 156 242,47 zł	1 043	1 108,42 zł	8,7%	MW
Śląskie	4 136 838,53 zł	2 180	1 897,81 zł	5,0%	WM
Świętokrzyskie	1 255 117,17 zł	618	2 030,51 zł	5,2%	WM
Warmińsko-Mazurskie	1 222 628,61 zł	714	1 712,54 zł	4,0%	MM
Wielkopolskie	3 730 315,80 zł	1 657	2 250,61 zł	9,8%	WW
Zachodniopomorskie	1 540 648,06 zł	904	1 704,25 zł	4,5%	MM
Średnia ważona			1 883,00 zł	8,5%	

Źródło: Opracowanie własne w oparciu o dane ZUS4 i KRUS5

*Odsetek zaczerpnięty z populacji [Załącznik – wskaźnik osób w wieku produkcyjnym]

*WM – Większe wydatki, Mniejszy odsetek leczonych; WW – Większe wydatki, Większy odsetek leczonych; MW – Mniejsze wydatki, Większy odsetek leczonych; MM - Mniejsze wydatki, Mniejszy odsetek leczonych

9.9. Tabele wydatków dla Wrzodziejącego Zapalenia Jelita Grubego w 2021 roku

W tabelach pokazano sumę wydatków, które w 2021 roku poniósł Zakład Ubezpieczeń Społecznych i Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego z tytułu niezdolności do pracy chorych na WZJG.

9.9.1. Wydatki ZUS i KRUS związane z wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego w 2021 roku

Tabela 18. Wydatki ZUS i KRUS związane z wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego w 2021 roku						
ZUS + KRUS (tys. zł)	Wydatki na WZJG	Renty z tytułu niezdolności do pracy	Renty socjalne	Absencja chorobowa	Świadczenie rehabilitacyjne	Rehabilitacja lecznicza
Dolnośląskie	4 363,62 zł	1 492,57 zł	308,40 zł	2 311,85 zł	246,00 zł	4,8
Kujawsko-Pomorskie	2 931,02 zł	1 491,37 zł	127,00 zł	1 195,45 zł	117,20 zł	0
Lubelskie	3 196,19 zł	1 742,37 zł	345,50 zł	991,22 zł	117,10 zł	0
Lubuskie	1 551,46 zł	699,15 zł	114,50 zł	667,51 zł	70,30 zł	0
Łódzkie	3 228,68 zł	897,35 zł	56,40 zł	1 864,93 zł	410,00 zł	0
Małopolskie	4 671,84 zł	1 750,13 zł	233,30 zł	2 325,21 zł	363,20 zł	0
Mazowieckie	6 767,43 zł	2 899,99 zł	588,30 zł	2 939,44 zł	339,70 zł	0
Opolskie	954,02 zł	365,47 zł	0,00 zł	565,15 zł	23,40 zł	0
Podkarpackie	3 448,41 zł	1 721,08 zł	121,60 zł	1 453,43 zł	152,30 zł	0
Podlaskie	856,25 zł	371,93 zł	14,90 zł	457,72 zł	11,70 zł	0
Pomorskie	3 104,12 zł	898,48 zł	35,50 zł	1 724,94 zł	445,20 zł	0
Śląskie	6 835,47 zł	2 782,83 zł	447,80 zł	2 948,84 zł	656,00 zł	0
Świętokrzyskie	1 788,03 zł	588,40 zł	32,90 zł	955,83 zł	210,90 zł	0
Warmińsko-Mazurskie	1 503,78 zł	435,68 zł	48,70 zł	914,00 zł	105,40 zł	0
Wielkopolskie	6 978,31 zł	3 535,24 zł	419,00 zł	2 602,37 zł	421,70 zł	0
Zachodniopomorskie	2 281,20 zł	952,46 zł	228,60 zł	947,84 zł	152,30 zł	0

Źródło: Opracowanie własne w oparciu o dane ZUS⁴ i KRUS⁵

9.9.2. Wydatki ZUS i KRUS na jednego chorego z wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego w 2021 roku

Tabela 19. Wydatki ZUS i KRUS na jednego chorego z wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego w 2021 roku

ZUS + KRUS na jednego chorego WZJG	Wydatki ZUS + KRUS na WZJG	liczba chorych (skumulowana)	Średnioroczny wydatek ZUS + KRUS na 1 chorego WZJG
Dolnośląskie	4 363 621,00 zł	5 571	783,27 zł
Kujawsko-Pomorskie	2 931 017,00 zł	4 444	659,54 zł
Lubelskie	3 196 188,00 zł	4 414	724,10 zł
Lubuskie	1 551 458,00 zł	2 198	705,85 zł
Łódzkie	3 228 680,00 zł	4 681	689,74 zł
Małopolskie	4 671 835,00 zł	6 487	720,18 zł
Mazowieckie	6 767 428,00 zł	9 359	723,09 zł
Opolskie	954 017,00 zł	2 170	439,64 zł
Podkarpackie	3 448 406,00 zł	4 463	772,67 zł
Podlaskie	856 253,00 zł	2 257	379,38 zł
Pomorskie	3 104 116,00 zł	5 432	571,45 zł
Śląskie	6 835 470,00 zł	9 759	700,43 zł
Świętokrzyskie	1 788 032,00 zł	2 402	744,39 zł
Warmińsko-Mazurskie	1 503 784,00 zł	2 867	524,51 zł
Wielkopolskie	6 978 310,00 zł	6 827	1 022,16 zł
Zachodniopomorskie	2 281 196,00 zł	3 742	609,62 zł

Źródło: Opracowanie własne w oparciu o dane ZUS⁴ i KRUS⁵

Wartości poniżej zostały przeskalowane przez parametr skumulowanej inflacji względem roku 2021 [rozdział 9.11].

Tabela 20. Przeskalowane wydatki ZUS i KRUS na jednego chorego z wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego w 2021 roku

Województwo	Wydatki ZUS + KRUS na WZJG (PLN)	liczba chorych (skumulowana)	Średnioroczny wydatek ZUS + KRUS na 1 chorego WZJG	Odsetek leczonych B.55	Grupa*
Dolnośląskie	4 199 598,35 zł	5 571	753,83 zł	1,3%	MM
Kujawsko-Pomorskie	3 289 616,73 zł	4 444	740,24 zł	1,4%	MM
Lubelskie	3 570 331,54 zł	4 414	808,87 zł	1,7%	WM
Lubuskie	1 749 836,67 zł	2 198	796,10 zł	0,2%	WM
Łódzkie	3 432 649,53 zł	4 681	733,32 zł	2,2%	MW
Małopolskie	4 663 344,26 zł	6 487	718,88 zł	0,8%	MM
Mazowieckie	5 689 684,40 zł	9 359	607,94 zł	4,1%	MW
Opolskie	1 036 725,77 zł	2 170	477,75 zł	0,5%	MM
Podkarpackie	3 936 731,99 zł	4 463	882,08 zł	2,2%	WW
Podlaskie	940 753,39 zł	2 257	416,82 zł	1,5%	MM
Pomorskie	3 126 305,06 zł	5 432	575,53 zł	2,2%	MW
Śląskie	6 898 429,64 zł	9 759	706,88 zł	1,1%	MM
Świętokrzyskie	2 029 612,90 zł	2 402	844,97 zł	2,6%	WW
Warmińsko-Mazurskie	1 743 175,80 zł	2 867	608,01 zł	0,4%	MM
Wielkopolskie	7 652 200,04 zł	6 827	1 120,87 zł	2,6%	WW
Zachodniopomorskie	2 482 924,61 zł	3 742	663,53 zł	1,7%	MM
Średnia ważona			766,19 zł	1,9	

Źródło: Opracowanie własne w oparciu o dane ZUS⁴ i KRUS⁵

*WM – Większe wydatki, Mniejszy odsetek leczonych; WW – Większe wydatki, Większy odsetek leczonych; MW – Mniejsze wydatki, Większy odsetek leczonych; MM - Mniejsze wydatki, Mniejszy odsetek leczonych

9.9.3. Wydatki ZUS i KRUS na jednego pracującego chorego z wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego w 2021 roku

Tabela 21. Wydatki ZUS i KRUS na jednego pracującego chorego z wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego w 2021 roku			
Województwo	Wydatki ZUS + KRUS na WZJG	liczba chorych (skumulowana)	Średnioroczny wydatek ZUS + KRUS na 1 pracującego chorego WZJG
Dolnośląskie	4 363 621,00 zł	3 435	1 270,47 zł
Kujawsko-Pomorskie	2 931 017,00 zł	2 740	1 069,78 zł
Lubelskie	3 196 188,00 zł	2 721	1 174,49 zł
Lubuskie	1 551 458,00 zł	1 355	1 144,89 zł
Łódzkie	3 228 680,00 zł	2 886	1 118,76 zł
Małopolskie	4 671 835,00 zł	3 999	1 168,14 zł
Mazowieckie	6 767 428,00 zł	5 770	1 172,86 zł
Opolskie	954 017,00 zł	1 338	713,09 zł
Podkarpackie	3 448 406,00 zł	2 752	1 253,26 zł
Podlaskie	856 253,00 zł	1 391	615,35 zł
Pomorskie	3 104 116,00 zł	3 349	926,89 zł
Śląskie	6 835 470,00 zł	6 017	1 136,09 zł
Świętokrzyskie	1 788 032,00 zł	1 481	1 207,41 zł
Warmińsko-Mazurskie	1 503 784,00 zł	1 768	850,76 zł
Wielkopolskie	6 978 310,00 zł	4 209	1 657,95 zł
Zachodniopomorskie	2 281 196,00 zł	2 307	988,80 zł

Źródło: Opracowanie własne w oparciu o dane ZUS⁴ i KRUS⁵

*Odsetek zaczerpnięty z populacji [Załącznik – wskaźnik osób pracujących]

Wartości poniżej zostały przeskalowane przez parametr skumulowanej inflacji względem roku 2021 [rozdział 9.11]

Tabela 22. Przeskalowane wydatki ZUS i KRUS na jednego pracującego chorego z wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego w 2021 roku					
Województwo	Wydatki ZUS + KRUS na WZJG	liczba pracujących* chorych (skumulowana)	Średnioroczny wydatek ZUS + KRUS na 1 pracującego chorego WZJG	Odsetek leczonych B.55	Grupa**
Dolnośląskie	4 199 598,35 zł	3 435	1 222,72 zł	1,3%	MM
Kujawsko-Pomorskie	3 289 616,73 zł	2 740	1 200,67 zł	1,4%	MM
Lubelskie	3 570 331,54 zł	2 721	1 311,98 zł	1,7%	WM
Lubuskie	1 749 836,67 zł	1 355	1 291,28 zł	0,2%	WM
Łódzkie	3 432 649,53 zł	2 886	1 189,44 zł	2,2%	MW
Małopolskie	4 663 344,26 zł	3 999	1 166,02 zł	0,8%	MM
Mazowieckie	5 689 684,40 zł	5 770	986,07 zł	4,1%	MW
Opolskie	1 036 725,77 zł	1 338	774,92 zł	0,5%	MM
Podkarpackie	3 936 731,99 zł	2 752	1 430,74 zł	2,2%	WW
Podlaskie	940 753,39 zł	1 391	676,08 zł	1,5%	MM
Pomorskie	3 126 305,06 zł	3 349	933,52 zł	2,2%	MW
Śląskie	6 898 429,64 zł	6 017	1 146,56 zł	1,1%	MM
Świętokrzyskie	2 029 612,90 zł	1 481	1 370,54 zł	2,6%	WW
Warmińsko-Mazurskie	1 743 175,80 zł	1 768	986,20 zł	0,4%	MM
Wielkopolskie	7 652 200,04 zł	4 209	1 818,06 zł	2,6%	WW
Zachodniopomorskie	2 482 924,61 zł	2 307	1 076,24 zł	1,7%	MM
Średnia ważona			1 242,77 zł	1,9%	

Źródło: Opracowanie własne w oparciu o dane ZUS⁴ i KRUS⁵

*Odsetek zaczerpnięty z populacji [Załącznik – wskaźnik osób pracujących]

**WM – Większe wydatki, Mniejszy odsetek leczonych; WW – Większe wydatki, Większy odsetek leczonych; MW – Mniejsze wydatki, Większy odsetek leczonych; MM – Mniejsze wydatki, Mniejszy odsetek leczonych

9.9.4. Wydatki ZUS i KRUS na jednego chorego z wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego w wieku produkcyjnym w 2021 roku

Tabela 23. Wydatki ZUS i KRUS na jednego chorego z wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego w wieku produkcyjnym w 2021 roku			
Województwo	Wydatki ZUS + KRUS na WZJG	liczba chorych w wieku produkcyjnym* (skumulowana)	Średnioroczny wydatek ZUS + KRUS na 1 chorego WZJG
Dolnośląskie	4 363 621,00 zł	4 236	1 030,21 zł
Kujawsko-Pomorskie	2 931 017,00 zł	3 379	867,47 zł
Lubelskie	3 196 188,00 zł	3 356	952,38 zł
Lubuskie	1 551 458,00 zł	1 671	928,37 zł
Łódzkie	3 228 680,00 zł	3 559	907,19 zł
Małopolskie	4 671 835,00 zł	4 932	947,23 zł
Mazowieckie	6 767 428,00 zł	7 116	951,05 zł
Opolskie	954 017,00 zł	1 650	578,24 zł
Podkarpackie	3 448 406,00 zł	3 393	1 016,25 zł
Podlaskie	856 253,00 zł	1 716	498,98 zł
Pomorskie	3 104 116,00 zł	4 130	751,60 zł
Śląskie	6 835 470,00 zł	7 420	921,24 zł
Świętokrzyskie	1 788 032,00 zł	1 826	979,07 zł
Warmińsko-Mazurskie	1 503 784,00 zł	2 180	689,87 zł
Wielkopolskie	6 978 310,00 zł	5 191	1 344,41 zł
Zachodniopomorskie	2 281 196,00 zł	2 845	801,81 zł

Źródło: Opracowanie własne w oparciu o dane ZUS⁴ i KRUS⁵

*Odsetek zaczerpnięty z populacji [Załącznik – wskaźnik osób w wieku produkcyjnym]

Wartości poniżej zostały przeskalowane przez parametr skumulowanej inflacji względem roku 2021 [rozdział 9.11].

Tabela 24. Przeskalowane wydatki ZUS i KRUS na jednego chorego z wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego w wieku produkcyjnym w 2021 roku					
Województwo	Wydatki ZUS + KRUS na WZJG	liczba chorych w wieku produkcyjnym* (skumulowana)	Średnioroczny wydatek ZUS + KRUS na 1 osoby w wieku produkcyjnym WZJG	Odsetek leczonych B32	Grupa**
Dolnośląskie	4 199 598,35 zł	4 236	991,48 zł	1,3%	MM
Kujawsko-Pomorskie	3 289 616,73 zł	3 379	973,60 zł	1,4%	MM
Lubelskie	3 570 331,54 zł	3 356	1 063,87 zł	1,7%	WM
Lubuskie	1 749 836,67 zł	1 671	1 047,08 zł	0,2%	WM
Łódzkie	3 432 649,53 zł	3 559	964,50 zł	2,2%	MW
Małopolskie	4 663 344,26 zł	4 932	945,51 zł	0,8%	MM
Mazowieckie	5 689 684,40 zł	7 116	799,59 zł	4,1%	MW
Opolskie	1 036 725,77 zł	1 650	628,37 zł	0,5%	MM
Podkarpackie	3 936 731,99 zł	3 393	1 160,17 zł	2,2%	WW
Podlaskie	940 753,39 zł	1 716	548,22 zł	1,5%	MM
Pomorskie	3 126 305,06 zł	4 130	756,98 zł	2,2%	MW
Śląskie	6 898 429,64 zł	7 420	929,73 zł	1,1%	MM
Świętokrzyskie	2 029 612,90 zł	1 826	1 111,35 zł	2,6%	WW
Warmińsko-Mazurskie	1 743 175,80 zł	2 180	799,70 zł	0,4%	MM
Wielkopolskie	7 652 200,04 zł	5 191	1 474,24 zł	2,6%	WW
Zachodniopomorskie	2 482 924,61 zł	2 845	872,71 zł	1,7%	MM
Średnia ważona			1 007,74 zł	1,9%	

Źródło: Opracowanie własne w oparciu o dane ZUS⁴ i KRUS⁵

*Odsetek zaczerpnięty z populacji [Załącznik – wskaźnik osób w wieku produkcyjnym]

**WM – Większe wydatki, Mniejszy odsetek leczonych; WW – Większe wydatki, Większy odsetek leczonych; MW – Mniejsze wydatki, Większy odsetek leczonych; MM – Mniejsze wydatki, Mniejszy odsetek leczonych

9.10. Metodyka skalowania wartości historycznych

Przeprowadzono analizę danych wzdłużnych (longitudinalnych) dotyczących świadczeń z tytułu niezdolności do pracy w latach 2012-2021. Aby zachować parytet siły nabywczej waluty, wartości z lat 2012-2020 zostały przeskalowane przez skumulowaną stopę inflacji. Metodologia skalowania szeregów czasowych została oparta na historycznej skumulowanej stopie inflacji⁶⁹.

Rok bazowy został ustalony na 2021 r., a wartości skalowane zostały odpowiednio zastosowane. Skumulowana inflacja dla 2021 r. wyniosła zatem 100%, a skalowana wartość dla tego roku była równa rzeczywistej wartości historycznej. Na przykład dla roku 2020 różnica między wartością skalowaną, a wartością rzeczywistą wynosiła 105,1% wskaźnika inflacji dla roku 2021. Dla 2019 r. różnica między wartością skalowaną a wartością rzeczywistą była skumulowaną inflacją z lat 2020-2021, tj. $105,1\% \times 103,4\% = 108,7\%$ itd.

Dokładne wzory, które posłużyły do wyliczenia mnożników inflacji są przedstawione poniżej:

$$V_{S,t} = V_{R,t} * wcpit, \quad (1)$$

gdzie:

$V_{S,t}$ – wartość przeskalowana dla roku t
 $V_{R,t}$ – wartość rzeczywista dla roku t
 $wcpit$ – wartość wskaźnika inflacji względnej dla roku t

Wzór na wartość wskaźnika inflacji względnej wygląda w sposób następujący:

$$wcpit = \frac{scpi_{2021}}{scpi_t}, \quad (2)$$

gdzie:

$wcpit$ – wartość wskaźnika inflacji względnej dla roku t
 $scpi_{2021}$ – wartość skumulowanej inflacji dla roku 2021 względem roku 2012
 $scpi_t$ – rok, dla którego chcemy uzyskać wartość wskaźnika inflacji względnej

Wartość skumulowanej inflacji liczymy ze wzoru:

$$scpi_t = cpi_t * scpi_{t-1}, \quad (3)$$

gdzie:

$scpi_t$ – skumulowana wartość inflacji dla roku t
 $scpi_{t-1}$ – skumulowana wartość inflacji dla roku $t - 1$
 cpi_t – historyczna wartość inflacji dla roku t [GUS]

Za początek okresu przyjmuje się 2012 rok, dlatego też przyjęto skumulowaną inflację dla tego roku równą 100%, dlatego:

$$scpi_{2012} = 100\% \quad (4)$$

9.11. Metodyka skalowania województw

Analiza porównawcza między województwami dla wydatków na renty z tytułu niezdolności do pracy została przeprowadzona tylko dla roku 2021. Aby zapewnić możliwość dokładnego porównania wydatków w każdym regionie, dokonano korekty uwzględniającej różnice w przeciętnym wynagrodzeniu brutto między województwami⁷⁰. Procedura ta miała na celu zmniejszenie wpływu statusu ekonomicznego danego województwa na kwotę wypłacanych świadczeń społecznych, ponieważ zasiłki chorobowe są uzależnione od wynagrodzeń.

Przeskalowane wartości uzyskano mnożąc realną wartość świadczeń przez przeciętne wynagrodzenie brutto w Polsce w 2021 r., a następnie dzieląc ten wynik przez przeciętne wynagrodzenie w województwie w 2021 r.

W celu zbadania zależności pomiędzy wydatkami na świadczenia z tytułu niezdolności do pracy na osobę z ChLC lub WZJG (zmienna zależna) a odsetkiem pacjentów leczonych lekami innowacyjnymi w poszczególnych województwach (zmienna niezależna) zbudowano prosty jednoczynnikowy model liniowy. Do dopasowania modelu wykorzystano funkcję lm z biblioteki stats w języku programowania R⁷¹. Funkcja ta wykorzystuje statystykę F do sprawdzenia, czy zmienna niezależna w regresji liniowej jest istotnie związana ze zmienną niezależną.⁷²

Metodę tę opisano poniższymi wzorami:

$$V_{S,woj} = V_{R,woj} * \delta_{woj}, \quad (5)$$

gdzie:

$V_{S,woj}$ – wartość przeskalowana dla danego województwa

$V_{R,woj}$ – wartość rzeczywista dla danego województwa

δ_{woj} – parametr skalujący dla danego województwa

Wzór parametru skalującego wygląda w sposób poniższy:

$$\delta_{woj} = \frac{BRUTTO_{pl}}{BRUTTO_{woj}}, \quad (6)$$

gdzie:

δ_{woj} – parametr skalujący dla danego województwa

$BRUTTO_{pl}$ – średnia wartość wynagrodzenia brutto w Polsce w 2021 roku

$BRUTTO_{woj}$ – średnia wartość wynagrodzenia brutto w danym województwie w 2021 roku

9.12. Wskaźniki zawodowe (w wieku produkcyjnym, pracujący)

W celu zróżnicowania populacji i zwiększenia precyzji analizy, posłużono się wskaźnikami związanymi z liczbą osób pracujących, w wieku produkcyjnym oraz aktywności zawodowej. Iloczyn liczby chorych oraz wartościami tych wskaźników pozwoliło uzyskać nową populację chorych, która wierniej odzwierciedla rzeczywistość. W poniższej tabeli pokazano omawiane wartości z podziałem na płeć.

Tabela 25. Odsetki populacji z podziałem na płeć		
Parametr	Wartość	Komentarz / Źródło
Procent osób w wieku produkcyjnym - ogółem ChLC	76%	Oszacowano na podstawie danych z 2021 roku
Procent osób w wieku produkcyjnym - mężczyźni ChLC	84%	
Procent osób w wieku produkcyjnym - kobiety ChLC	68%	
Procent osób w wieku produkcyjnym - ogółem WZJG	64%	
Procent osób w wieku produkcyjnym - mężczyźni WZJG	72%	
Procent osób w wieku produkcyjnym - kobiety WZJG	57%	
Odsetek pracujących w przedziale wiekowym 15-89 - ogółem ChLC	62%	
Odsetek pracujących w przedziale wiekowym 15-89 - mężczyźni ChLC	71%	
Odsetek pracujących w przedziale wiekowym 15-89 - kobiety ChLC	53%	
Odsetek pracujących w przedziale wiekowym 15-89 - ogółem WZJG	54%	
Odsetek pracujących w przedziale wiekowym 15-89 - mężczyźni WZJG	62%	
Odsetek pracujących w przedziale wiekowym 15-89 - kobiety WZJG	47%	
Odsetek pracujących w przedziale wiekowym 20-29 - ogółem	68%	
Odsetek pracujących w przedziale wiekowym 30-39 - ogółem	86%	

Źródło: Opracowanie własne w oparciu o dane GUS⁶

Współczynnik pracujących w populacji został oszacowany na podstawie danych GUS⁶, gdzie procent pracujących obliczono na podstawie średniej ważonej w zależności od grupy wiekowej. Na podstawie poszczególnych grup wiekowych obliczono sumę iloczynów. Wzięto każdą grupę wiekową.

Wskaźnik aktywności zawodowej wyliczono w podobny sposób, tylko wzięto pod uwagę odpowiednią wartość z tabeli dla wieku 15-89.

Procent osób w wieku produkcyjnych to iloraz sumy chorych w przedziale wiekowym 18-59 dla mężczyzn oraz 18-64 dla kobiet w stosunku do wszystkich chorych.

10. Bibliografia

1. Ustawa ZUS, Ustawa z dnia 13 października 1998 roku o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz.U. z 2022 r. poz. 1009): <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20220001009> (Dostęp 25.04.2023)
2. Ustawa KRUS, Ustawa z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników (Dz. U. z 2022 r. poz. 933, z późn. zm.): <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20220000933> (Dostęp 25.04.2023)
3. Ernst & Young, Metodyka pomiaru kosztów pośrednich w polskim systemie ochrony zdrowia, Warszawa 2013, https://assets.ey.com/content/dam/ey-sites/ey-com/en_pl/topics/eat/pdf/03/ey-raport-metodyka-pomiaru-kosztow-posrednich-1709.pdf (data dostępu Marzec 2023 r.)
4. Dane ZUS: dane otrzymane z ZUS (Dostęp: 2022)
5. Dane KRUS: dane otrzymane z KRUS (Dostęp: 2023)
6. Dane GUS <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/rynek-pracy/pracujacy-bez-robotni-bierni-zawodowo-wg-bael/aktywnosc-ekonomiczna-ludnosci-polski-3-kwartal-2022-roku,4,48.html> ; <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/ludnosc/ludnosc-stand-i-struktura-oraz-ruch-naturalny-w-przekroju-terytorialnym-w-2021-r-stand-w-dniu-31-grudnia,6,31.html> ; <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/ludnosc/struktura-ludnosci,16,1.html> ; <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/ludnosc/ludnosc-stand-i-struktura-oraz-ruch-naturalny-w-przekroju-terytorialnym-w-2021-r-stand-w-dniu-31-grudnia,6,31.html> (Dostęp: 28.03.2023)
7. Eder P., Łodyga M., Gawron-Kiszka M. i in., Recommendations of the Polish Society of Gastroenterology and the Polish National Consultant in Gastroenterology., *Prz Gastroenterol.* 2023, 18(1):1-42
8. Pppercorn M. A., Kane S. V., Clinical manifestations, diagnosis, and prognosis of ulcerative colitis in adults, *UpToDate* 2020
9. Szczeklik A., Choroba Leśniowskiego i Crohna, w: *Interna Szczeklika 2020*, Wydawnictwo Medycyna Praktyczna, Kraków 2020, 1067-1079
10. Lynch W.D., Hsu R., *Ulcerative Colitis*, *StatPearls* 2021
11. Łodyga M., Eder P., Bartnik W., i in., Wytyczne Grupy Roboczej Konsultanta Krajowego w dziedzinie Gastroenterologii i Polskiego Towarzystwa Gastroenterologii dotyczące postępowania z chorym z chorobą Leśniowskiego-Crohna, *Przegląd Gastroenterologiczny* 2012; 7 (6): 317-338
12. Ungaro R., Mehandru S., Allen P.B., i in., *Ulcerative colitis*, *Lancet* 2017, 389(10080): 1756-1770
13. Armuzzi A, Liguori G., Quality of life in patients with moderate to severe ulcerative colitis and the impact of treatment: A narrative review, *Dig Liver Dis.* 2021, 53(7):803-808
14. Yaras A., Rubin D.T., Panés J. i in., Burden of Ulcerative Colitis on Functioning and Well-being: A Systematic Literature Review of the SF-36® Health Survey, *J Crohns Colitis* 2018, 12(5):600-609
15. Uzdziński A.W., Wawrzynowicz-Syczewska M., Characteristic features of ulcerative colitis with concomitant primary sclerosing cholangitis, *Prz Gastroenterol* 2021, 16(3): 184-187
16. Gonciarz M., Szkudłapski D., Mularczyk A., i in., Wytyczne postępowania z chorymi na nieswoiste choroby zapalne jelit w praktyce lekarza rodzinnego, *Lekarz POZ* 2017,

17. Flynn S., Eisenstein S., Inflammatory bowel disease presentation and diagnosis, *Surgical Clinics* 2019, 99(6), 1051-1062.
18. Roda G., Chien Ng. S., Kotze P. G. i in., Crohn's disease, *Nature Reviews Disease Primers* 2020, 6(1), 22.
19. Rydzewska G., M., Głuszek-Osuch M., Kawalec P., i in., Raport Epidemiologiczno-społeczny, Nieswoiste zapalne choroby jelit – przeciwnik rosnący w siłę, Warszawa, 19 maja 2016 r.
20. Kosińska B., Diagnostyka laboratoryjna nieswoistych zapaleń, *Nowiny Lekarskie* 2006, 75 (4): 382-388
21. Mierzwa G., Czerwionka-Szaflarska M., Bała G., Choroba Leśniowskiego-Crohna u dzieci i młodzieży – obserwacje własne, *Przegląd Gastroenterologiczny* 2007, 2 (1): 22 - 26
22. Glinkowski S., Marcinkowska D., Wrzodziejące zapalenie jelita grubego – ocena aktywności choroby na podstawie współcześnie stosowanych skal, *Nowa Med.* 2018, 25(3): 123-137
23. Iwańczak B., Iwańczak F., Klasyfikacje dotyczące lokalizacji i aktywności klinicznej choroby Leśniowskiego-Crohna u dzieci, *Pediatrics Współczesna. Gastroenterologia, Hepatologia i Żywnienie Dziecka* 2011, 13, 4, 246-251.
24. Turner D., Levine A., Escher J. i in., Management of Pediatric Ulcerative Colitis: Joint ECCO and ESPGHAN Evidence-based Consensus Guidelines, *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition* 2012, 55(3): 340-361
25. Van Assche G., Dignass A., Panes J., i in., The second European evidence-based consensus on the diagnosis and management of Crohn's disease: Definitions and diagnosis, *Journal of Crohn's and Colitis* 2010, 4: 7-27
26. Raine T, Bonovas S, Burisch J i in., ECCO Guidelines on Therapeutics in Ulcerative Colitis: Medical Treatment, *J Crohns Colitis* 2022, 16(1): 2-17
27. ECCO Guidelines on Therapeutics in Crohn's Disease: Medical Treatment, *Journal of Crohn's and Colitis*, 2020, 4–22
28. Feuerstein J.D., Ho E.Y., Shmidt E. i in., American Gastroenterological Association Institute Clinical Guidelines Committee. AGA Clinical Practice Guidelines on the Medical Management of Moderate to Severe Luminal and Perianal Fistulizing Crohn's Disease. *Gastroenterology*. 2021; 160(7):2496 - 2508
29. Nakase H., Uchino M., Shinzaki S. i in., Evidence-based clinical practice guidelines for inflammatory bowel disease 2020. *J Gastroenterol*. 2021; 56(6):489-526
30. Łodyga M., Eder P., Gawron-Kiszka M. i in., Wytyczne Polskiego Towarzystwa Gastroenterologii i Konsultanta Krajowego w dziedzinie Gastroenterologii dotyczące postępowania z pacjentem z chorobą Leśniowskiego-Crohna, *Gastroenterology Rev* 2021; 16 (4): 257–296
31. Inflammatory Bowel Disease Collaborators, The global, regional, and national burden of inflammatory bowel disease in 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017, *The Lancet, Gastroenterology & Hepatology*, Volume 5, Issue 1, P17-30, January 2020
32. Zagórowicz E., Walkiewicz D., Kucha P. i in., Nationwide data on epidemiology of inflammatory bowel disease in Poland between 2009 and 2020. *Pol Arch Intern Med.* 2022 May 30;132(5):16194. doi: 10.20452/pamw.16194. Epub 2022 Jan 19. PMID: 35044144
33. BASIW: Baza Analiz Systemowych i Wdrożeniowych - platforma internetowa analiz oraz danych NFZ, <https://basiw.mz.gov.pl/analizy/zpa/nieswoiste-zapalne-choroby->

-jelit/ (Dostęp: 05.04.2023)

34. Panaccione R., Lee W.-J., Clark R., Dose Escalation Patterns of Advanced Therapies in Crohn's Disease and Ulcerative Colitis: A Systematic Literature Review, *Adv Ther* 2023
35. Høivik ML., Moum B., Solberg IC., i in., IBSEN Group. Work disability in inflammatory bowel disease patients 10 years after disease onset: results from the IBSEN Study. *Gut*. 2013 Mar;62(3):368-75. doi: 10.1136/gutjnl-2012-302311. Epub 2012 Jun 20. PMID: 22717453
36. Leso V., Grevetti P., Macrani M., Inflammatory bowel diseases and work disability: a systematic review of predictive factors, *European Review for Medical and Pharmaceutical Sciences*, 2021; 25: 165-181
37. Principi, M.; Labarile, N.; Bianchi, F.P.; Contaldo, A.; Tafuri, S.; Ierardi, E.; Di Leo, A. The Cost of Inflammatory Bowel Disease Management Matches with Clinical Course: A Single Outpatient Centre Analysis. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2020, 17, 4549. <https://doi.org/10.3390/ijerph17124549>
38. Ustawa z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=wdu20111220696> (data dostępu: kwiecień 2023 r.)
39. Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2021 r. sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych na dzień 1 stycznia 2022 r.
40. Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 27 grudnia 2016 r. sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych na dzień 1 stycznia 2017 r.
41. Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 20 kwietnia 2023 r. sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych na dzień 1 maja 2023 r.
42. European Medicines Agency, Assessment report, Zeposia®, EMEA/H/C/004835/II/0002/G, 2021, 1-209
43. Narodowy Fundusz Zdrowia, sprawozdania kwartalne, <https://www.nfz.gov.pl/zarządzenia-prezesa/uchwały-rady-nfz> (data dostępu: kwiecień 2023 r.)
44. Narodowy Fundusz Zdrowia, Informator o zawartych umowach, <https://www.nfz.gov.pl/o-nfz/informator-o-zawartych-umowach/> (data dostępu: marzec 2023 r.)
45. Alulis S., Treatment patterns for biologics in ulcerative colitis and Crohn's disease: a Danish Nationwide Register Study from 2003 to 2015
46. Anisdah K., First-line biologic treatment of inflammatory bowel disease during the first 12 months after diagnosis from 2010 to 2016: a Norwegian nationwide registry study
47. Bröms G., Capturing biologic treatment for IBD in the Swedish Prescribed Drug Register and the Swedish National Patient Register – a validation study
48. Esposti L., Estimation of patients affected by inflammatory bowel disease potentially eligible for biological treatment in a real-world setting
49. Kucha P., Zagórowicz E., Walkiewicz D. i in., Biologic treatment of inflammatory bowel disease in Poland, 2012 - 2020: nationwide data, *POLISH ARCHIVES OF INTERNAL MEDICINE-POLSKIE ARCHIWUM MEDYCYNY WEWNĘTRZNEJ* 2022, 132(7-8).
50. Eder P., Kaniewska M., Matuszczyk M. i in., Nieswoiste choroby zapalne jelit Jak z nimi żyć?, 2022

51. Polskie Lekarskie Towarzystwo Radiologiczne, sekcja Gastroenterologiczna <https://pltr.pl/pltr/sekcje/> (data dostępu: marzec 2023 r.)
52. Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, <https://www.cmkp.edu.pl/> (data dostępu: kwiecień 2023 r.)
53. Naczelna Izba Lekarska, <https://nil.org.pl/rejestry/centralny-rejestr-lekarzy> (data dostępu: kwiecień 2023 r.)
54. GBD 2017 Inflammatory Bowel Disease Collaborators, The global, regional, and national burden of inflammatory bowel disease in 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017, *The Lancet, Gastroenterology & Hepatology*, Volume 5, Issue 1, P17-30, January 2020
55. Cichoż-Lach H., Michalak A., Kopertowska-Majchrzak M. i in., Characteristics of patients with moderate-to-severe ulcerative colitis treated with vedolizumab: results from a Polish multicenter, prospective, observational real-life study (the POLONEZ study), *Therap Adv Gastroenterol* 2021, 14:17562848211036456
56. Hammer T., Langholz E., The epidemiology of inflammatory bowel disease: balance between East and West? A narrative review, *Digestive Medicine Research* 2020, 3, 48.
57. Zhao M., Gönczi L., Lakatos P.L., Burisch J., The Burden of Inflammatory Bowel Disease in Europe in 2020, *J Crohns Colitis* 2021, 15(9):1573-1587
58. Taszarek K., Klimaszewska K., CHOROBA LEŚNIEWSKIEGO - CROHNA- OBJAWY, DIAGNOSTYKA, LECZENIE, w: Praca zbiorowa pod redakcją dr n. med. Krystyny Klimaszewskiej, prof. dr hab. n. med. Elżbiety Krajewskiej-Kułąk, Współczesne wyzwania w ochronie zdrowia, Tom VI, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku 2022
59. Kaplan, G.G., Windsor, J.W. The four epidemiological stages in the global evolution of inflammatory bowel disease. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol* 18, 56–66 (2021). <https://doi.org/10.1038/s41575-020-00360-x>
60. Chmielowiec B, Raczek M, Chmielewski J, Puścion M, Florek-Łuszczki M. Accessibility to healthcare services in Poland at the initial stage of SARS-CoV-2 pandemic – patient perspective. *Med Og Nauk Zdr.* 2022;28(3):208 - 216. doi:10.26444/monz/154663
61. PEX PharmaSequence, Koszty bezpośrednie i pośrednie ponoszone przez pacjentów z chorobą Leśniowskiego-Crohna, raport przygotowany dla firmy Janssen-Cilag, Warszawa, 22 maja 2018
62. Łysoń P., Marzęcka J., Mikke J., Emerytury i renty w 2021 r., Główny Urząd Statystyczny, Departament Badań Społecznych, Warszawa 2022, stat.gov.pl
63. Mehta F. Report: economic implications of inflammatory bowel disease and its management. *Am J Manag Care.* 2016;22(3 Suppl):s51-60
64. Park KT, Colletti RB, Rubin DT, Sharma BK, Thompson A, Krueger A. Health Insurance Paid Costs and Drivers of Costs for Patients With Crohn's Disease in the United States. *Am J Gastroenterol.* 2016 Jan;111(1):15-23. doi: 10.1038/ajg.2015.207. Epub 2015 Jul 21. PMID: 26195179
65. Radwan P., Radwan K., Nieswoiste choroby zapalne jelit u osób w podeszłym wieku. *Gastroenterologia Kliniczna, Postępy i Standardy* 2016, 8(1), 27-35.
66. Ministerstwo Zdrowia, Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób dolnego odcinka przewodu pokarmowego (z wyłączeniem nowotworów złośliwych i niezłośliwych) dla województwa opolskiego, 2019
67. Tomczyk M., Wełnicki M., Wrodzające zapalenie jelita grubego, Refundacja terapii

biologicznej pilnie potrzebna?, 2010

68. Dane GUS PKB <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/rachunki-narodowe/rachunki-regionalne/wstepne-szacunki-produktu-krajowego-brutto-w-przekroju-regionow-w-2021-roku,8,5.html> (Dostęp: 16.05.2023)
69. Dane GUS inflacja <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ceny-handel/wskazniki-cen/wskazniki-cen-towarow-i-uslug-konsumpcyjnych-pot-inflacja-/roczne-wskazniki-cen-towarow-i-uslug-konsumpcyjnych/> (Dostęp: 05.04.2023)
70. Dane GUS wynagrodzenie <https://stat.gov.pl/sygnalne/komunikaty-i-obwieszczenia/lista-komunikatow-i-obwieszczen/obwieszczenie-w-sprawie-wysokosci-przecietnego-miesiecznego-wynagrodzenia-brutto-w-gospodarce-narodowej-w-województwach-w-2021-roku,295,8.html> (Dostęp: 05.04.2023)
71. The R Stats Package. Fitting Linear Models: <https://stat.ethz.ch/R-manual/R-devel/library/stats/html/lm.html>. (Dostęp: 22.08.2023).
72. Phillips, PCB. The true characteristic function of the F distribution. *Biometrika* 1982;69:261-264.

11. Spis tabel

Tabela 1. Źródła danych wraz z zakresami wykorzystanych danych	14
Tabela 2. Liczba osób z rozpoznaniem ChLC oraz WZJG na tle populacji Polski	15
Tabela 3. Nasilenie rzutu wrzodziejącego zapalenia jelita grubego według poszczególnych skal	18
Tabela 4. Wskaźniki epidemiologiczne dotyczące występowania NChZJ w Polsce	20
Tabela 5. Dostępność refundowanych leków innowacyjnych w ChLC oraz WZJG w Polsce (stan na 05.2023 r.)	34
Tabela 6. Wskaźniki epidemiologiczne dotyczące występowania NChZJ na świecie	44
Tabela 7. Częstość występowania NChZJ w Polsce w latach 2009 – 2020	54
Tabela 8. Główne kryteria kwalifikacji oraz czas trwania leczenia w ramach Programu Lekowego B.32.	56
Tabela 9. Główne kryteria kwalifikacji oraz czas trwania leczenia w ramach Programu Lekowego B.55.	57
Tabela 10. Opracowane dane ze źródłami	58
Tabela 11. Wydatki ZUS i KRUS związane z chorobą Leśniowskiego – Crohna w 2021 roku	66
Tabela 12. Wydatki ZUS i KRUS na jednego chorego z chorobą Leśniowskiego – Crohna w 2021 roku	66
Tabela 13. Przeskalowane wydatki ZUS i KRUS na jednego chorego z chorobą Leśniowskiego – Crohna w 2021 roku	67
Tabela 14. Wydatki ZUS i KRUS na jednego pracującego chorego z chorobą Leśniowskiego – Crohna w 2021 roku	67
Tabela 15. Przeskalowane wydatki ZUS i KRUS na jednego pracującego chorego z chorobą Leśniowskiego – Crohna w 2021 roku	68

Tabela 16. Wydatki ZUS i KRUS na jednego pracującego chorego z chorobą Leśniowskiego – Crohna w wieku produkcyjnym w 2021 roku	68
Tabela 17. Przeskalowane wydatki ZUS i KRUS na jednego pracującego chorego z chorobą Leśniowskiego – Crohna w wieku produkcyjnym w 2021 roku	69
Tabela 18. Wydatki ZUS i KRUS związane z wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego w 2021 roku	70
Tabela 19. Wydatki ZUS i KRUS na jednego chorego z wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego w 2021 roku	71
Tabela 20. Przeskalowane wydatki ZUS i KRUS na jednego chorego z wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego w 2021 roku	71
Tabela 21. Wydatki ZUS i KRUS na jednego pracującego chorego z wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego w 2021 roku	72
Tabela 22. Przeskalowane wydatki ZUS i KRUS na jednego pracującego chorego z wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego w 2021 roku	72
Tabela 23. Wydatki ZUS i KRUS na jednego chorego z wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego w wieku produkcyjnym w 2021 roku	73
Tabela 24. Przeskalowane wydatki ZUS i KRUS na jednego chorego z wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego w wieku produkcyjnym w 2021 roku	73
Tabela 25. Odsetki populacji z podziałem na płeć	76

12. Spis rysunków

Rysunek 1. Charakterystyka choroby Leśniowskiego - Crohna i wrzodziejącego zapalenia jelita grubego	17
Rysunek 2. Liczba rozpoznanych przypadków NChZJ w Polsce	20
Rysunek 3. Całkowite wydatki ZUS (mln PLN) z tytułu niezdolności do pracy chorych z ChLC i WZJG w latach 2012 – 2021	22
Rysunek 4. Roczne wydatki ZUS (mld PLN) w latach 2012 – 2021 z tytułu wypłaty świadczeń związanych ze wszystkimi chorobami ICD – 10 (A00 - Z99)	23
Rysunek 5. Wydatki KRUS (mln PLN) z tytułu niezdolności do pracy chorych z ChLC i WZJG w latach 2018 – 2021	23
Rysunek 6. Średnioroczne wydatki ZUS w przeliczeniu na jedną osobę	24
Rysunek 7. Sumaryczne roczne wydatki ZUS z tytułu niezdolności do pracy chorych na ChLC	25
Rysunek 8. Sumaryczne roczne wydatki ZUS z tytułu niezdolności do pracy chorych na WZJG	25
Rysunek 9. Udziały poszczególnych kategorii wydatków ZUS z tytułu NChZJ	26
Rysunek 10. Udziały poszczególnych kategorii wydatków ZUS dla schorzeń ogółem	27
Rysunek 11. Roczny koszt ZUS z powodu rent i absencji na jedną osobę	28

Rysunek 12. Liczba zwolnień i dni absencji chorych na ChLC w grupie wiekowej 20 – 39 lat.....	29
Rysunek 13. Liczba zwolnień i dni absencji chorych na WZJG w grupie wiekowej 20 – 39 lat.....	29
Rysunek 14. Wydatki ZUS oraz KRUS w 2021 roku w podziale na województwa.....	31
Rysunek 15. Wydatki ZUS i KRUS na jednego chorego z ChLC z podziałem na województwa.....	32
Rysunek 16. Wydatki ZUS i KRUS na jedną osobę z WZJG z podziałem na województwa dla różnych populacji.....	33
Rysunek 17. Średnioroczne koszty leczenia chorych na ChLC i WZJG lekami innowacyjnymi w ramach Programów Lekowych	35
Rysunek 18. Liczba placówek realizujących PL B.32 w 2022 roku.....	36
Rysunek 19. Liczba placówek realizujących PL B.55 w 2022 roku.....	36
Rysunek 20. Liczba chorych leczonych w Programach Lekowych oraz chorych ogółem w Polsce w latach 2012 – 2021	37
Rysunek 21. Odsetek chorych z NChZJ leczonych w ramach Programów Lekowych	38
Rysunek 22. Zróżnicowanie w dostępie do terapii w ramach Programów Lekowych pomiędzy województwami	38
Rysunek 23. Liczba chorych leczonych w ramach Programu Lekowego B.55. w województwie mazowieckim według miejsca zamieszkania chorego	39
Rysunek 24. Liczba rocznie przeprowadzanych badań endoskopowych finansowanych przez NFZ w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej	40
Rysunek 25. Odsetek chorych leczących się w PL B.32 w poszczególnych województwach, a wydatki ZUS i KRUS na chorego	41
Rysunek 26. Zestawienie rocznych wydatków na świadczenia związane z niezdolnością do pracy w przeliczeniu na jednego chorego w zależności od odsetka chorych leczonych w Programie Lekowym B.32.....	41
Rysunek 27. Odsetek chorych leczących się w PL B.55 w poszczególnych województwach, a wydatki ZUS i KRUS na chorego.....	42
Rysunek 28. Zestawienie rocznych wydatków na świadczenia związane z niezdolnością do pracy w przeliczeniu na jednego chorego w zależności od odsetka chorych leczonych w Programie Lekowym B.55.....	42
Rysunek 29. Częstość występowania ChLC i WZJG w Polsce w latach 2010 – 2021	44
Rysunek 30. Globalna mapa etapów ewolucji zapadalności NChZJ w 2020 r.....	45
Rysunek 31. Cztery etapy epidemiologicznej ewolucji NChZJ.....	45
Rysunek 32. Liczba rozpoznanych przypadków NChZJ w Polsce.....	46
Rysunek 33. Roczna liczba nowych przypadków NChZJ w Polsce	46
Rysunek 34. Predykcja liczby chorych oraz liczby chorych leczonych w Programach Lekowych na lata 2022 - 2026	47

Rysunek 35. Predykcja wydatków ZUS na lata 2022 - 2026	49
Rysunek 36. Predykcja wydatków ZUS na jedną osobę na lata 2022 - 2026	62
Rysunek 37. Wyniki leczenia chorych z NChZJ z nasileniem umiarkowanym do ciężkiego we Włoszech w ciągu trzech lat od rozpoczęcia leczenia biologicznego (z wyłączeniem kosztu leków)	53
Rysunek 38. Zachorowalność i chorobowość choroby Leśniowskiego-Crohna i wrzodziejącego zapalenia jelita grubego w Polsce według grup wiekowych w latach 2010 – 2021	55
Rysunek 39. Rozkład wydatków ZUS według kategorii	59
Rysunek 40. Wydatki ZUS w przeliczeniu na jedną osobę w wieku produkcyjnym	59
Rysunek 41. Wydatki ZUS w przeliczeniu na jedną osobę pracującą	60
Rysunek 42. Wydatek rent i absencji ZUS na jedną osobę w wieku produkcyjnym	61
Rysunek 43. Wydatek ZUS z powodu rent i absencji na jedną pracującą osobę	62
Rysunek 44. Udział kategorii wydatków dla chorób NChZJ w wydatkach KRUS	63
Rysunek 45. Udział kategorii wydatków dla chorób ICD – 10 w wydatkach KRUS	63
Rysunek 46. Odsetek chorych leczonych w PL B.32, a wartości PKB per capita w województwie	64
Rysunek 47. Zależność pomiędzy liczbą chorych leczonych w PL B.32, a wartością PKB per capita	65

