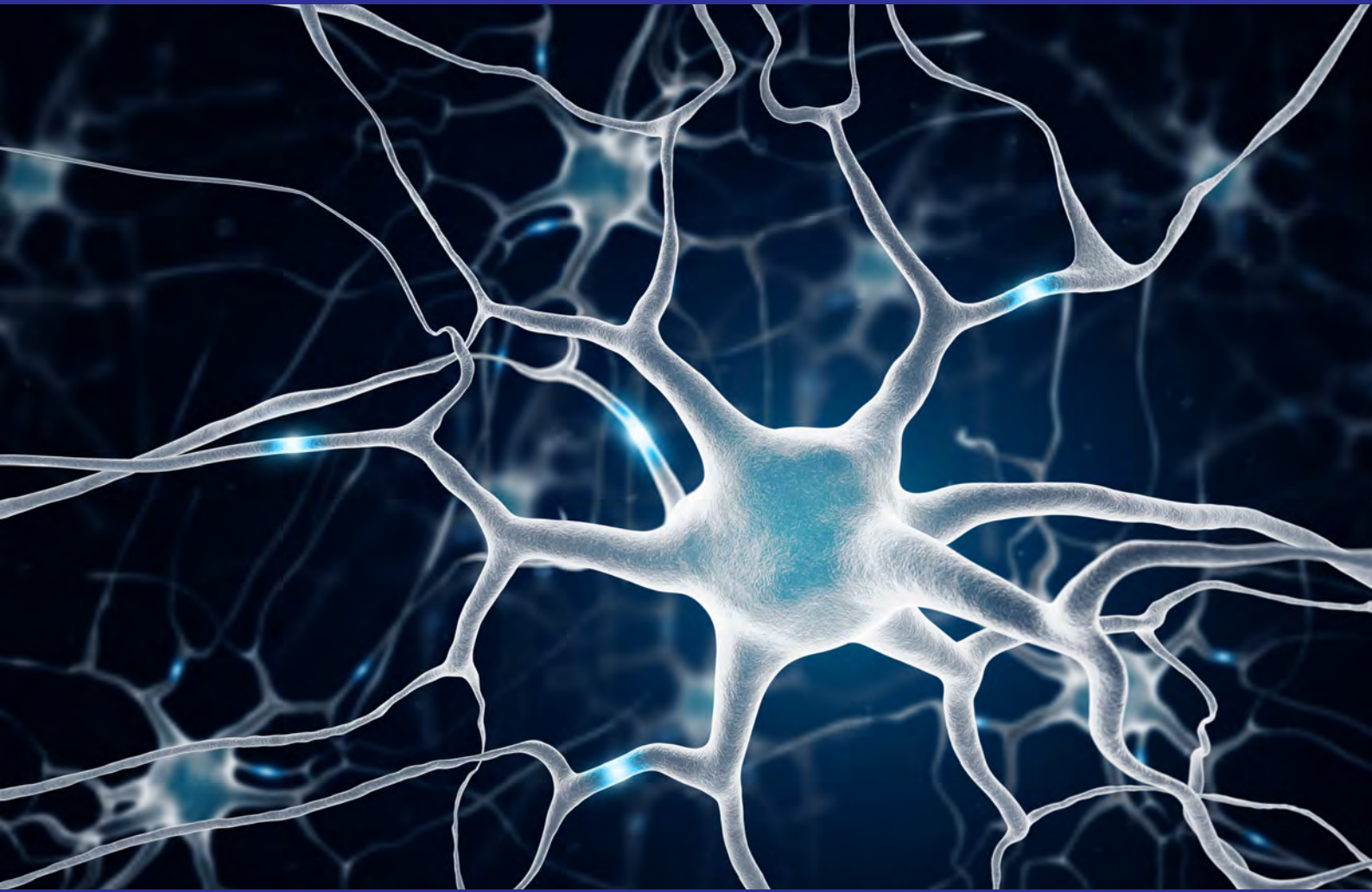


NFZ o zdrowiu

Stwardnienie rozsiane



NFZ

Narodowy Fundusz Zdrowia

cez Centrum
e-Zdrowia

Warszawa, maj 2021

Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia

Departament Analiz i Innowacji

ISBN: 978-83-956980-8-8

Ponowne wykorzystanie treści przedstawionych informacji jest możliwe pod warunkiem podania źródła. Narodowy Fundusz Zdrowia nie ponosi odpowiedzialności za ponowne wykorzystanie przedstawionych treści zawartych w tej publikacji.

Spis treści

1 Wstęp	8
2 Zapadalność oraz współczynnik chorobowości stwardnienia rozsianego na podstawie danych płatnika	10
2.1 Rozważane metodyki szacowania zapadalności i chorobowości rejestrowanej	10
2.2 Zapadalność rejestrowana i współczynnik chorobowości	13
3 Obraz leczenia stwardnienia rozsianego na podstawie danych płatnika	20
3.1 Analiza liczby pacjentów i wartości refundacji świadczeń	20
3.2 Programy lekowe stosowane w leczeniu stwardnienia rozsianego	27
3.3 Rehabilitacja lecznicza	36
3.4 Analiza historii świadczeń pacjentów ze stwierdzonym stwardnieniem rozsianym . . .	37
3.5 Analiza świadczeń pacjentów przed rozpoznaniem G35 – stwardnienie rozsiane	54
4 Refundacja leków aptecznych	56

Komentarz naukowy do raportu pt. „NFZ o zdrowiu. Stwardnienie rozsiane”

Autorzy komentarza:

- Pani prof. dr hab. n. med. Agnieszka Słowik, Konsultant Krajowy w dziedzinie neurologii, Kierownik Kliniki Neurologii Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie,
- Pan prof. dr hab. n. med. Jarosław Sławek, Prezes Polskiego Towarzystwa Neurologicznego, Kierownik Oddziału Neurologii Szpitala św. Wojciecha w Gdańsku, Profesor Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego,
- Pan prof. dr hab. n. med. Konrad Rejdak, Prezes Elekt Polskiego Towarzystwa Neurologicznego, Kierownik Kliniki Neurologii Uniwersytetu Medycznego w Lublinie,
- Pani prof. dr hab. n. med. Halina Bartosik-Psujek, Przewodnicząca Sekcji Stwardnienia Rozsianego i Neuroimmunologii Polskiego Towarzystwa Neurologicznego, Kierownik Kliniki Neurologii
- Pani prof. dr hab. n. med. Alina Kułakowska, Członek Zarządu Polskiego Towarzystwa Neurologicznego, Z-ca Kierownika Kliniki Neurologii Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku
- Pani prof. dr hab. n. med. Monika Adamczyk-Sowa, Kierownik Katedry i Kliniki Neurologii w Zabrze Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach oraz Prezes Elekt Sekcji Stwardnienia Rozsianego i Neuroimmunologii Polskiego Towarzystwa Neurologicznego
- Pani dr Małgorzata Gałązka-Sobotka, Dyrektor Instytutu Zarządzania w Ochronie Zdrowia oraz Center of VBHC Uczelni Łazarskiego w Warszawie
- Pan dr Jakub Gierczyński, Ekspert systemu ochrony zdrowia, ekspert IZWOZ, Uczelnia Łazarskiego
- Pan dr Jerzy Gryglewicz, Ekspert systemu ochrony zdrowia, ekspert IZWOZ, Uczelnia Łazarskiego

Środowisko ekspertów klinicznych i systemowych docenia przełomowość pierwszego raportu na temat stwardnienia rozsianego opublikowanego przez Narodowy Fundusz Zdrowia w oparciu o analizę rzeczywistych danych raportowanych przez świadczeniodawców do płatnika publicznego. Na docenienie zasługuje fakt, że zespół analityków NFZ przeprowadził przekrojową i dogłębną analizę danych rozliczeniowych, umożliwiając wszystkim interesariuszom systemowym zrozumienie

wyzwań związanych z optymalizacją i pomiarem efektywności opieki medycznej nad chorymi na stwardnienie rozsiane w Polsce.

Na podstawie opublikowanych danych należy stwierdzić, że sytuacja chorych na stwardnienie rozsiane w Polsce ulega systematycznej poprawie. Liczba leczonych pacjentów z SM w ramach programów lekowych wzrosła ponad dwukrotnie w latach 2013-2019 - od 6,8 tys. chorych w 2013 r. do 15,6 tys. chorych w 2019 r. Adekwatnie do potrzeb zdrowotnych rosły nakłady przeznaczane na leczenie chorych w ramach obu programów lekowych. W ramach programu lekowego B.29 odnotowano dwukrotny wzrost wydatków NFZ z 168,7 mln zł w 2013 r. do 390,9 mln zł w 2019 r., natomiast w programie lekowym B.46 odnotowano analogiczny wzrost z 15,8 mln zł w 2013 r. do 38,4 mln zł w 2019 r.

Jednocześnie rok do roku poprawia się dostęp chorych do leków zalecanych przez standardy terapeutyczne. W 2019 r. w ramach dwóch programów lekowych było dostępnych dwanaście substancji czynnych. Co raz większy odsetek chorych jest leczony lekami nowszych generacji – bardziej skutecznymi i lepiej tolerowanymi. Bardzo pozytywnym trendem odnotowanym przez ostatnie lata jest skracanie czasu oczekiwania na refundację publiczną nowych leków w terapii stwardnienia rozsianego w Polsce, licząc go od daty zarejestrowania leku w Unii Europejskiej. W przypadku tak heterogenicznej choroby (wiele postaci), jaką jest stwardnienie rozsiane kluczowym jest dostęp refundacyjny do wszystkich zarejestrowanych i zawartych w standardach terapii leków.

Należy podkreślić, że zdiagnozowani chorzy na stwardnienie rozsiane, którzy nie spełniają kryteriów włączenia do programów lekowych lub zakończyli w nich udział są również objęci opieką w ramach innych świadczeń zdrowotnych. W 2013 r. takich chorych było 37 tys., a w 2019 r. – 29 tys.

Bardzo ważnym aspektem kompleksowego leczenia stwardnienia rozsianego jest rehabilitacja lecznicza. W 2019 r. rozliczono 470 tys. świadczeń w rodzaju rehabilitacja lecznicza dla 16,6 tys. pacjentów z SM. Można zauważyć znaczący wzrost (27%) udzielonych świadczeń w rodzaju rehabilitacja lecznicza w stosunku do roku poprzedniego. Wartość refundacji tych świadczeń wynosiła w 2019 r. ok. 46 mln zł – odnotowano wzrost wartości o 15,6 mln zł (31,5%) w stosunku do 2013 r. Pomimo tego, dostęp chorych na SM do świadczeń rehabilitacji leczniczej jest utrudniony i nie zabezpiecza w pełni ich potrzeb zdrowotnych. W 2016 r. w porównaniu do 2013 r. o 0,7 tys. spadła liczba pacjentów z SM, którzy otrzymali świadczenie w rodzaju rehabilitacja lecznicza. Oznacza to wzrost chorych na stwardnienie rozsiane, nie korzystających z rehabilitacji. Zauważalny jest także spadek liczby pacjentów z rehabilitacją leczniczą otrzymaną do roku od daty rozpoznania choroby. Nie musi to jednak wynikać z gorszego dostępu tej grupy chorych do świadczeń, ale może być spowodowane faktem co raz sprawniejszego stawiania diagnozy, we wczesnym okresie choroby, kiedy pacjenci są w pełni sprawni i nie wymagają świadczeń rehabilitacyjnych. Należy jednak podkreślić, że rehabilitacja lecznicza w stwardnieniu rozsianym jest bardzo ważną częścią leczenia objawowego, ponieważ pozwala poprawić sprawność i jest nieodłącznym elementem zachowania przez chorego samodzielności. Dostępność do niej dla wszystkich potrzebujących jej pacjentów powinna być ważnym parametrem oceny jakości opieki w tym obszarze.

Z raportu wynika, że w 2019 r. udzielono 662 tys. świadczeń chorym na stwardnienie rozsiane. Stanowiło to przyrost udzielonych świadczeń o 18,7% w stosunku do roku poprzedniego. Wartość refundacji świadczeń w 2019 r. wynosiła 145 mln zł i była o 20 mln zł (14%) wyższa niż w 2018 r. Patrząc jednak na tryb udzielanych świadczeń, należy stwierdzić, że ciągle przeważają świadczenia w ramach lecznictwa szpitalnego, zamiast w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS).

Bardzo cennym elementem raportu są analizy danych sprawozdawanych przez świadczeniodawców do Narodowego Funduszu Zdrowia pod kątem oszacowania współczynników zapadalności i chorobowości rejestrowanej pacjentów ze stwardnieniem rozsianym. Wydaje się, że przyjęta przez analityków NFZ metodyka oszacowań jest właściwa i potwierdzają ją dane publikowane przez środowisko neurologów oparte na rejestrze chorych na stwardnienie rozsiane. W ostatnich latach rośnie zainteresowanie wykorzystaniem administracyjnych baz danych płatnika w celu oszacowania częstości występowania stwardnienia rozsianego. W Niemczech chorzy na stwardnienie rozsiane będący zarejestrowani w bazie płatnika zostali zdefiniowani jako mający ≥ 1 rozpoznanie SM w ramach opieki ambulatoryjnej lub przepisany ≥ 1 lek modyfikujący chorobę w okresie obserwacji. We Włoszech przeprowadzono szacowanie populacji chorych na SM w oparciu o dane płatnika w zakresie rejestru wypisów ze szpitali oraz bazę danych recept przepisanych, co najmniej raz pacjentom w poradniach ambulatoryjnych w specjalistycznych ośrodkach leczących stwardnienie rozsiane. W raporcie NFZ przyjęto rozpoznanie stwardnienia rozsianego u pacjenta, któremu **udzielono świadczenia w ramach co najmniej jednego z dwóch programów lekowych leczenia stwardnienia rozsianego lub w którego historii odnotowano co najmniej 3 świadczenia w przeciągu 3 lat z rozpoznaniem G35 w rodzaju świadczeń: ambulatoryjna opieka specjalistyczna, leczenie szpitalne, rehabilitacja w tym co najmniej jedno świadczenie w poradni lub na oddziale neurologicznym.** Przyjęte podejście jest rezultatem wielotygodniowej dyskusji analityków NFZ z gronem zaangażowanych w prace ekspertów, poprzedzonej analizą wielu innych alternatywnych wariantów metodyki liczenia chorobowości i zapadalności na SM w Polsce. **Proces wyłonienia najbardziej trafnej metody definiowania chorego na SM w statystykach publicznych należy uznać za precedens i bardzo dobrą praktykę, której upowszechnienie zwiększy precyzję w analizie danych gromadzonych przez NFZ i wpłynie na jakość wniosków, które formułuje się na tej podstawie.**

Biorąc pod uwagę powyższe założenia współczynnik zapadalności rejestrowanej stwardnienia rozsianego wyniósł w 2016 r. 6,28 przypadki na 100 tys. ludności, a współczynnik chorobowości rejestrowanej 110,39 przypadki na 100 tys. ludności. Największą wartość zapadalności rejestrowanej w 2016 r. odnotowano w grupie wiekowej 26-35 lat. Bardzo cenne są dane zaprezentowane w ujęciu wojewódzkim. Największa zapadalność rejestrowana była w województwie podkarpackim - 7,8 chorych na SM na 100 tys. ludności, a najniższa w województwie lubuskim - 4,8 pacjentów na 100 tys. ludności. Największą wartość współczynnika chorobowości w 2016 r. odnotowano w województwie podkarpackim - 131,7 pacjentów na 100 tys. ludności, natomiast najniższa w województwie zachodniopomorskim - 86,6 pacjentów na 100 tys. ludności. Liczba pacjentów ogółem, którym udzielono świadczenia z rozpoznaniem G35 – stwardnienie rozsiane w 2019 r. wynosiła 44,43 tys., z czego blisko 70% stanowiły kobiety (30,91 tys.), a 30% mężczyźni (13,52 tys.). Znaczące różnice pomiędzy województwami w zakresie współczynników epidemiologicznych powinny być dokładniej zbadane w aspekcie liczby pracujących neurologów czy dostępności do poradni i oddziałów neurologicznych. W Polsce programy lekowe leczenia stwardnienia rozsianego w 2019 r. były realizowane przez 127 świadczeniodawców, co gwarantuje dobry dostęp pacjentów do ośrodków klinicznych na terenie całej Polski.

Podrozdział pt. „Analiza historii świadczeń pacjentów ze stwierdzonym stwardnieniem rozsianym” przedstawia po raz pierwszy ścieżki diagnostyczno-terapeutyczne pacjentów ze stwardnieniem rozsianym w Polsce. Analizy potwierdzają prawidłowe funkcjonowanie systemu opieki nad chorym na stwardnienie rozsiane w Polsce, w którym pacjent z podejrzeniem stwardnienia roz-

sianego trafia do przychodni neurologicznej lub na szpitalny oddział neurologiczny. Jednocześnie raport potwierdza wcześniejsze publikacje środowiska neurologów, które stwierdzały zbyt długie okresy czasu od pierwszych objawów do postawienia diagnozy SM oraz od diagnozy SM do rozpoczęcia terapii lekami modyfikującymi chorobę. Co prawda, przedstawiony w raporcie średni czas od rozpoznania stwardnienia rozsianego do wejścia do programu lekowego skrócił się w przypadku programu lekowego B.29 od 494 dni w 2013 r. do 235 dni w 2016 r., a programu lekowego B.46 z 1 077 dni w 2013 r. do 646 dni w 2016 r., ale jest on wciąż zdecydowanie zbyt długi. Skrócenie czasu od pierwszych objawów choroby do postawienia diagnozy oraz krótszy czas od diagnozy do rozpoczęcia terapii jest wyzwaniem dla środowiska klinicystów, pacjentów oraz płatnika publicznego na najbliższe lata.

Głównymi wyzwaniami w zakresie optymalizacji diagnostyki i terapii SM w Polsce są przede wszystkim ograniczenia kadrowe ośrodków klinicznych. Szczególnie dotyczy to niedoboru neurologów oraz obciążenia administracyjnego lekarzy. Postulaty Polskiego Towarzystwa Neurologicznego dotyczą m.in. zwiększenia wyceny świadczeń medycznych w ramach programów lekowych, dalszej modyfikacji zapisów programów odzwierciedlających aktualne wytyczne kliniczne, szczególnie w zakresie kwalifikacji do poszczególnych linii leczenia, uproszczenie systemu raportowania, zróżnicowanie systemu wyceny w zależności od referencyjności ośrodka leczącego oraz nadanie neurologii statusu specjalizacji priorytetowej. Kierunki pożądanych zmian w zakresie modelu opieki nad chorymi są również zawarte w opracowywanej strategii Polskiego Towarzystwa Neurologicznego. Wśród strategicznych kierunków wymienia się potrzebę powołania Centrów Kompleksowej Diagnostyki i Leczenia Stwardnienia Rozsianego, zajmujących się diagnostyką i leczeniem SM oraz prowadzących opiekę koordynowaną, odciążenia lekarzy i pielęgniarek poprzez asystentów opieki, zajmujących się organizacją wizyt i sprawozdawczością. Bardzo ważnym kierunkiem działań powinien być również rozwój telemedycyny oraz budowanie świadomości pierwszych objawów stwardnienia rozsianego wśród pacjentów oraz lekarzy POZ.

Opublikowany raport jest znakomitym materiałem do merytorycznej dyskusji opartej na wiarygodnych danych na temat optymalizacji diagnostyki i terapii SM w Polsce. Pozostaje mieć nadzieję, że opracowanie to będzie cyklicznie aktualizowane, aby ekspercka dyskusja i wdrażane rozwiązania systemowe były oparte na aktualnych i wiarygodnych danych.

Wstęp

Stwardnienie rozsiane jest jedną z częstszych chorób ośrodkowego układu nerwowego (mózgu i rdzenia kręgowego). W 2016 r. na świecie na stwardnienie rozsiane cierpiało ok. 2,2 mln ludzi¹.

Stwardnienie rozsiane jest stanem zapalnym demielinizacyjnym. Choroba ta jest klasyfikowana jako nawracające objawy neurologiczne, które są spowodowane uszkodzeniem mieliny w ośrodkowym układzie nerwowym. U każdej osoby choroba ta może przebiegać inaczej. Najczęściej występujące przebiegi choroby to:²

- postać rzutowo-remisyjna, która charakteryzuje się przeplatającymi się okresami rzutu oraz remisji choroby,

- postać pierwotnie postępująca, która charakteryzuje się stałym postępowaniem choroby od początku jej trwania,
- postać wtórnie postępująca charakteryzuje się stopniowo zanikającymi aktywnymi okresami choroby przy stale postępującej niepełnosprawności.³

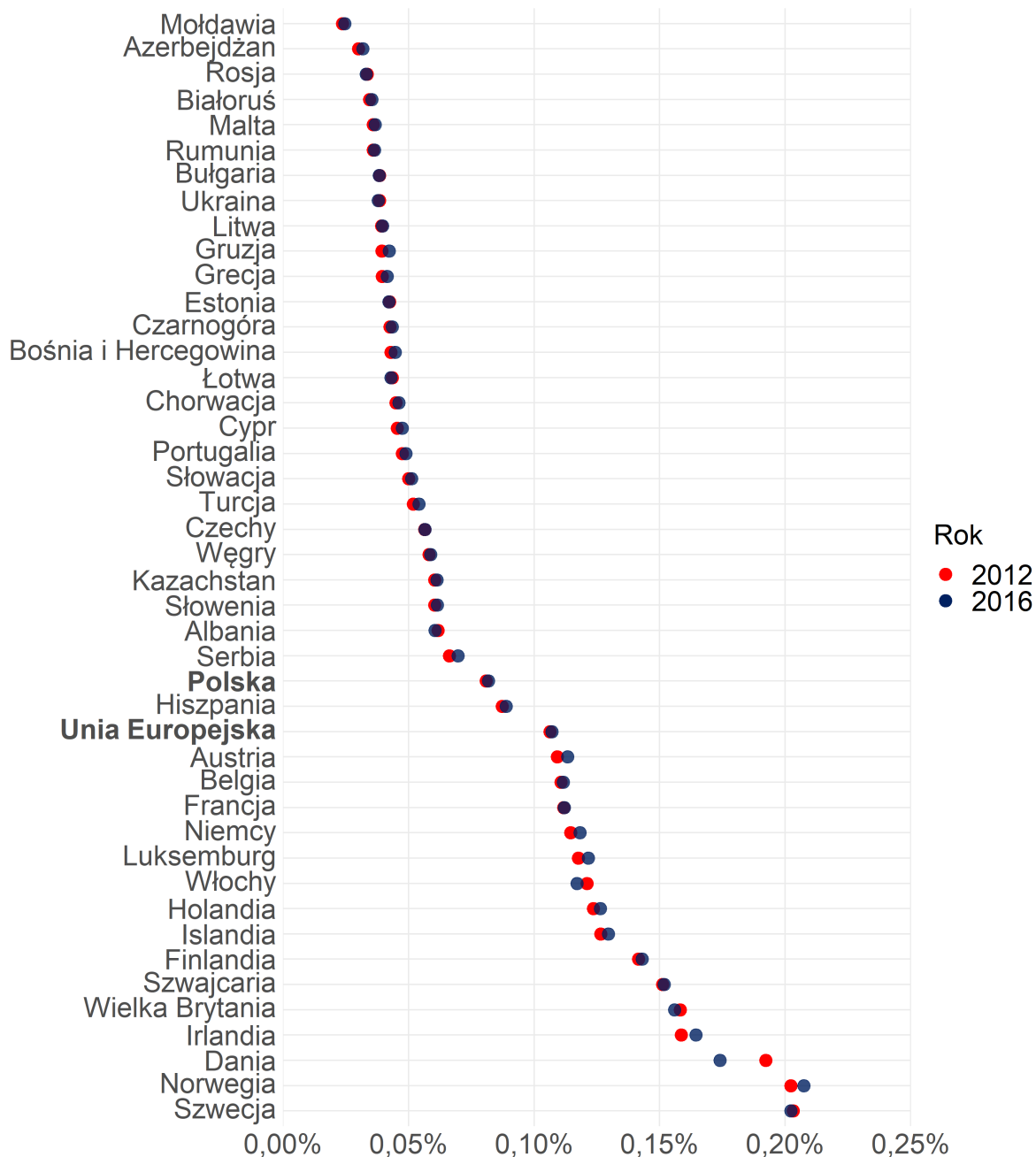
Zgodnie z danymi Institute for Health Metrics and Evaluation w 2016 r. w Polsce było 30 tys. osób chorych na stwardnienie rozsiane, co stanowiło 0,08% ludności. Plasowało to Polskę nieco poniżej wartości dla Unii Europejskiej (0,11%). Wykres 1.1 przedstawia odsetek osób chorych na stwardnienie rozsiane w wybranych krajach w roku 2012 oraz 2016.

¹Global, regional, and national burden of multiple sclerosis 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016

²Polski Przegląd Neurologiczny, 2005, tom 1, nr 3 Krzysztof Selmaj Klinika i Katedra Neurologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, Stwardnienie rozsiane — kryteria diagnostyczne i naturalny przebieg choroby

³Strona internetowa Polskiego Towarzystwa Stwardnienia Rozsianego <https://www.ptsr.org.pl/>

Wykres 1.1: Odsetek osób chorych na stwardnienie rozsiane (G35 wg ICD-10) w wybranych krajach europejskich w latach 2012 i 2016



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME)

Zapadalność oraz współczynnik chorobowości stwardnienia rozsianego na podstawie danych płatnika

W niniejszym rozdziale przedstawiono oszacowanie współczynników zapadalności i chorobowości rejestrowanej pacjentów ze stwardnieniem rozsianym¹ na podstawie danych sprawozdawanych przez świadczeniodawców do Narodowego Funduszu Zdrowia. Dane zostały przedstawione jako współczynnik w przeliczeniu na 100 tys. ludności w poszczególnych latach. Dane te, ze względu na

swoją specyfikę, nie zawsze mogą być wprost wykorzystywane do szacowania wyżej wymienionych współczynników. W rozdziale tym przedstawiono przyjęte założenia oraz ich wpływ na końcowe oszacowania współczynników zapadalności oraz chorobowości rejestrowanej, jak również zaprezentowano analizę przekrojową populacji zidentyfikowanej w oparciu o ostatecznie wybraną metodykę.

2.1 Rozważane metodyki szacowania zapadalności i chorobowości rejestrowanej

Z uwagi na istotną wrażliwość szacunków zapadalności rejestrowanej i współczynnika chorobowości na przyjęte założenia co do warunków niezbędnych do uznania osoby za chorą na stwardnienie rozsiane, rozważano kilka możliwych sposobów definiowania osoby chorej. Tabela 2.1 prezentuje opis roz-

ważanych podejść. Należy zauważyć, że metodyka pierwsza posiada „najlepsze” kryteria. W kolejnych podejściach dodawane są dodatkowe warunki, warunkujące uznanie danej osoby za osobę chorą na stwardnienie rozsiane.

¹ Rozpoznanie G35 wg Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10

Tabela 2.1: Rozważane metodyki przy analizie zapadalności i chorobowości rejestrowanej pacjentów ze stwardnieniem rozsianym

Metodyka	Opis definicji osoby chorej na stwardnienie rozsiane
Metodyka 1	pacjent, któremu udzielono świadczenia w ramach co najmniej jednego z dwóch programów lekowych leczenia stwardnienia rozsianego lub w którego historii odnotowano co najmniej 3 świadczenia w przeciągu 3 lat z rozpoznaniem głównym G35 w dowolnym rodzaju świadczeń
Metodyka 2	pacjent, któremu udzielono świadczenia w ramach co najmniej jednego z dwóch programów lekowych leczenia stwardnienia rozsianego lub w którego historii odnotowano co najmniej 3 świadczenia w przeciągu 3 lat z rozpoznaniem głównym G35 w rodzaju świadczeń: ambulatoryjna opieka specjalistyczna, leczenie szpitalne, rehabilitacja
Metodyka 3	pacjent, któremu udzielono świadczenia w ramach co najmniej jednego z dwóch programów lekowych leczenia stwardnienia rozsianego lub w którego historii odnotowano co najmniej 3 świadczenia w przeciągu 3 lat z rozpoznaniem głównym G35 w rodzaju świadczeń: ambulatoryjna opieka specjalistyczna, leczenie szpitalne, rehabilitacja w tym co najmniej jedno świadczenie w poradni lub na oddziale neurologicznym
Metodyka 4	pacjent, któremu udzielono świadczenia w ramach co najmniej jednego z dwóch programów lekowych leczenia stwardnienia rozsianego lub w którego historii odnotowano co najmniej 3 świadczenia w przeciągu 3 lat z rozpoznaniem głównym G35 w rodzaju świadczeń: ambulatoryjna opieka specjalistyczna, leczenie szpitalne, rehabilitacja w tym co najmniej jedno na oddziale neurologicznym

Źródło: Opracowanie własne

Biorąc pod uwagę powyższe założenia dotyczące odnotowania w historii pacjenta co najmniej 3 świadczeń w ciągu trzech lat, ostatnim rokiem dla którego oszacowano rozważane współczynniki był rok 2016. Porówna-

nie współczynnika zapadalności i chorobowości rejestrowanej według poszczególnych opcji zaprezentowano w Tabelach 2.2 i 2.3 oraz na Wykresach 2.1 i 2.2. W dalszych częściach raportu wykorzystywana będzie Metodyka 3.

Tabela 2.2: Zapadalność rejestrowana na 100 tys. ludności wg rozważanych metodyk w latach 2013–2016

Rok	Metodyka 1	Metodyka 2	Metodyka 3	Metodyka 4
2013	10	8,7	8,2	5,9
2014	8,7	7,6	7,1	5,2
2015	7,8	6,8	6,5	5
2016	7,4	6,6	6,3	5

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ oraz GUS

Wykres 2.1: Zapadalność rejestrowana na 100 tys. ludności wg rozważanych metodyk w latach 2013–2016

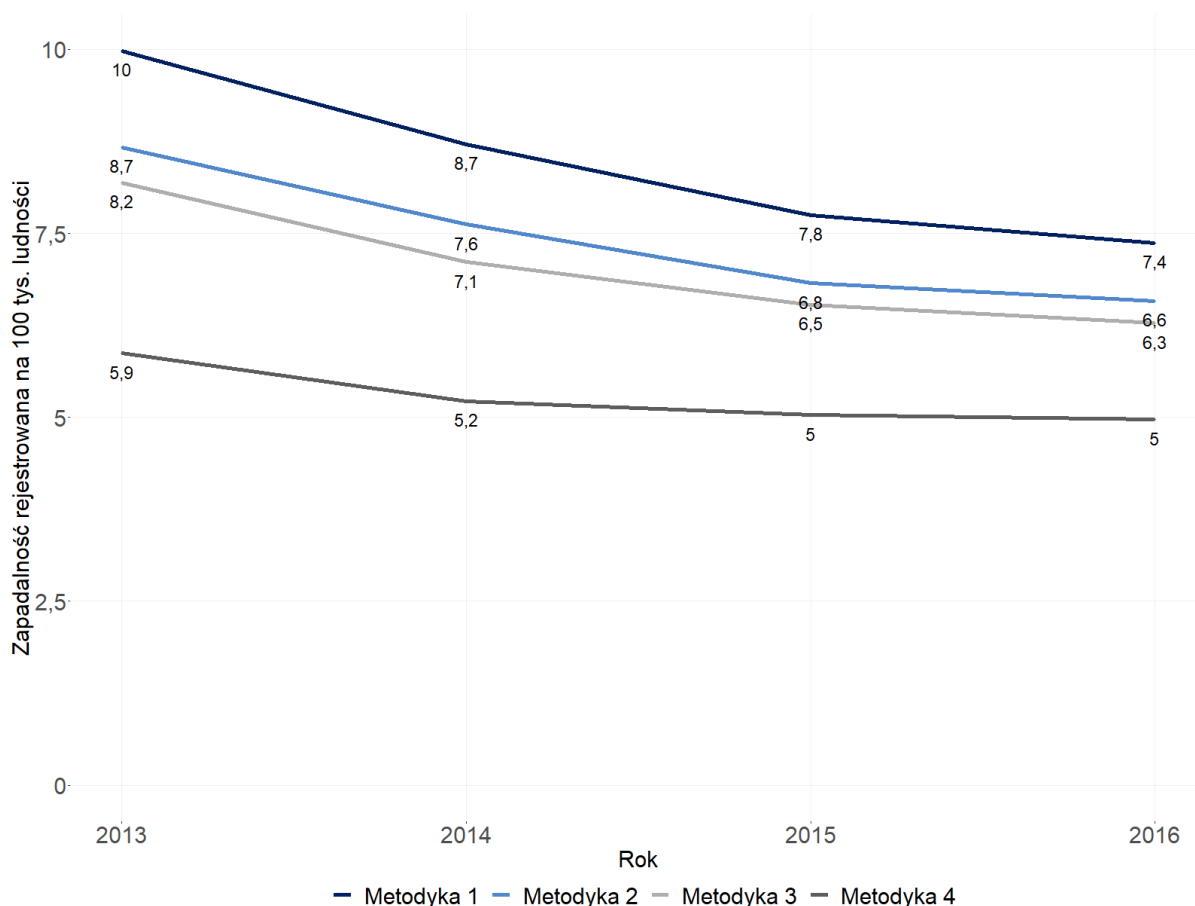
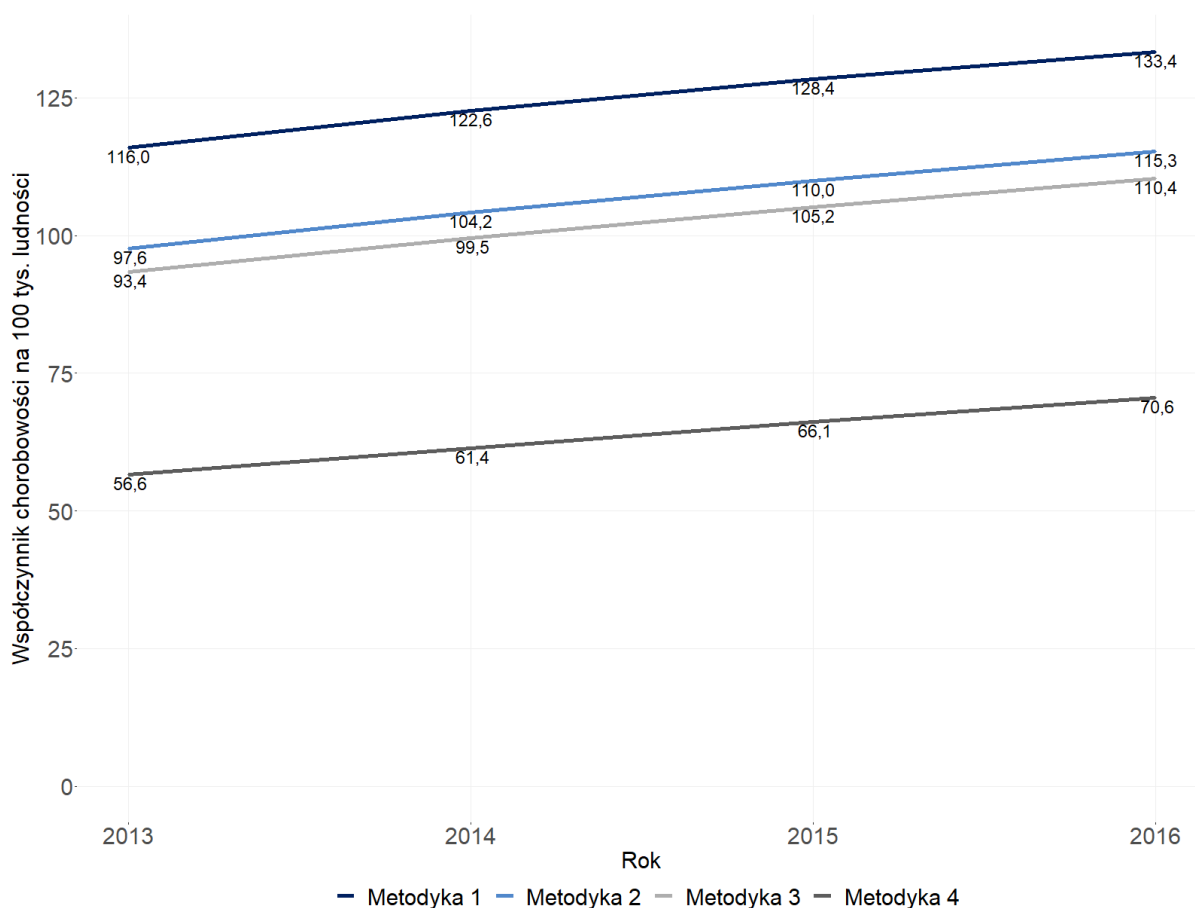


Tabela 2.3: Współczynnik chorobowości rejestrowanej na 100 tys. ludności wg rozważanych metodyk w latach 2013–2016

Rok	Metodyka 1	Metodyka 2	Metodyka 3	Metodyka 4
2013	116,03	97,63	93,36	56,57
2014	122,61	104,18	99,54	61,43
2015	128,41	109,99	105,22	66,12
2016	133,38	115,30	110,39	70,60

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ oraz GUS

Wykres 2.2: Współczynnik chorobowości na 100 tys. ludności wg rozważanych metodyk w latach 2013–2016

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ oraz GUS

2.2 Zapadalność rejestrowana i współczynnik chorobowości

Na potrzeby szacowania współczynników epidemiologicznych, za pacjentów z potwier-

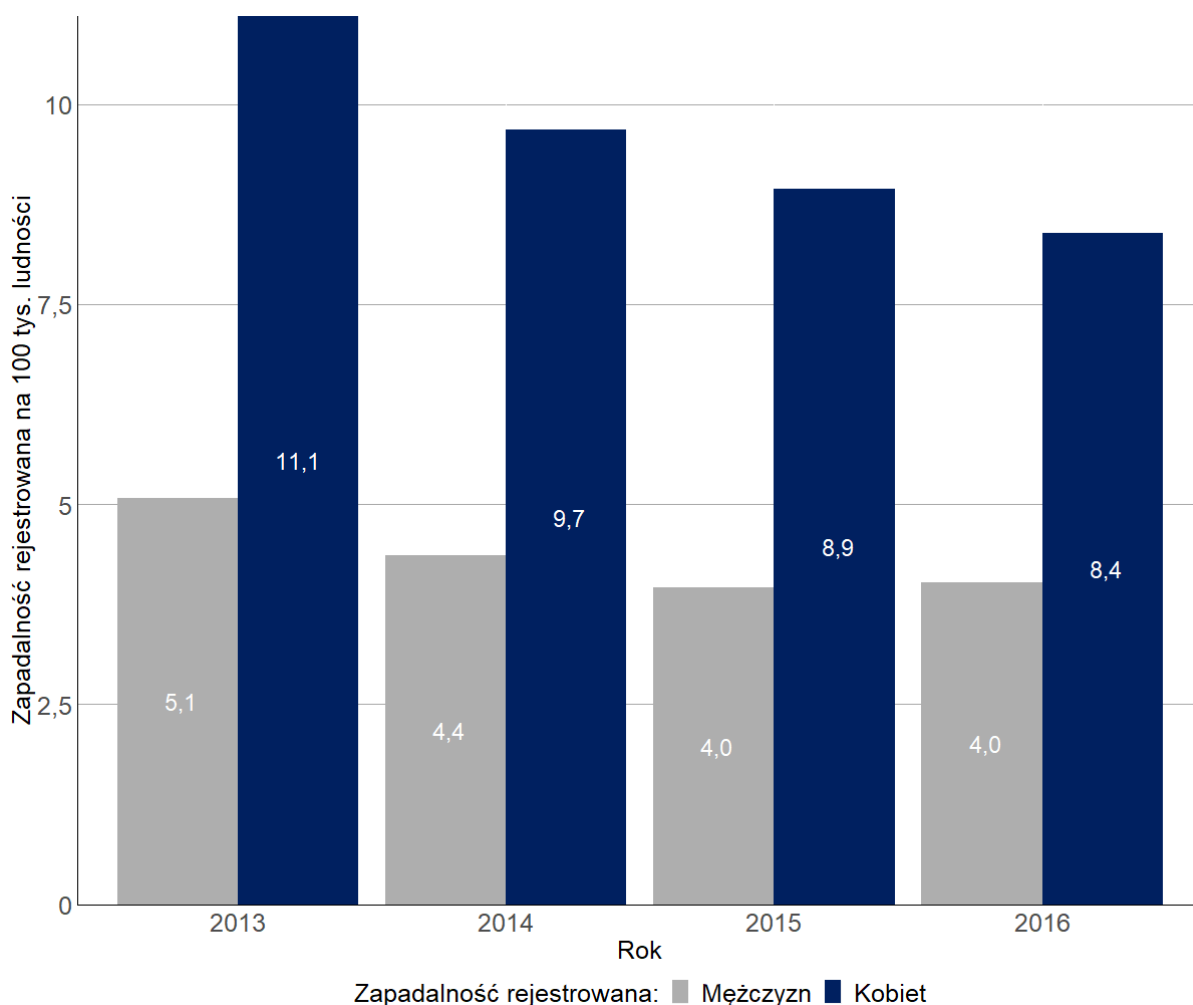
dzonym stwardnieniem rozsianym uznano osoby, które miały udzielone świadczenie

w ramach co najmniej jednego z dwóch programów lekowych leczenia stwardnienia rozsianego lub u których rozpoznanie G35 - stwardnienie rozsiane, pojawiło się w rodzaju świadczeń: ambulatoryjna opieka specjalistyczna (AOS), leczenie szpitalne, rehabilitacja co najmniej trzykrotnie w przeciągu 3 lat, w tym chociaż jedno pojawiło się na oddziale neurologicznym lub w ramach porady w poradni neurologicznej (Metodyka 3). Na potrzeby obliczenia współczynnika zapadalności rejestrowanej za początek choroby uznano początek pierwszego świadczenia z rozpoznaniem głównym G35 - stwardnienie roz-

siane. W przypadku chorobowości rejestrowanej w obliczeniach uwzględniono pacjentów uznanych za osoby chore zgodnie z metodyką przedstawioną w poprzedniej sekcji, które żyły w dniu 1 stycznia danego roku.

Biorąc powyższe pod uwagę, zapadalność rejestrowana w 2016 r. wynosiła 6,28 pacjentów w przeliczeniu na 100 tys. ludności natomiast w 2013 r. 8,19 pacjentów na 100 tys. ludności. Stanowi to spadek zapadalności o 23%. Wykres 2.3 prezentuje zapadalność rejestrowaną stwardnienia rozsianego w latach 2013–2016 w podziale na płeć.

Wykres 2.3: Zapadalność rejestrowana stwardnienia rozsianego w przeliczeniu na 100 tys. ludności w latach 2013–2016 w podziale na płeć

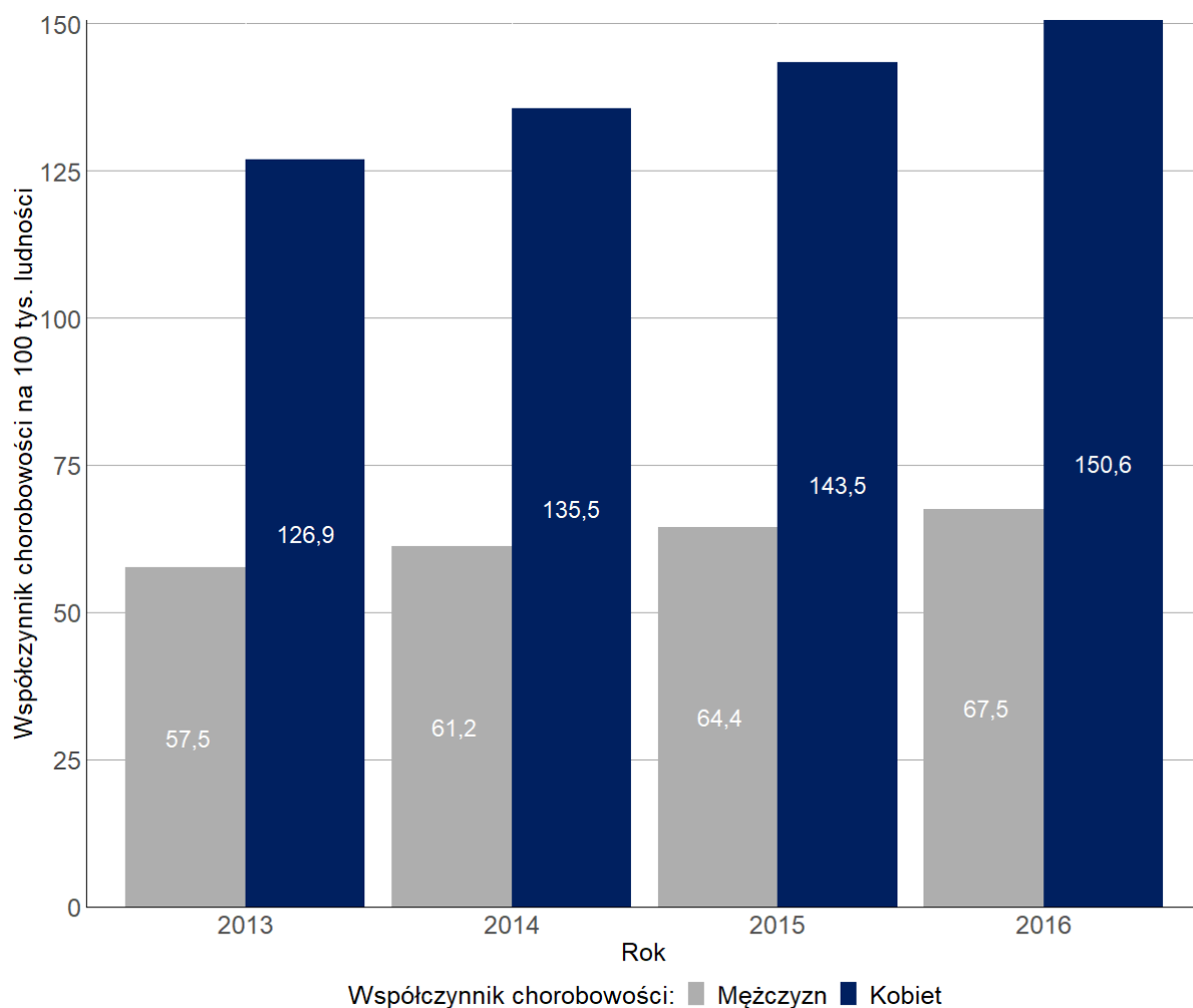


Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ oraz GUS

Współczynnik chorobowości w 2016 r. wynosił 110,39 pacjentów na 100 tys. ludności. Stanowi to wzrost o 18,24% w stosunku do 2013 r. Przedstawione dane wskazują, że w 2016 r. współczynnik chorobowości wśród

kobiet był 2,23 razy większy niż wśród mężczyzn. Wykres 2.4 przedstawia współczynnik chorobowości stwardnienia rozsianego w latach 2013–2016 w podziale na płeć.

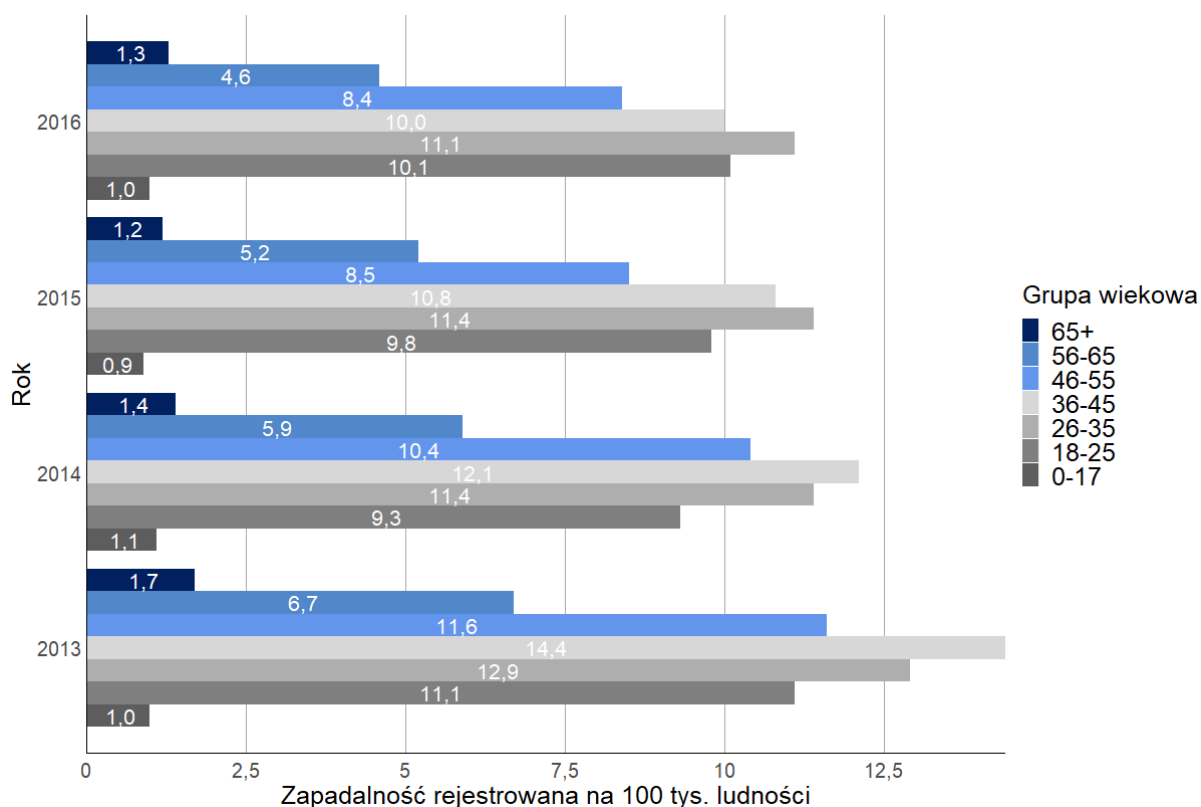
Wykres 2.4: Współczynnik chorobowości stwardnienia rozsianego w przeliczeniu na 100 tys. ludności w latach 2013–2016 w podziale na płeć



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ oraz GUS

Największa wartość zapadalności rejestrowanej w 2016 r. była w grupie wiekowej 26-35 lat. W 2016 r. 28% wszystkich pacjentów zdiagnozowanych było w tej grupie wiekowej. W 2013 r. największa zapadalność była

w grupie 36-45 lat, a odsetek wszystkich pacjentów w tej grupie wiekowej wynosił 26%. Wykres 2.5 przedstawia zapadalność rejestrowaną stwardnienia rozsianego w latach 2013–2016 w podziale na grupy wiekowe.

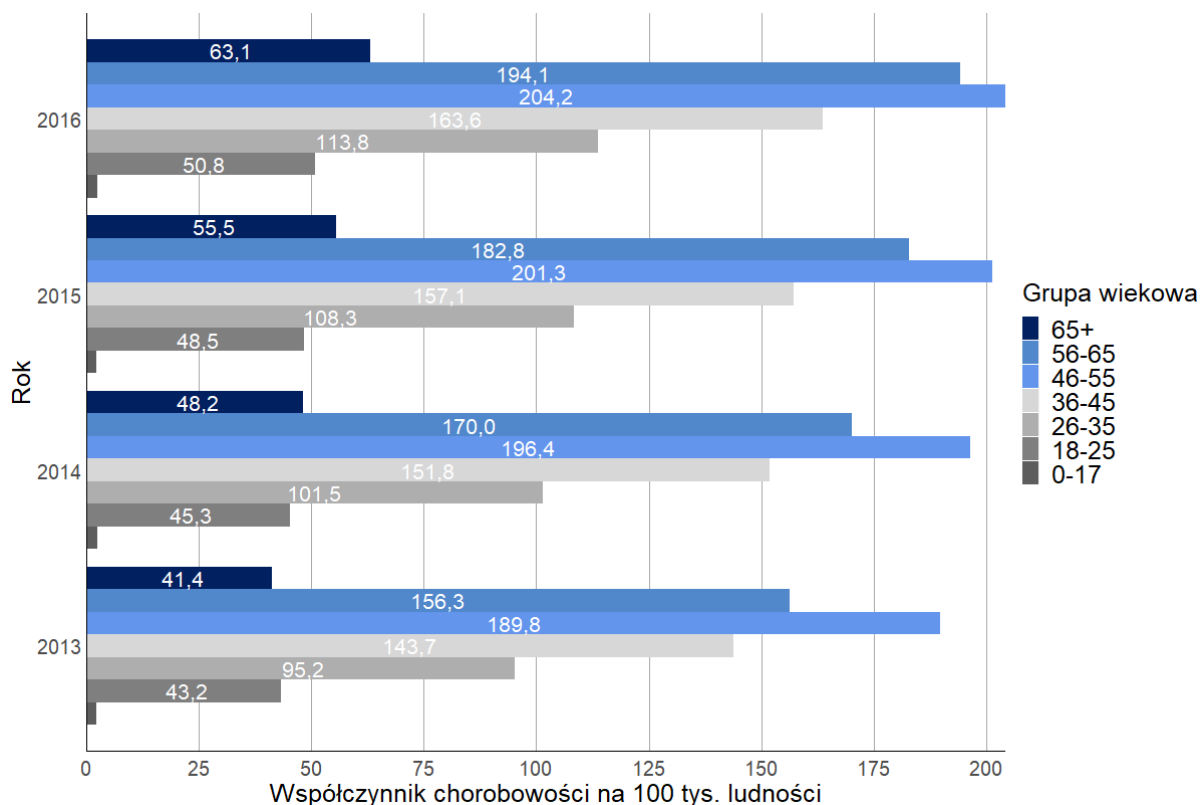
Wykres 2.5: Zapadalność rejestrowana stwardnienia rozsianego w przeliczeniu na 100 tys. ludności w latach 2013–2016 w podziale na grupy wiekowe

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ oraz GUS

Największa wartość współczynnika chorobowości w 2016 r. występowała w grupie wiekowej 46-55 lat. W 2016 r. 25% wszystkich pacjentów było w tej grupie wiekowej. W 2013 r. największa wartość współczynnika chorobowości także była w grupie 46-55 lat, a odse-

tek wszystkich pacjentów w tej grupie wiekowej wynosił 27%. Wykres 2.6 przedstawia współczynnik chorobowości stwardnienia rozsianego w latach 2013–2016 w podziale na grupy wiekowe.

Wykres 2.6: Współczynnik chorobowości stwardnienia rozsianego w przeliczeniu na 100 tys. ludności w latach 2013–2016 w podziale na grupy wiekowe

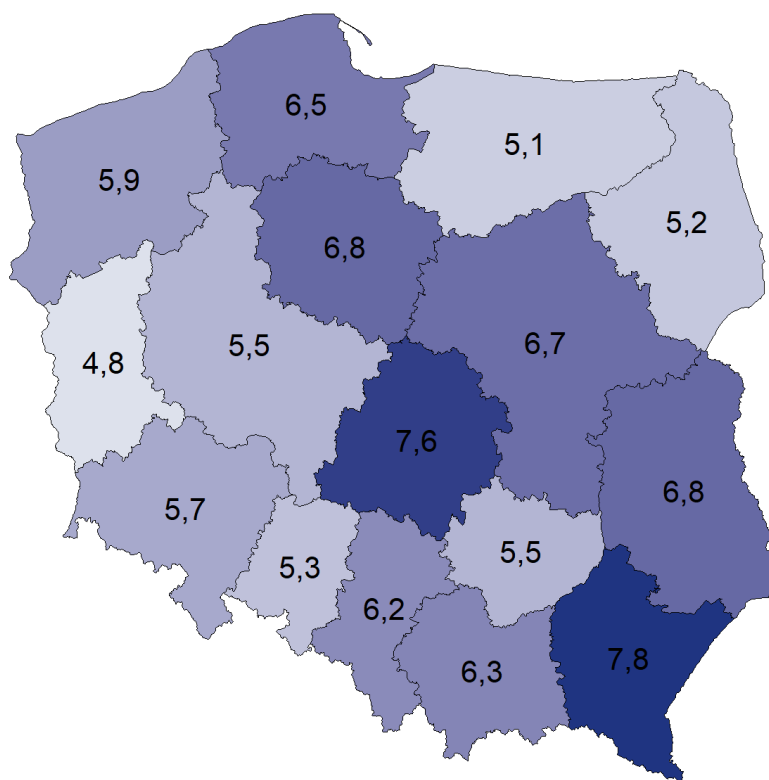


Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ oraz GUS

W 2016 r. największa zapadalność rejestrowana była w województwie podkarpackim - 7,8 pacjentów na 100 tys. ludności, a najniższa w województwie lubuskim - 4,8 pacjentów na 100 tys. ludności. Dane zostały przedsta-

wione w podziale na województwo zamieszkania pacjenta. Wykres 2.7 prezentuje zapadalność rejestrowaną w 2016 r. wg województwa zamieszkania pacjenta.

Wykres 2.7: Zapadalność rejestrowana stwardnienia rozsianego w przeliczeniu na 100 tys. ludności w 2016 r. wg województwa zamieszkania pacjenta

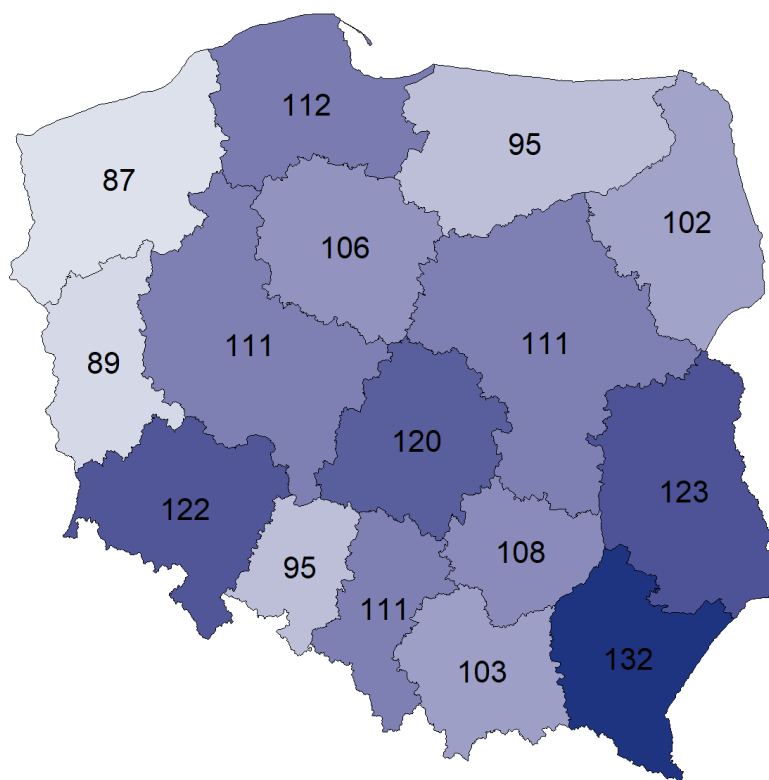


Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ oraz GUS

Największa wartość współczynnika chorobowości w 2016 r. występowała w województwie podkarpackim - 131,7 pacjentów

na 100 tys. ludności, najniższa w województwie zachodniopomorskim - 86,6 pacjentów na 100 tys. ludności.

Wykres 2.8: Współczynnik chorobowości stwardnienia rozsianego w przeliczeniu na 100 tys. ludności w 2016 r. wg województwa zamieszkania pacjenta



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ oraz GUS

Obraz leczenia stwardnienia rozsianego na podstawie danych płatnika

W niniejszym rozdziale dokonano analizy danych sprawozdawanych przez świadczeniodawców do Narodowego Funduszu Zdrowia pod kątem liczby świadczeń udzielonych oraz wartości refundacji świadczeń związanych z leczeniem stwardnienia rozsianego. W rozdziale za świadczenie z rozpoznaniem stwardnienia

rozsianego uznano każde świadczenie z głównym rozpoznaniem G35 – stwardnienie rozsiane wg Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 bez względu na miejsce udzielenia świadczenia, czy wcześniejszą lub późniejszą historię pacjenta¹.

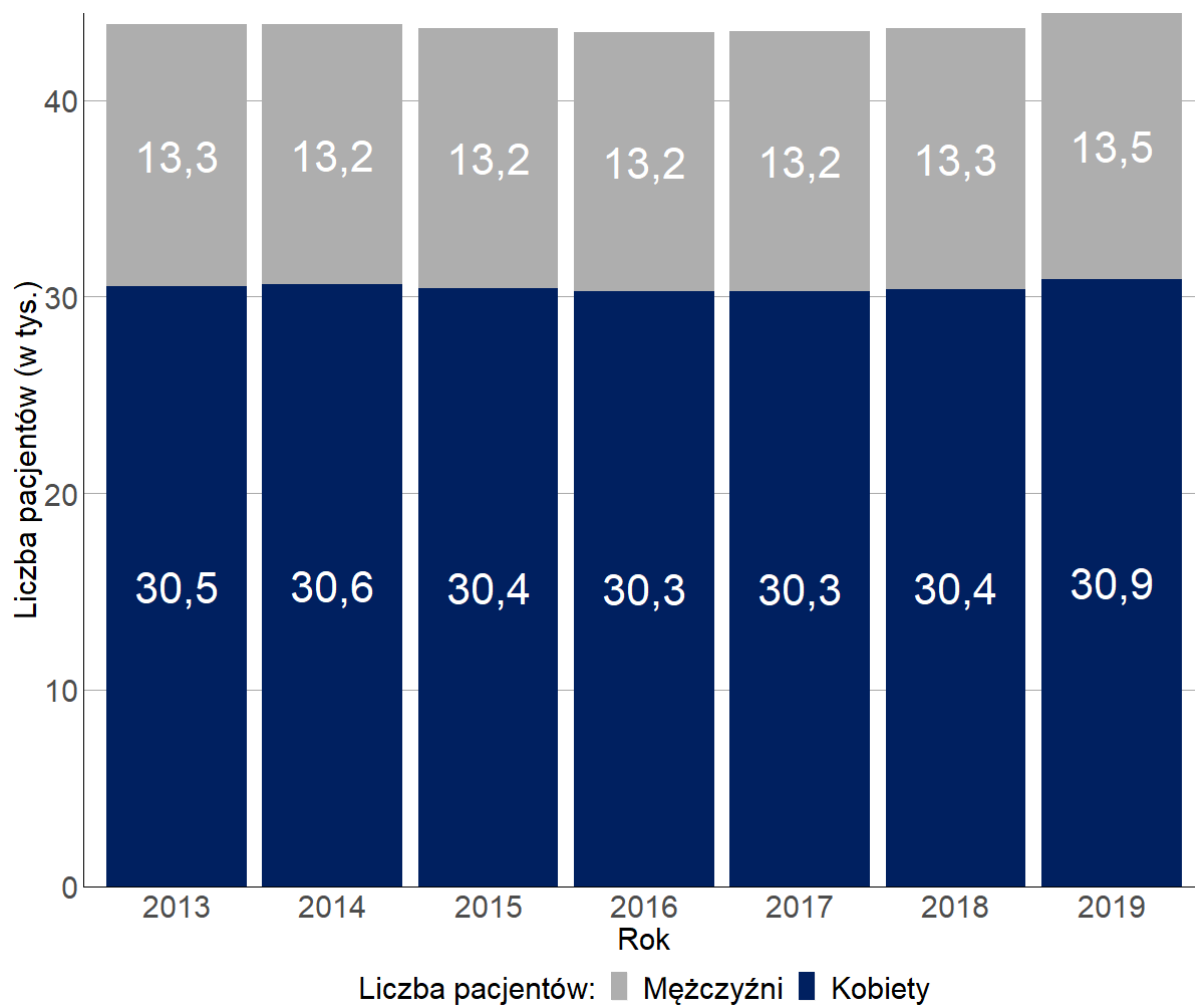
3.1 Analiza liczby pacjentów i wartości refundacji świadczeń

W latach 2013–2019 nie obserwowano znaczących zmian w liczbie pacjentów, którym udzielono świadczenia z rozpoznaniem G35 – stwardnienie rozsiane. (Wykres 3.1). Łączna liczba pacjentów w 2019 r. wynosiła 44,42 tys., z czego blisko 70% stanowiły kobiety. W 2019 r. najwięcej świadczeń z rozpo-

znaniem stwardnienia rozsianego udzielono pacjentom w grupie 56-65 lat (10,86 tys.). Wykres 3.2 prezentuje liczbę pacjentów, którym udzielono świadczenie z rozpoznaniem G35 – stwardnienie rozsiane w roku 2019 w podziale na grupy wiekowe oraz płeć.

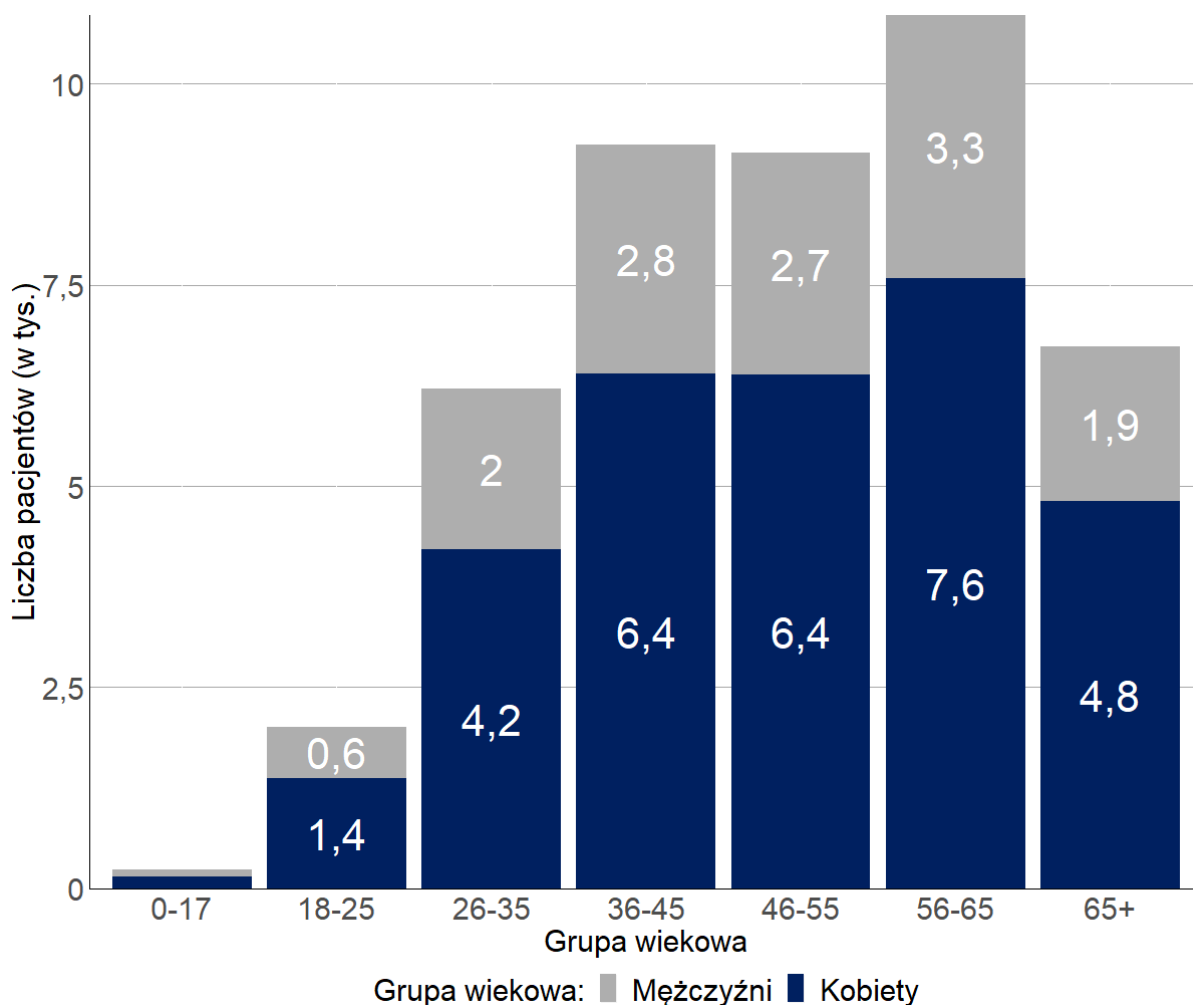
¹Oznacza, to że w przeciwieństwie do analizy przeprowadzonej w Rozdziale 2, nie dokonano rozróżnienia na świadczenia udzielone pacjentom z potwierdzonym stwardnieniem rozsianym zgodnie z przyjętą metodyką i pozostałych pacjentów.

Wykres 3.1: Liczba pacjentów (w tys.), którym udzielono świadczenie z rozpoznaniem głównym G35 - stwardnienie rozsiane w latach 2013–2019 w podziale na płeć



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ

Wykres 3.2: Liczba pacjentów (w tys.), którym udzielono świadczenie z rozpoznaniem G35 głównym - stwardnienie rozsiane w 2019 r. w podziale na grupy wiekowe oraz płeć



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ

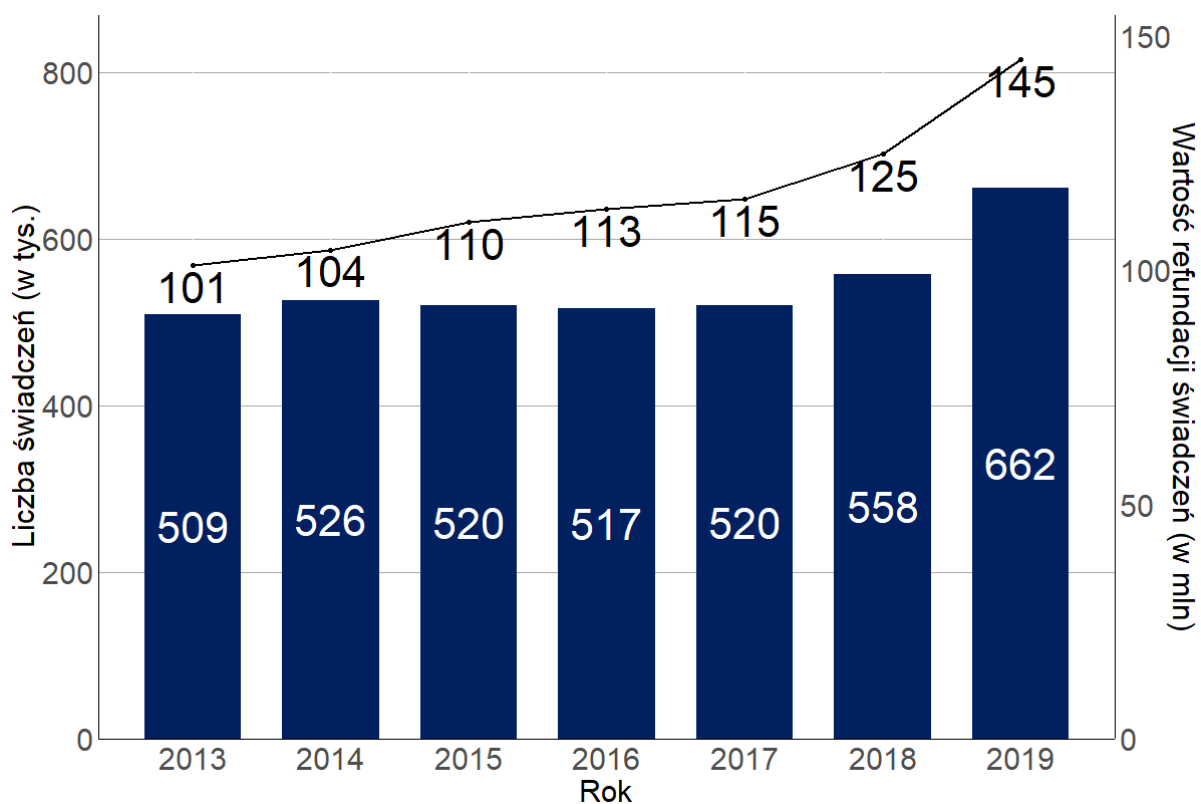
W 2019 r. udzielono 661,8 tys. świadczeń analizowanej populacji pacjentów, co przekładało się jednocześnie na 15 świadczeń na pacjenta. Stanowiło to przyrost udzielonych świadczeń o 18,7% w stosunku do roku 2018. Wartość refundacji świadczeń udzielonych z powodu stwardnienia rozsianego

w 2019 r. wynosiła 145 mln zł i była o 20 mln zł (16%) wyższa niż w 2018 r. Znaczący wzrost wartości refundacji świadczeń obserwowano w latach 2017–2019². Wykres 3.3 prezentuje liczbę świadczeń (w tys.) oraz wartość refundacji świadczeń (w mln zł) w latach 2013–2019³.

²W całym opracowaniu wartość refundacji świadczeń odnosi się do świadczeń, dla których wartość rozliczonego świadczenia była większa od zera lub świadczenie zostało sprawozdane w ramach ryczałtu PSZ (nie uwzględnia zatem m.in. świadczeń udzielonych w ramach stawki kapitacyjnej POZ, szpitalnych oddziałów ratunkowych). Dla ryczałtu PSZ (tzw. sieci szpitali) przyjęto, że 1 pkt odpowiada 1 zł.

³Wartość refundacji świadczeń prezentowana na wykresie i w tabeli nie uwzględnia wartości refundacji substancji czynnych podawanych w ramach programów lekowych (kod zakresu: 03.0001.329.02, 03.0001.346.02). Wartość refundacji substancji czynnych w programach lekowych została wyłączona z poniższej analizy, ze względu na wysoką wartość refundacji w porównaniu do pozostałych świadczeń, z tego względu, obraz dla pozostałych świadczeń byłby nieprecyzyjny. Substancje czynne w programach lekowych zostaną poddane oddzielnej analizie w dalszej części opracowania. Koszty obsługi programów lekowych zostały zawarte na wykresach i w tabelach prezentujących wartość refundacji świadczeń.

Wykres 3.3: Liczba świadczeń (w tys.– słupki) oraz wartość refundacji świadczeń (w mln zł - linia) z rozpoznaniem G35 - stwardnienie rozsiane w latach 2013–2019, z wyłączeniem substancji czynnych w programach lekowych leczenia stwardnienia rozsianego

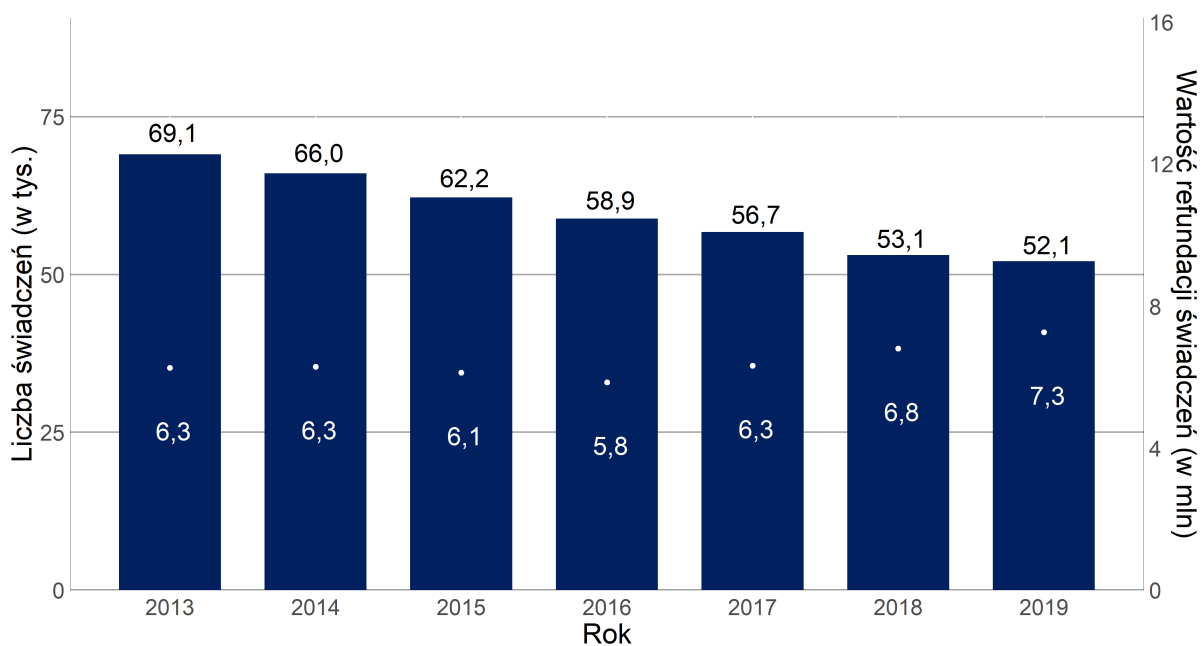


Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ

Wśród rodzajów świadczeń: AOS, lecnicstwo szpitalne oraz rehabilitacja lecznicza najczęściej świadczeń w 2019 r. odnotowano w rodzaju rehabilitacja lecznicza. Stanowiły one 52,6% wszystkich świadczeń z rozpoznaniem G35 – stwardnienie rozsiane w roku 2019. W wybranych rodzajach świadczeń największą wartość refundacji odnotowano w rodzaju leczenie szpitalne – 76,17 mln zł. W stosunku do roku 2013 największy procentowy wzrost liczby udzielonych świadczeń odnotowano w rodzaju rehabilitacja lecznicza – 44,5%, naj-

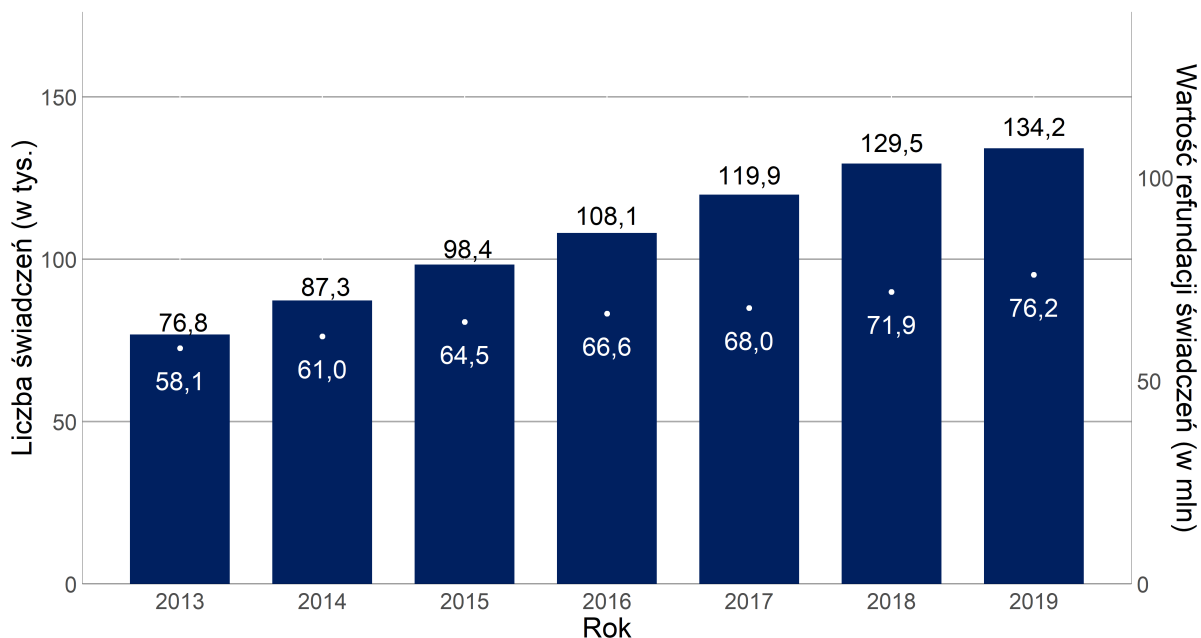
wiekszy spadek o 32,5% w rodzaju ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne. Wykresy 3.4 , 3.5 oraz 3.6 prezentują liczbę świadczeń (w tys.) oraz wartość refundacji świadczeń (w mln zł) w rodzaju świadczeń ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne, lecnicstwo szpitalne oraz rehabilitacja lecznicza w latach 2013–2019. Tabela 3.1 prezentuje liczbę pacjentów (w tys.), liczbę świadczeń (w tys.) oraz wartość refundacji świadczeń (w mln zł) wg rodzajów świadczeń.

Wykres 3.4: Liczba świadczeń (w tys. – słupki) oraz wartość refundacji świadczeń (w mln zł – kropki) z rozpoznaniem G35 – stwardnienie rozsiane w latach 2013–2019, w rodzaju świadczeń AOS



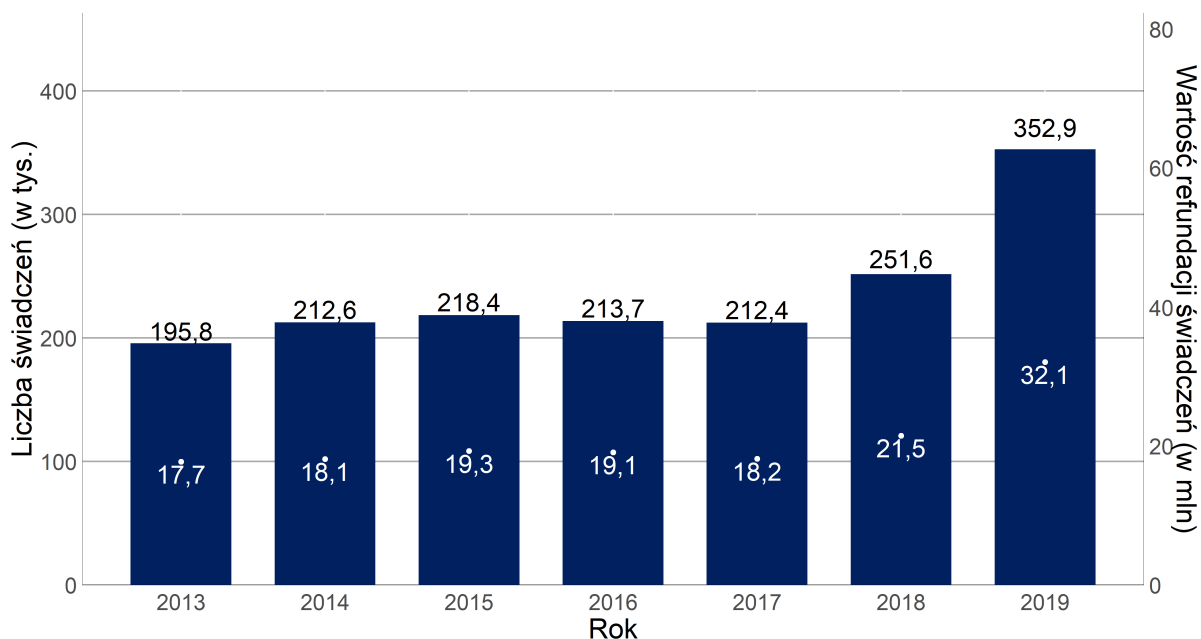
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ

Wykres 3.5: Liczba świadczeń (w tys. – słupki) oraz wartość refundacji świadczeń (w mln zł – kropki) z rozpoznaniem G35 – stwardnienie rozsiane w latach 2013–2019, w rodzaju świadczeń leczenie szpitalne



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ

Wykres 3.6: Liczba świadczeń (w tys. – słupki) oraz wartość refundacji świadczeń (w mln zł – kropki) z rozpoznaniem G35 – stwardnienie rozsiane w latach 2013–2019, w rodzaju świadczeń rehabilitacja lecznicza



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ

Tabela 3.1: Liczba pacjentów (w tys.), liczba świadczeń (w tys.) oraz wartość refundacji świadczeń (w mln zł) w latach 2013–2019, udzielonych z rozpoznaniem stwardnienia rozsianego z wyłączeniem substancji czynnych w programach lekowych, w podziale na rodzaje świadczeń

Rok	Rodzaj świadczeń	Liczba pacjentów (w tys.)	Liczba świadczeń (w tys.)	Wartość refundacji (w mln zł)
2013	Podstawowa opieka zdrowotna	23,46	87,55	Stawka kapitacyjna
2013	Ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne	27,91	69,06	6,26
2013	Leczenie szpitalne	14,42	76,81	58,09
2013	Rehabilitacja lecznicza	9,61	195,77	17,74
2013	Pozostałe	2,47	80,11	18,94
2014	Podstawowa opieka zdrowotna	23,35	85,41	Stawka kapitacyjna
2014	Ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne	27,48	66,02	6,29
2014	Leczenie szpitalne	15,21	87,28	60,98
2014	Rehabilitacja lecznicza	10,23	212,62	18,14
2014	Pozostałe	2,57	74,88	18,92
2015	Podstawowa opieka zdrowotna	23,69	81,53	Stawka kapitacyjna
2015	Ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne	26,49	62,20	6,12
2015	Leczenie szpitalne	16,13	98,37	64,55

Tabela 3.1: Liczba pacjentów (w tys.), liczba świadczeń (w tys.) oraz wartość refundacji świadczeń (w mln zł) w latach 2013–2019, udzielonych z rozpoznaniem stwardnienia rozsianego z wyłączeniem substancji czynnych w programach lekowych, w podziale na rodzaje świadczeń

Rok	Rodzaj świadczeń	Liczba pacjentów (w tys.)	Liczba świadczeń (w tys.)	Wartość refundacji (w mln zł)
2015	Rehabilitacja lecznicza	10,37	218,43	19,28
2015	Pozostałe	2,56	59,40	20,24
2016	Podstawowa opieka zdrowotna	23,33	78,13	Stawka kapitacyjna
2016	Ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne	25,75	58,87	5,85
2016	Leczenie szpitalne	17,05	108,06	66,58
2016	Rehabilitacja lecznicza	10,56	213,68	19,09
2016	Pozostałe	2,39	58,41	21,46
2017	Podstawowa opieka zdrowotna	22,75	73,40	Stawka kapitacyjna
2017	Ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne	25,30	56,74	6,32
2017	Leczenie szpitalne	18,05	119,92	68,00
2017	Rehabilitacja lecznicza	10,44	212,42	18,16
2017	Pozostałe	2,45	57,47	22,72
2018	Podstawowa opieka zdrowotna	22,28	69,95	Stawka kapitacyjna
2018	Ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne	24,22	53,10	6,80
2018	Leczenie szpitalne	19,24	129,49	71,94
2018	Rehabilitacja lecznicza	10,85	251,63	21,51
2018	Pozostałe	2,37	53,41	24,48
2019	Podstawowa opieka zdrowotna	22,44	71,43	Stawka kapitacyjna
2019	Ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne	23,62	52,12	7,26
2019	Leczenie szpitalne	20,32	134,19	76,17
2019	Rehabilitacja lecznicza	11,81	352,89	32,10
2019	Pozostałe	2,45	51,12	29,33

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ

W 2019 r. odbyło się 11,1 tys. hospitalizacji z rozpoznaniem głównym G35 stwardnienie rozsiane nie związanych z programami lekowymi leczenia stwardnienia rozsianego⁴. Spośród nich 1,5 tys. hospitalizacji trwało jeden dzień⁵. Najwięcej hospitalizacji zostało spr-

wozdzanych w ramach zakresu neurologia - hospitalizacja i stanowiły 90% wszystkich hospitalizacji niezwiązanych z programami lekowymi. Tabela 3.2 prezentuje liczbę hospitalizacji, liczbę hospitalizacji trwających jeden dzień w 2019 r. wg zakresów świadczeń.

⁴Kod zakresu inny niż: 03.0000.329.02, 03.0000.346.02

⁵Są to hospitalizacje, które zaczęły i zakończyły się tego samego dnia. Nie jest to jednoznaczne hospitalizacjami w trybie jednodniowym

Tabela 3.2: Liczba hospitalizacji oraz liczba hospitalizacji trwających jeden dzień nie związanych z realizacją programu lekowego leczenia stwardnienia rozsianego w 2019 r. wg zakresów świadczeń

Nazwa zakresu	Liczba hospitalizacji	Liczba hospitalizacji trwających jeden dzień
Neurologia - hospitalizacja	9 996	933
Ryczałt dobowy w szpitalnym oddziale ratunkowym	757	496
Neurologia dziecięca - hospitalizacja	185	21
Neurologia specjalistyczna - hospitalizacja	49	0
Świadczenia w szpitalnym oddziale ratunkowym (SOR)	45	37
Anestezjologia i intensywne leczenie - hospitalizacja	14	0
Świadczenia w szpitalnym oddziale ratunkowym - UE	13	5
Anestezjologia i intensywne leczenie II poziom referencyjny - hospitalizacja	11	0
Pozostałe	40	11

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ

3.2 Programy lekowe stosowane w leczeniu stwardnienia rozsianego

Dla pacjentów ze stwardnieniem rozsianym przeznaczone są dwa programy lekowe:

- Leczenie stwardnienia rozsianego (Program I linii),⁶
- Leczenie po niepowodzeniu terapii lekami pierwszego rzutu lub szybko rozwijającej się ciężkiej postaci stwardnienia rozsianego lub pierwotnie postępującej postaci stwardnienia rozsianego (Program II linii).⁷

Dokładny opis wymaganych kryteriów kwalifikacji oraz wyłączeń do programów le-

kowych leczenia stwardnienia rozsianego jest dostępny na stronie Ministerstwa Zdrowia.

Od 2013 r. występował zauważalny wzrost pacjentów biorących udział w programach lekowych⁸. W 2013 r. łączna liczba pacjentów w programach lekowych wynosiła 6,95 tys., natomiast w 2019 r. było to 15,71 tys. (wzrost o 126,2%). Najliczniejsza grupa wiekowa pacjentów zakwalifikowanych do programów lekowych w 2019 r. to 36-45 lat (33% wszystkich pacjentów). Wykres 3.7 prezentuje liczbę pacjentów w programach oraz poza programami lekowymi w latach 2013–2019, natomiast Wy-

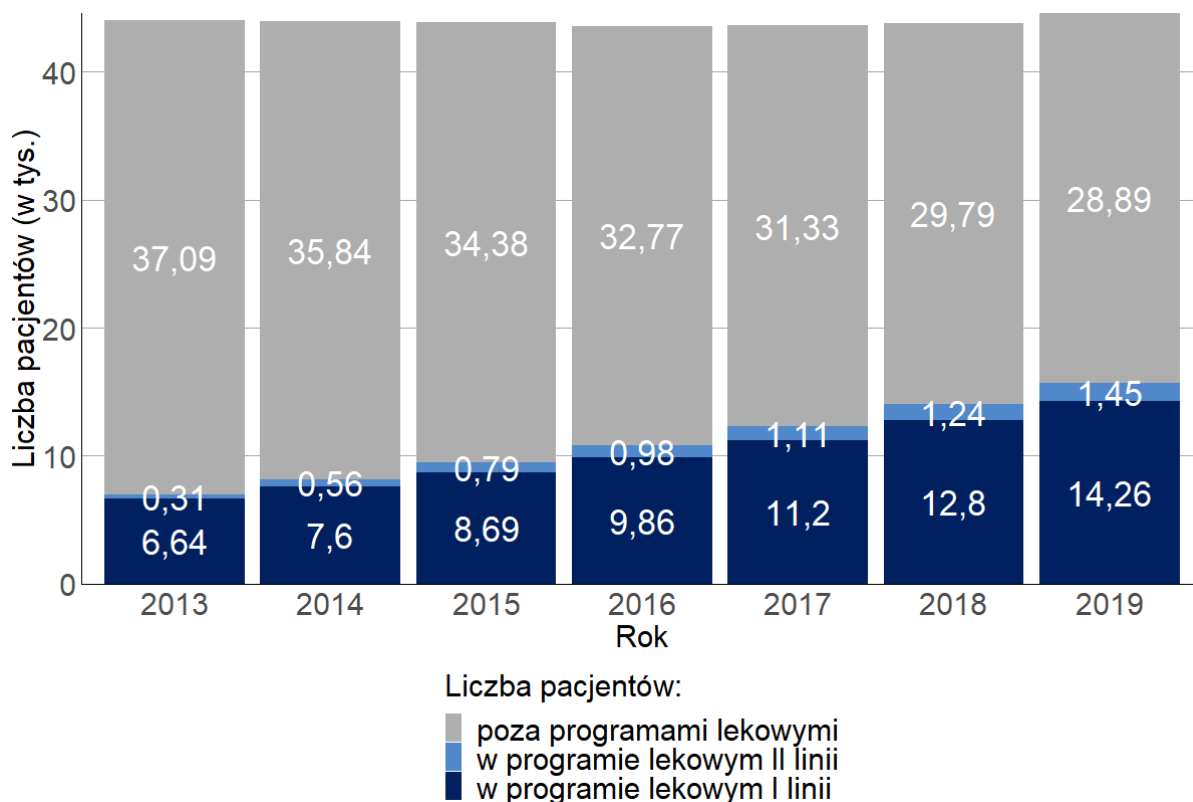
⁶Kod zakresu: 03.0000.329.02, 03.0001.329.02

⁷Kod zakresu: 03.0000.346.02, 03.0001.346.02

⁸Jako pacjentów biorących udział w programie uznano pacjentów, którym udzielono świadczenia w ramach kodu zakresu: 03.0001.329.02 oraz 03.0001.346.02, związanych z podaniem substancji czynnej w programie lekowym.

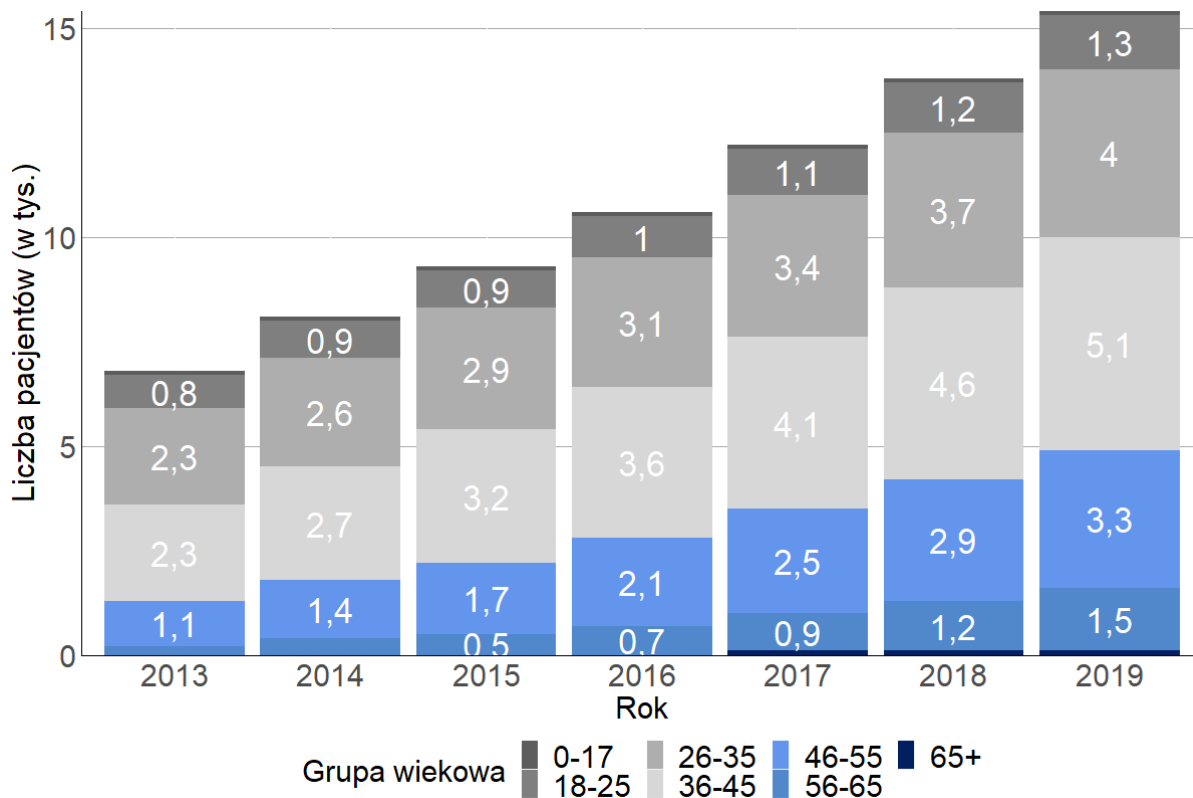
kres 3.8 prezentuje liczbę pacjentów w programach lekowych w latach 2013–2019 wg grup wiekowych.

Wykres 3.7: Liczba pacjentów (w tys.) z rozpoznaniem głównym G35 – stwardnienie rozsiane, w podziale na pacjentów biorących udział w programach lekowych stwardnienia rozsianego oraz poza programami lekowymi w latach 2013–2019



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ

Wykres 3.8: Liczba pacjentów (w tys.) w programach lekowych stwardnienia rozsianego w latach 2013–2019 wg grup wiekowych



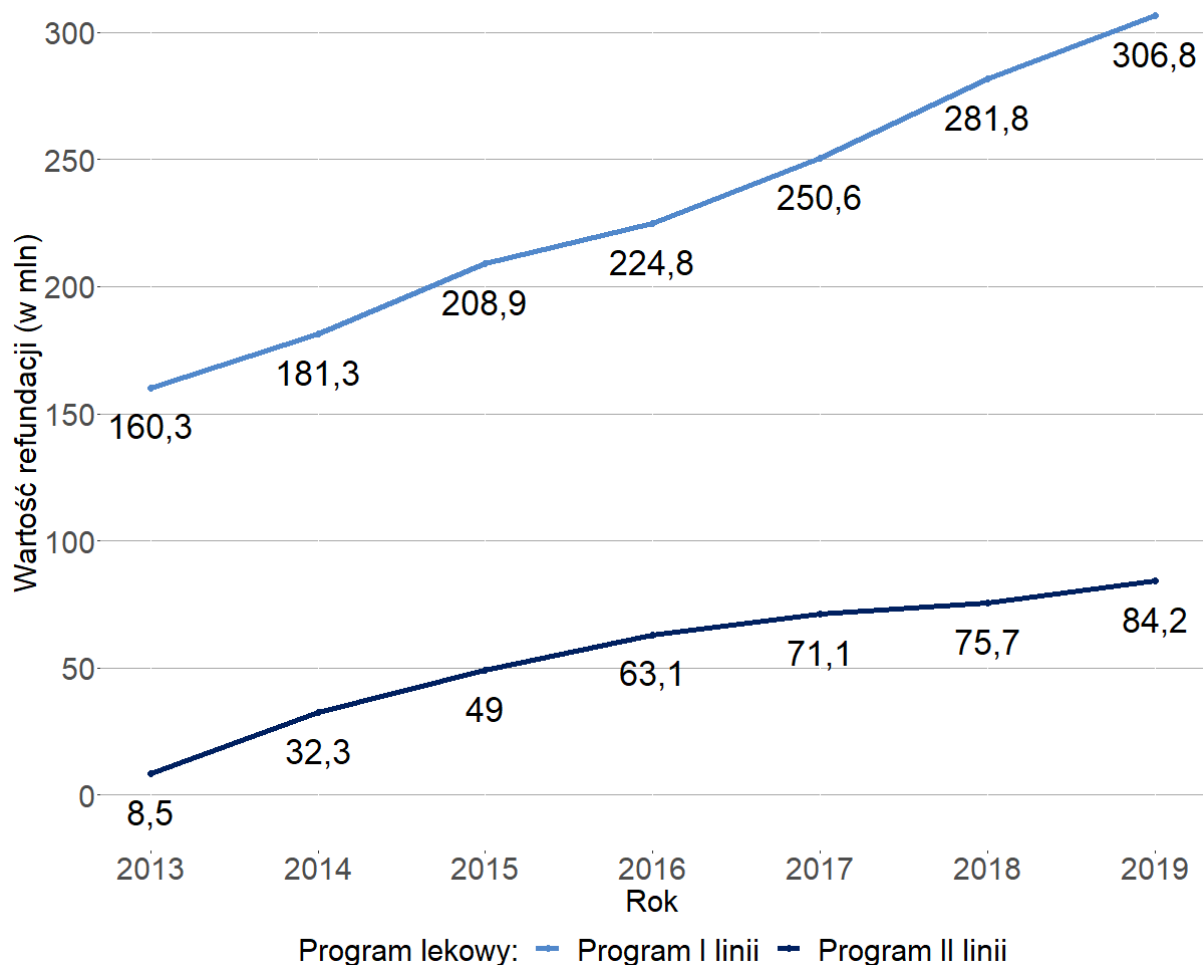
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ

Łączna wartość refundacji substancji czynnych stosowanych w programach lekowych leczenia stwardnienia rozsianego w 2019 r. wynosiła 391 mln zł. Na przestrzeni lat 2013–2019 można zaobserwować stały wzrost wartości refundacji substancji w ramach programów lekowych dot. stwardnienia rozsianego.

W 2013 r. w ramach programu I linii wartość refundacji wynosiła 160,3 mln zł, a w 2019 r. refundacja wynosiła 306,8 mln zł. W ramach programu II linii wartości te wynosiły odpowiednio: 8,5 mln zł oraz 84,2 mln zł. Wykres 3.9 przedstawia wartość refundacji programów lekowych w latach 2013–2019⁹.

⁹Przeistawione wartości stanowią jedynie wartość refundacji substancji czynnych w programach lekowych leczenia stwardnienia rozsianego. Wartość świadczeń została przedstawiona na Wykresie 3.3.

Wykres 3.9: Wartość refundacji (w mln zł) substancji czynnych w programach lekowych stwardnienia rozsianego w latach 2013–2019



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ

Tabela 3.3 prezentuje wartość refundacji programów lekowych w podziale na wartość refundacji substancji oraz wartość refundacji

świadczeń związanych z obsługą programów lekowych w latach 2013–2019.

Tabela 3.3: Wartość refundacji (w mln zł) programów lekowych leczenia stwardnienia rozsianego w podziale na refundację świadczeń oraz substancji czynnych w programach lekowych

Rok	Program I Linii - wartość refundacji świadczeń (w mln)	Program II Linii - wartość refundacji świadczeń (w mln)	Program I Linii - wartość refundacji substancji (w mln)	Program II Linii - wartość refundacji substancji (w mln)
2013	15,4	0,4	160,3	8,5
2014	16,6	1,6	181,3	32,3
2015	19,4	2,4	208,9	49,0
2016	21,4	3,2	224,8	63,1

Tabela 3.3: Wartość refundacji (w mln zł) programów lekowych leczenia stwardnienia rozsianego w podziale na refundację świadczeń oraz substancji czynnych w programach lekowych

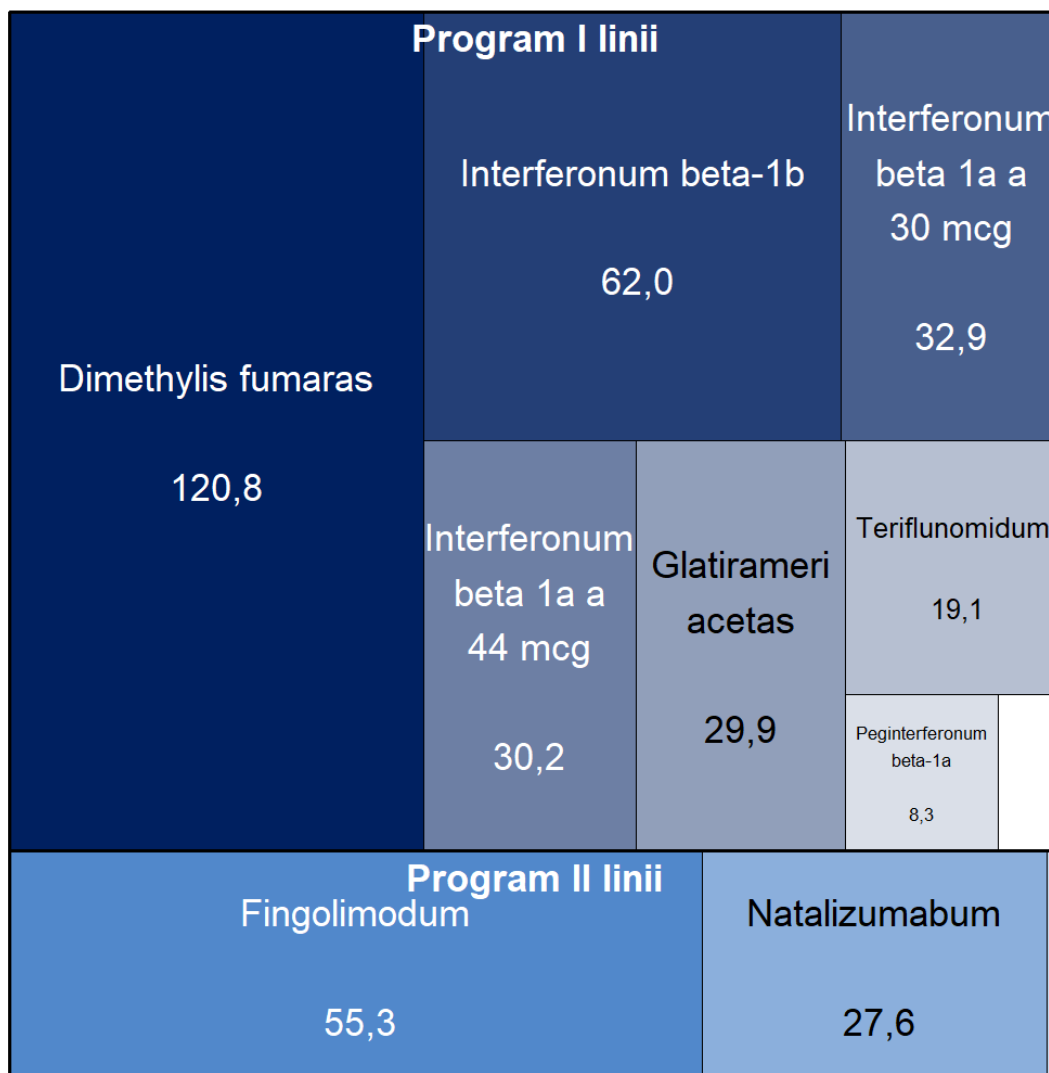
Rok	Program I Linii - wartość refundacji świadczeń (w mln)	Program II Linii - wartość refundacji świadczeń (w mln)	Program I Linii - wartość refundacji substancji (w mln)	Program II Linii - wartość refundacji substancji (w mln)
2017	24,5	3,8	250,6	71,1
2018	28,3	4,4	281,8	75,7
2019	33,2	5,2	306,8	84,2

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ

W 2019 r. w ramach programów lekowych stwardnienia rozsianego (zarówno I jak i II linii) podawano pacjentom 12 substancji czynnych. Wśród substancji czynnych w programie lekowym I linii największą wartość refundacji przeznaczono na leki z substancją czynną *Dimethy-*

lis fumaras (121 mln zł). Z kolei w programie lekowym II linii największą wartość refundacji przeznaczono na *Fingolimodum* (55 mln zł). Wykres 3.10 przedstawia rozkład wartości refundacji wg substancji czynnych w programach lekowych I i II linii w 2019 r.

Wykres 3.10: Rozkład wartości refundacji leków w programach lekowych leczenia stwardnienia rozsianego (w mln zł) w 2019 r. wg substancji czynnych

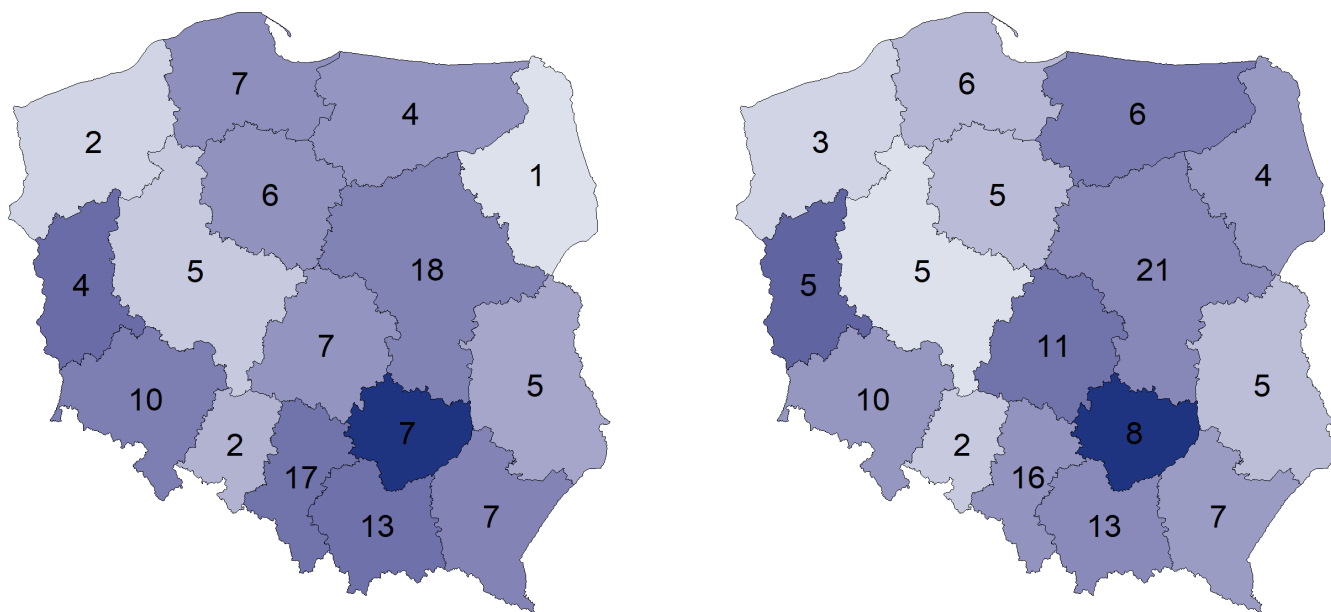


Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ

W Polsce programy lekowe leczenia stwardnienia rozsianego w 2019 r. były realizowane przez 127 świadczeniodawców, co oznacza wzrost liczby świadczeniodawców udzielających te świadczenia o 12 w porównaniu do 2013 r. W 2019 r. program lekowy I linii jest realizowany przez wszystkich tych świadczeniodawców, natomiast program II linii był realizowany przez 55 świadczeniodawców. W programie lekowym I linii najczęściej świadczeniodawców na 100 tys. ludności w 2019 r. było w województwie świętokrzyskim – 0,65. Najmniej świadczeniodawców na 100 tys. ludności było natomiast w woje-

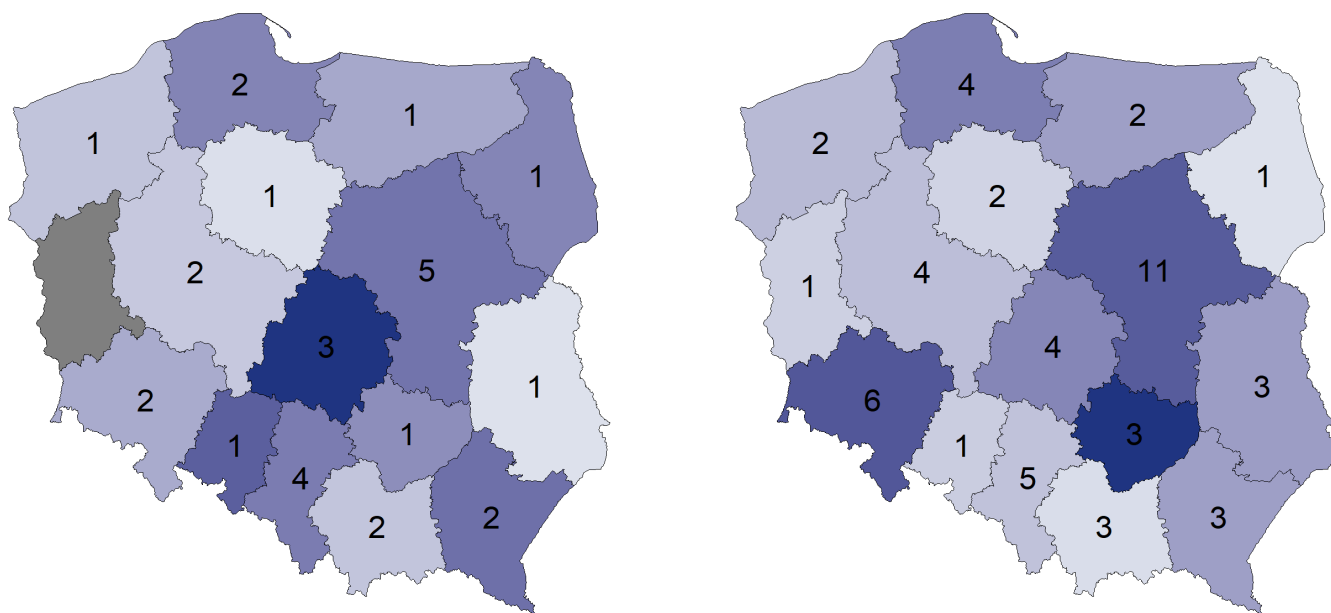
wództwie wielkopolskim – 0,14. W programie lekowym II linii, najwięcej świadczeniodawców na 100 tys. ludności było w województwie świętokrzyskim – 0,24 świadczeniodawcy. Najmniej świadczeniodawców na 100 tys. ludności było natomiast w województwie podlaskim – 0,08. Wykres 3.11 przedstawia liczbę świadczeniodawców na 100 tys. ludności (kolor) oraz bezwzględną liczbę świadczeniodawców (etykieta) realizujących program lekowy stwardnienia rozsianego I linii w poszczególnych województwach w latach 2013 i 2019. Wykres 3.12 przedstawia analogiczne informacje dla programu II linii.

Wykres 3.11: Liczba świadczeniodawców na 100 tys. ludności (kolor) oraz bezwzględna liczba świadczeniodawców (etykieta) realizujących program lekowy leczenia stwardnienia rozsianego I linii w 2013 r. (lewa mapa) i 2019 r. (prawa mapa)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ

Wykres 3.12: Liczba świadczeniodawców na 100 tys. ludności (kolor) oraz bezwzględna liczba świadczeniodawców (etykieta) realizujących program lekowy leczenia stwardnienia rozsianego II linii w 2013 r. (lewa mapa) i 2019 r. (prawa mapa)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ

Tabela 3.4 przedstawia średni czas jaki upłynął od diagnozy pacjenta z potwierdzonym zgodnie z opisaną w Rozdziale 2 w metodyką rozpoznaniem G35 - stwardnienie roz-

siane,¹⁰ do wejścia do programu lekowego. Wskaźniki przedstawiono dla pacjentów, którzy mieli stwierdzone stwardnienie rozsiane w latach 2013–2016 wg roku diagnozy.

Tabela 3.4: Średni czas od rozpoznania stwardnienia rozsianego do wejścia do programu lekowego (w dniach) dla pacjentów zdiagnozowanych w latach 2013–2016 wg roku diagnozy

Rok	Średni czas od rozpoznania do wejścia do programu I linii	Średni czas od rozpoznania do wejścia do programu II linii
2013	491,27	1 077,46
2014	398,84	1 055,66
2015	323,43	907,06
2016	234,05	645,91

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ

Pacjenci ze zdiagnozowanym zgodnie z metodyką opisaną w Rozdziale 2 stwardnieniem rozsianym, którzy brali udział w programie lekowym I linii w większości kontynuowali leczenie w ramach programu powyżej roku. W 2016 r. było 6,47% pacjentów, których leczenie trwało do 1 roku od daty rozpoczęcia leczenia. Pacjenci, których leczenie

trwało powyżej 3 lat stanowili 71,06% pacjentów biorących udział w programie lekowym I linii. Tabela 3.5 przedstawia odsetek pacjentów, którzy brali udział w programie lekowym I linii do roku, do dwóch, do trzech i powyżej 3 lat wg roku rozpoczęcia leczenia w ramach programu lekowego I linii.

Tabela 3.5: Liczba pacjentów (w tys.) włączonych do programu lekowego I linii oraz odsetek pacjentów, włączonych w danym roku do programu I linii, którzy kontynuowali leczenie: do roku, od roku do dwóch, od dwóch lat do trzech lat i powyżej 3 lat wg roku rozpoczęcia leczenia w programie lekowym

Rok włączenia	Liczba pacjentów (w tys.)	Odsetek pacjentów kontynuujących leczenie do roku	Odsetek pacjentów kontynuujących leczenie powyżej roku do 2 lat	Odsetek pacjentów kontynuujących leczenie powyżej 2 lat do 3 lat	Odsetek pacjentów kontynuujących leczenie powyżej 3 lat
2013	1,60	7,33	7,78	5,93	78,95
2014	1,55	7,28	7,09	3,84	81,79
2015	1,65	8,21	5,33	5,33	81,14

¹⁰Zgodnie z metodyką przedstawioną w Rozdziale 2

Tabela 3.5: Liczba pacjentów (w tys.) włączonych do programu lekowego I linii oraz odsetek pacjentów, włączonych w danym roku do programu I linii, którzy kontynuowali leczenie: do roku, od roku do dwóch, od dwóch lat do trzech lat i powyżej 3 lat wg roku rozpoczęcia leczenia w programie lekowym

Rok włączenia	Liczba pacjentów (w tys.)	Odsetek pacjentów kontynuujących leczenie do roku	Odsetek pacjentów kontynuujących leczenie powyżej roku do 2 lat	Odsetek pacjentów kontynuujących leczenie powyżej 2 lat do 3 lat	Odsetek pacjentów kontynuujących leczenie powyżej 3 lat
2016	1,77	6,47	6,07	16,40	71,06

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ

W programie lekowym II linii wśród pacjentów, którzy rozpoczęli leczenie w ramach programu w 2016 r. 7,66% zakończyło leczenie w ciągu pierwszych 365 dni. 74,47% pacjentów kontynuowało leczenie w ramach programu lekowego II linii powyżej 3 lat od daty rozpo-

częcia. Tabela 3.6 przedstawia odsetek pacjentów, którzy brali udział w programie lekowym II linii do roku, do dwóch, do trzech i powyżej 3 lat wg roku rozpoczęcia leczenia w ramach programu lekowego II linii.

Tabela 3.6: Liczba pacjentów (w tys.) włączonych do programu lekowego II linii oraz odsetek pacjentów, włączonych w danym roku do programu II linii, którzy kontynuowali leczenie: do roku, od roku do dwóch, od dwóch lat do trzech lat i powyżej 3 lat wg roku rozpoczęcia leczenia w programie lekowym

Rok włączenia	Liczba pacjentów (w tys.)	Odsetek pacjentów kontynuujących leczenie do roku	Odsetek pacjentów kontynuujących leczenie powyżej roku do 2 lat	Odsetek pacjentów kontynuujących leczenie powyżej 2 lat do 3 lat	Odsetek pacjentów kontynuujących leczenie powyżej 3 lat
2013	0,35	6,51	4,56	4,56	84,36
2014	0,31	6,51	5,36	5,36	82,76
2015	0,30	8,37	4,94	5,70	80,99
2016	0,25	7,66	6,38	11,49	74,47

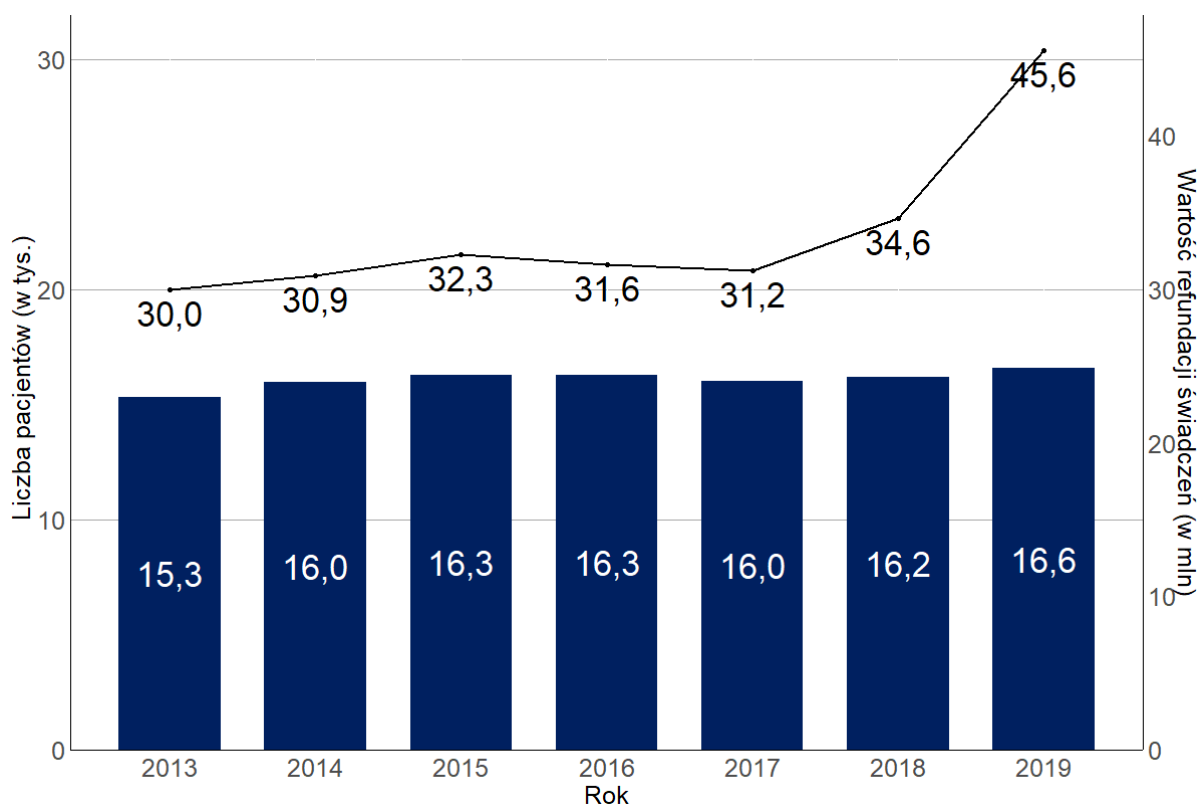
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ

3.3 Rehabilitacja lecznicza

W 2019 r. udzielono 470,2 tys. świadczeń w rodzaju rehabilitacja lecznicza, które zostały udzielone 16,56 tys. pacjentów, którzy w latach 2013-2016 zostali zgodnie z metodyką w raporcie uznani na osoby chore. Można zauważyć znaczący wzrost liczby udzielonych świadczeń w rodzaju rehabilitacja lecznicza (27%) w 2019 r. w stosunku do roku 2018. Wartość refundacji świadczeń wynosiła w 2019 r. 45,6 mln zł – wzrost wartości o 15,62 mln zł (52,14%) w stosunku do 2013 r. Wykres 3.13

prezentuje liczbę pacjentów (w tys.), którym udzielono świadczenia w rodzaju rehabilitacja lecznicza oraz wartość refundacji tych świadczeń (w mln zł) w latach 2013–2019. Tabela 3.7 prezentuje liczbę pacjentów (w tys.), liczbę świadczeń (w tys.), wartość refundacji świadczeń (w mln zł) oraz udział wartości refundacji świadczeń przeznaczonych na rehabilitację leczniczą w całej refundacji świadczeń przeznaczonej na świadczenia z rozpoznaniem G35 – stwardnienie rozsiane.

Wykres 3.13: Liczba pacjentów (w tys. słupki) oraz wartość refundacji świadczeń (w mln zł – kropki) w rodzaju rehabilitacja lecznicza u pacjentów z rozpoznaniem G35 – stwardnienie rozsiane w latach 2013–2019



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ

Tabela 3.7: Liczba pacjentów (w tys.), liczba świadczeń (w tys.), wartość refundacji świadczeń (w mln zł) w rodzaju rehabilitacja lecznicza oraz odsetek wartości refundacji w rodzaju rehabilitacja lecznicza wśród wartości refundacji świadczeń udzielonych z rozpoznaniem stwardnienia rozsianego

Rok	Liczba pacjentów (w tys.)	Liczba świadczeń (w tys.)	Wartość refundacji świadczeń rehabilitacji leczniczej (w mln zł)	Odsetek refundacji świadczeń rehabilitacji leczniczej
2013	15,3	300,2	30,0	29,6
2014	16,0	324,4	30,9	29,6
2015	16,3	331,0	32,3	29,3
2016	16,3	327,1	31,6	28,0
2017	16,0	327,8	31,2	27,1
2018	16,2	369,1	34,6	27,8
2019	16,6	470,2	45,6	31,5

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ

3.4 Analiza historii świadczeń pacjentów ze stwierdzonym stwardnieniem rozsianym

3.4.1 Analiza pierwszych świadczeń ze stwierdzonym stwardnieniem rozsianym

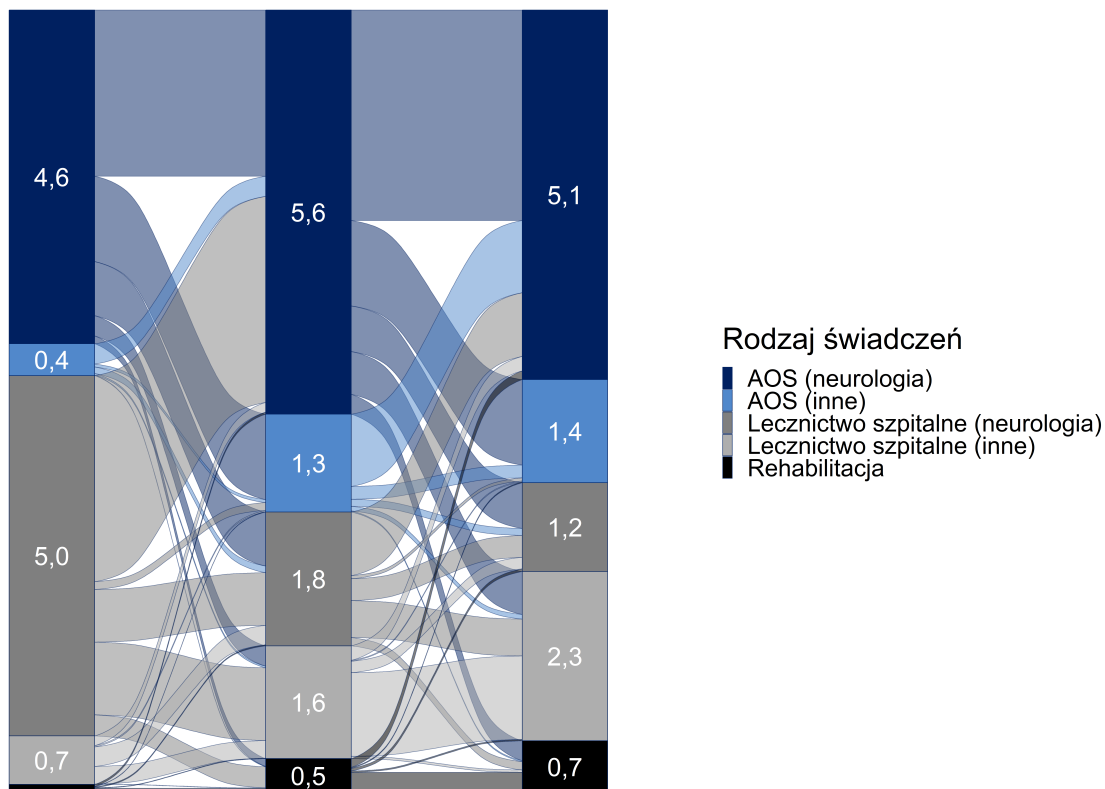
W tej części raportu została przedstawiona początkowa ścieżka w systemie zdrowotnym pacjentów z rozpoznaniem G35 – stwardnienie rozsiane, którzy zgodnie z metodyką¹¹ przyjętą w raporcie zostali uznani za osoby chore. Została dokonana analiza pierwszych trzech świadczeń pacjentów z rozpoznaniem G35 – stwardnienie rozsiane¹² w rodzaju: AOS, leczenie szpitalne oraz rehabilitacja. W przypadku AOS oraz leczenia szpitalnego w ana-

lizie zostały wyszczególnione neurologiczne. Sprawdzono gdzie spośród wyżej wymienionych rodzajów świadczeń odbyło się pierwsze, drugie oraz trzecie świadczenie oraz jaki czas minął pomiędzy udzielonymi świadczeniami. Wskazane rodzaje świadczeń zostały wybrane ze względu na opracowaną metodykę kwalifikacji pacjentów do populacji chorych na stwardnienie rozsiane. Wykres 3.14 prezentuje ścieżkę pacjentów uznanych za osoby chore w latach 2013-2016 pomiędzy rodzajami świadczeń kwalifikujących się do metodyki opracowanej w raporcie w pierwszym, drugim oraz trzecim świadczeniu z rozpoznaniem G35 – stwardnienie rozsiane.

¹¹ Pacjent, który miał udzielone świadczenie w ramach co najmniej jednego z dwóch programów lekowych leczenia stwardnienia rozsianego lub w swojej historii miał co najmniej 3 świadczenia w przebiegu 3 lat z rozpoznaniem G35 w rodzaju świadczeń: AOS, leczenie szpitalne, rehabilitacja w tym co najmniej jedno świadczenie w poradni lub na oddziale neurologicznym.

¹² Analizowana grupa pacjentów, to osoby, które w latach 2013–2016 zostały uznane za osoby chore zgodnie z przyjętą metodyką.

Wykres 3.14: Ścieżka pacjentów uznanych za osoby chore na stwardnienie rozsiane w latach 2013-2016 w trakcie pierwszego, drugiego oraz trzeciego świadczenia z rozpoznaniem G35 – stwardnienie rozsiane w rodzajach świadczeń: AOS (inne), AOS (neurologia), leczenie szpitalne (inne), leczenie szpitalne (neurologia) oraz rehabilitacja lecznicza

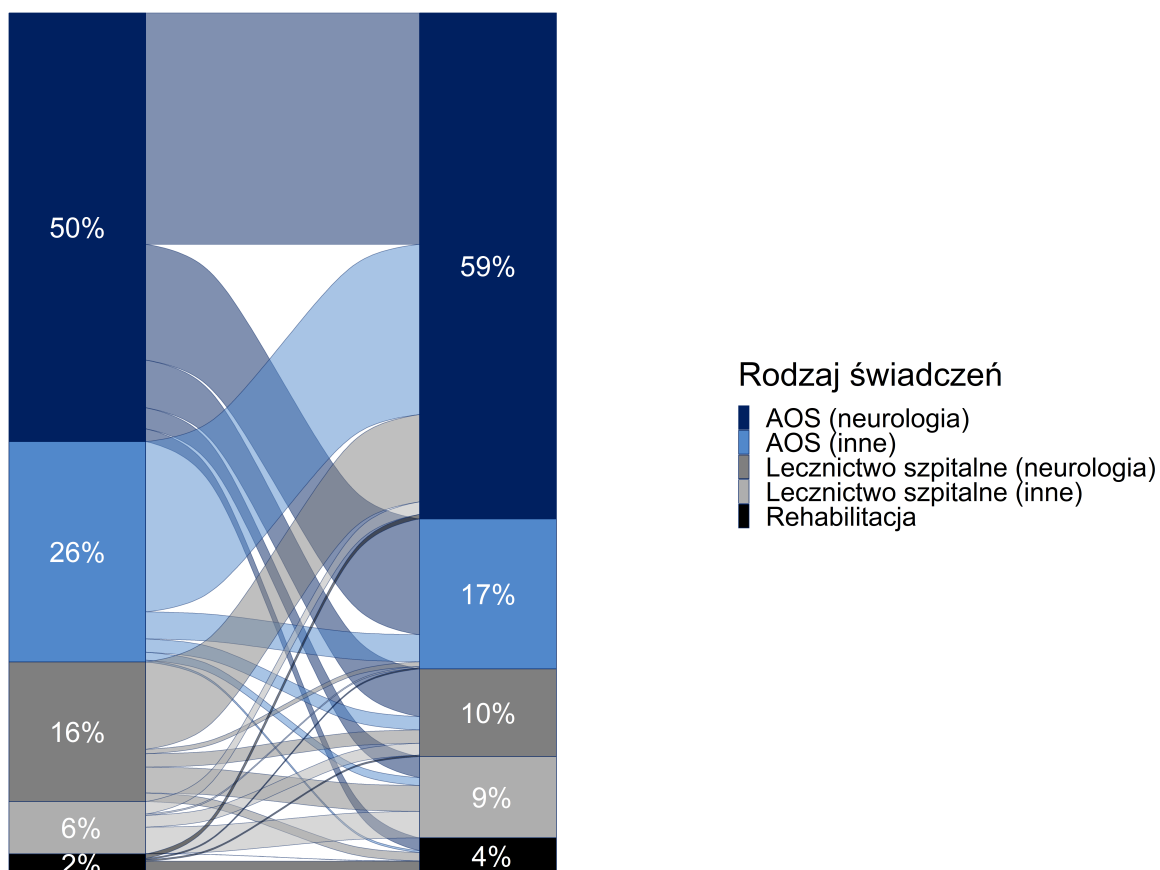


Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ

Największej liczbie pacjentów pierwsze świadczenie (kwalifikujące się do metodyki przedstawionej w raporcie) zostało udzielone w rodzaju leczenie szpitalne (neurologia) – 4,95 tys. pacjentów. W przypadku drugiego i trzeciego świadczenia był to rodzaj świadczeń AOS (neurologia) odpowiednio – 5,55 tys.

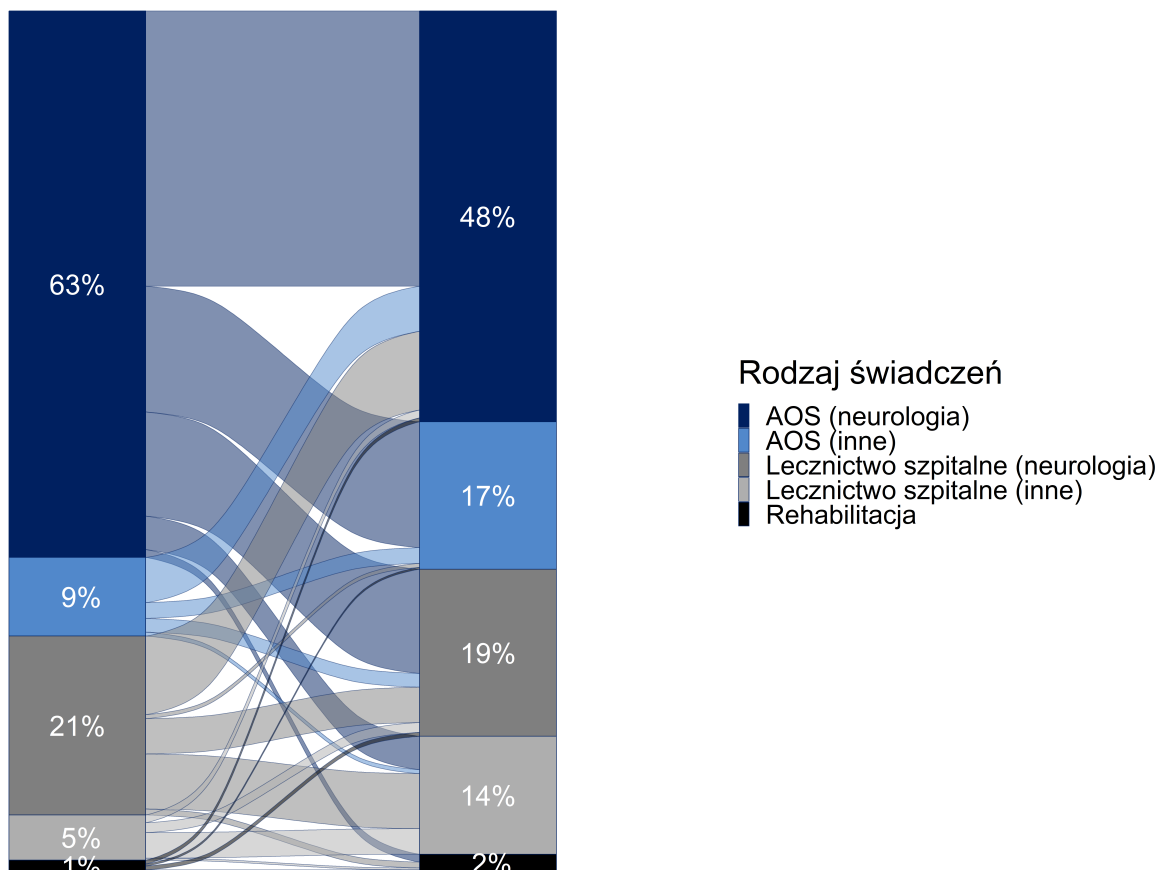
oraz 5,08 tys. pacjentów. Wykresy 3.15, 3.16, 3.17, 3.18, 3.19 prezentują przepływ pacjentów pomiędzy rodzajami świadczeń w drugim oraz trzecim świadczeniu z rozpoznaniem G35 – stwardnienie rozsiane w przypadkach gdzie pierwsze świadczenie odbyło się w poszczególnych rodzajach świadczeń.

Wykres 3.15: Ścieżka pacjentów (drugie i trzecie świadczenie) uznanych za osoby chore na stwardnienie rozsiane w latach 2013-2016, których pierwsze świadczenie z rozpoznaniem G35 – stwardnienie rozsiane odbyło się w rodzaju AOS (neurologia) do rodzajów świadczeń: AOS (inne), AOS (neurologia), lecznictwo szpitalne (inne), lecznictwo szpitalne (neurologia) oraz rehabilitacja lecznicza



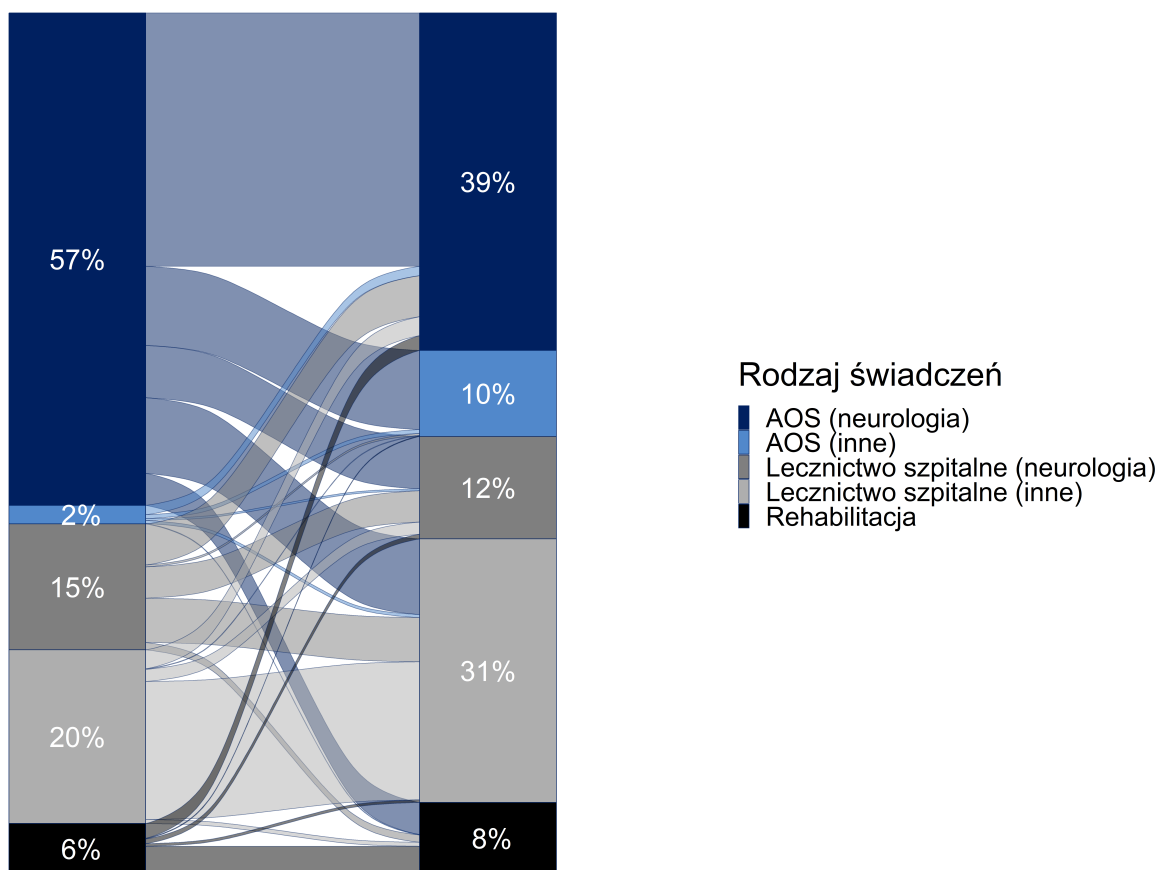
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ

Wykres 3.16: Ścieżka pacjentów (drugie i trzecie świadczenie) uznanych za osoby chore na stwardnienie rozsiane w latach 2013-2016, których pierwsze świadczenie z rozpoznaniem G35 – stwardnienie rozsiane odbyło się w rodzaju AOS (inne) do rodzajów świadczeń: AOS (inne), AOS (neurologia), lecznictwo szpitalne (inne), lecznictwo szpitalne (neurologia) oraz rehabilitacja lecznicza



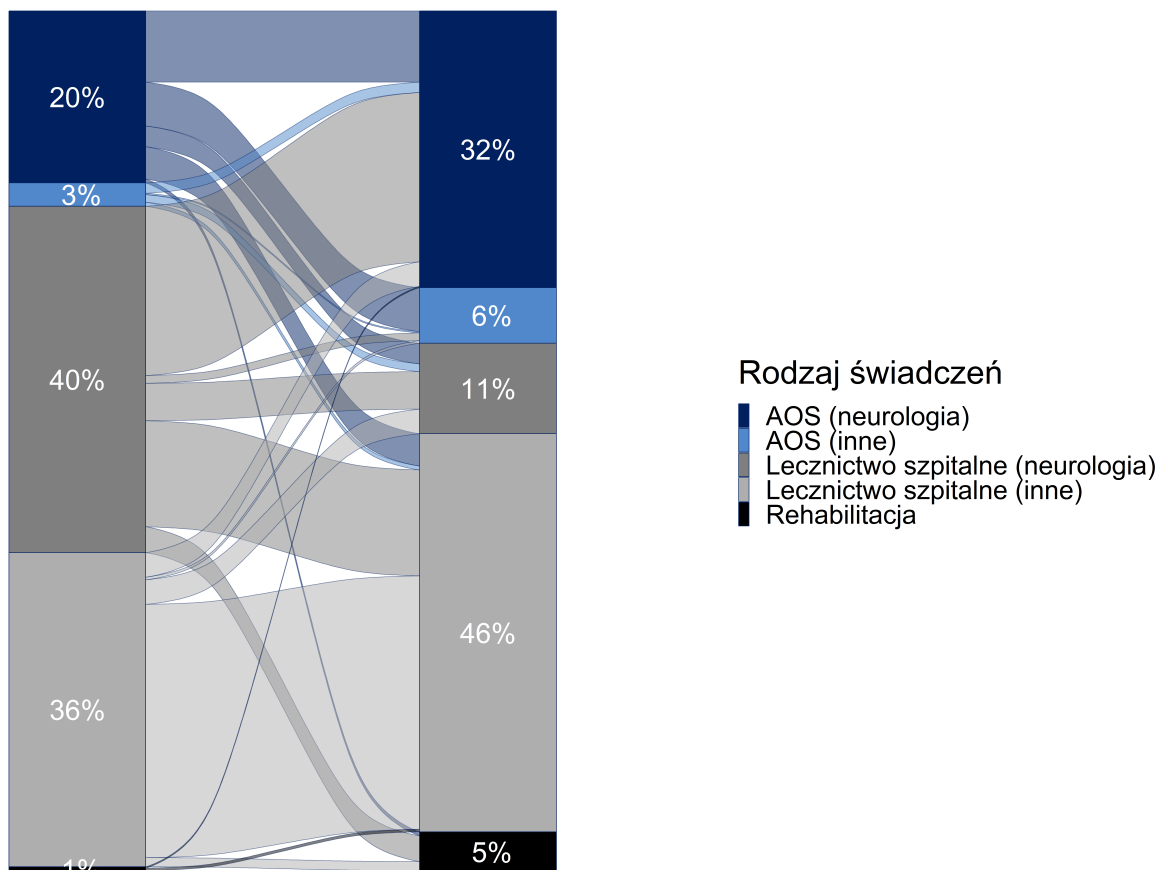
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ

Wykres 3.17: Ścieżka pacjentów (drugie i trzecie świadczenie) uznanych za osoby chore na stwardnienie rozsiane w latach 2013-2016, których pierwsze świadczenie z rozpoznaniem G35 – stwardnienie rozsiane odbyło się w rodzaju leczenie szpitalne (neurologia) do rodzajów świadczeń: AOS (inne), AOS (neurologia), leczenie szpitalne (inne), leczenie szpitalne (neurologia) oraz rehabilitacja lecznicza



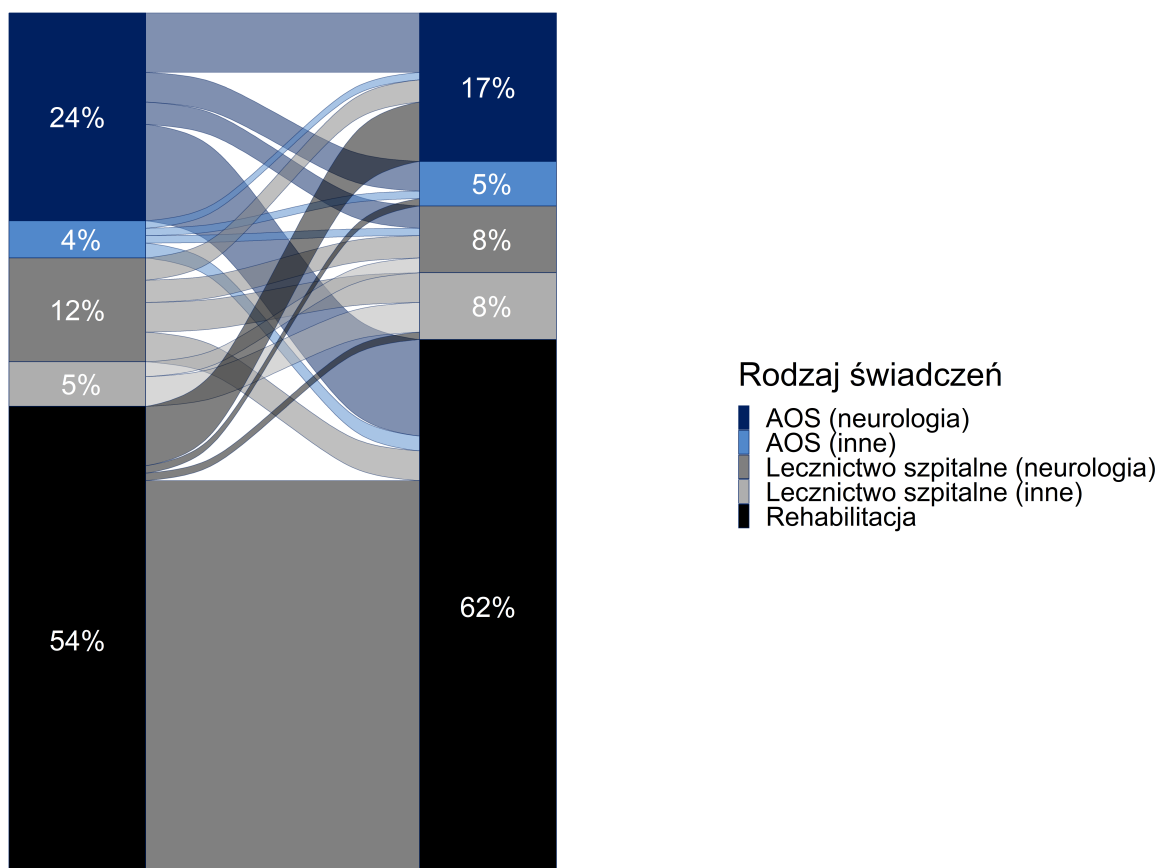
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ

Wykres 3.18: Ścieżka pacjentów (drugie i trzecie świadczenie) uznanych za osoby chore na stwardnienie rozsiane w latach 2013-2016, których pierwsze świadczenie z rozpoznaniem G35 – stwardnienie rozsiane odbyło się w rodzaju lecznictwo szpitalne (inne) do rodzajów świadczeń: AOS (inne), AOS (neurologia), lecznictwo szpitalne (inne), lecznictwo szpitalne (neurologia) oraz rehabilitacja lecznicza



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ

Wykres 3.19: Ścieżka pacjentów (drugie i trzecie świadczenie) uznanych za osoby chore na stwardnienie rozsiane w latach 2013-2016, których pierwsze świadczenie z rozpoznaniem G35 – stwardnienie rozsiane odbyło się w rodzaju rehabilitacja lecznicza do rodzajów świadczeń: AOS (inne), AOS (neurologia), lecznictwo szpitalne (inne), lecznictwo szpitalne (neurologia) oraz rehabilitacja lecznicza



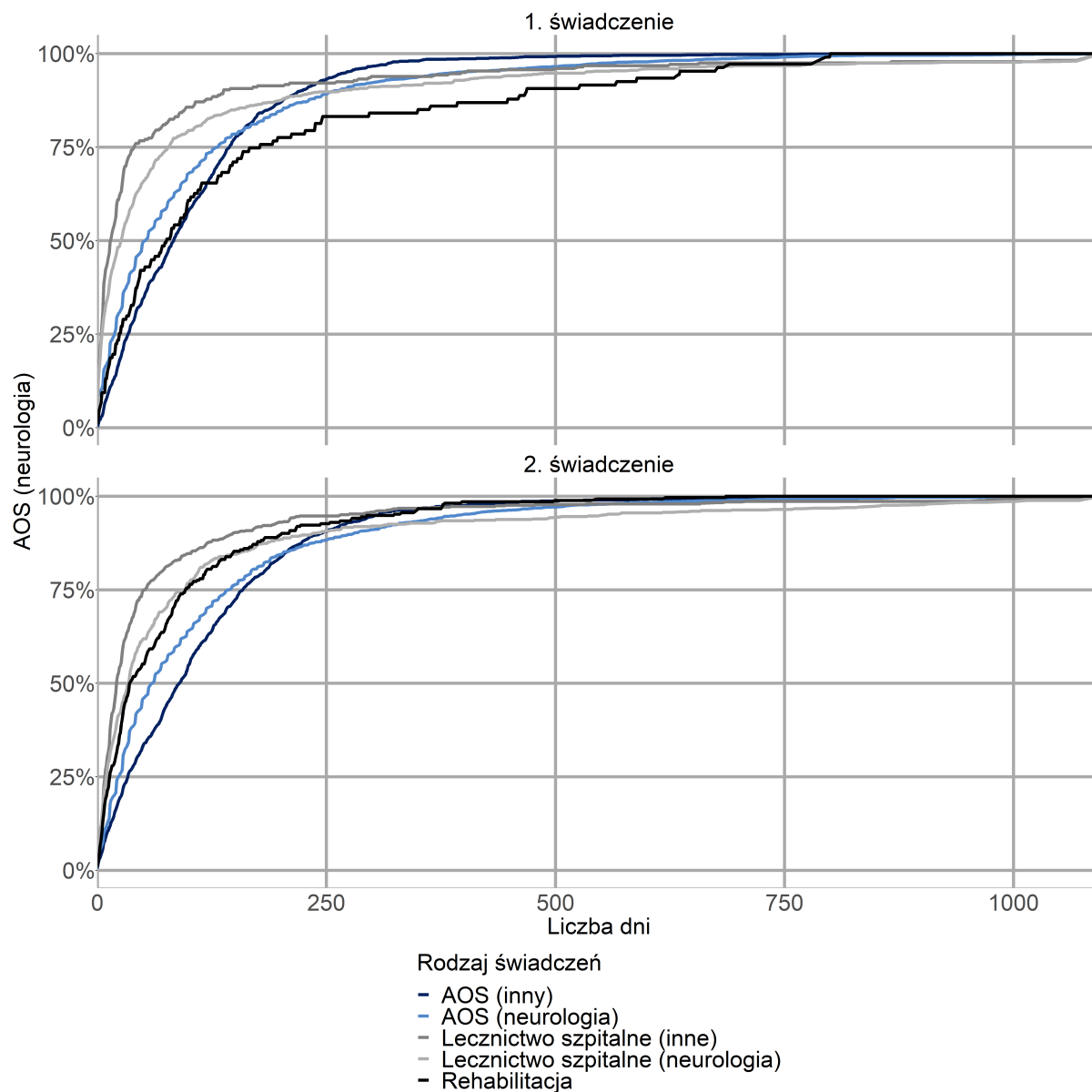
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ

Wykresy 3.20, 3.21, 3.22, 3.23 oraz 3.24 prezentują odsetek skumulowany pacjentów wg dni, które minęły od pierwszego do drugiego świadczenia bądź od drugiego do trzeciego świadczenia z rozpoznaniem G35 – stwardnienie rozsiane w poszczególnych rodzajach świadczeń. Przedstawione wykresy pokazują jaki odsetek pacjentów miał udzielone kolejne świadczenie w określonym czasie. Zauważyć można, że niemal 100% pacjentów, którzy pierwsze świadczenie mieli udzielone w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej (neurologia) miało udzielone drugie świadczenie z rozpoznaniem stwardnienia rozsiane

w ramach AOS innego niż neurologiczny do 450 dni. Z kolei 88% pacjentów, którzy pierwsze świadczenie mieli udzielone w AOS neurologicznym miało w ciągu 450 dni od daty rozpoznania udzielone świadczenia w ramach rehabilitacji leczniczej. Można zauważyć, że pacjenci, którym pierwsze świadczenie zostało udzielone w ramach AOS (inne) drugie świadczenie mieli udzielone przeciętnie później. Niektórzy pacjenci drugie świadczenie w AOS neurologicznym mieli udzielone nawet po dwóch latach, jednak 75% pacjentów otrzymało świadczenie w ciągu 150 dni¹³.

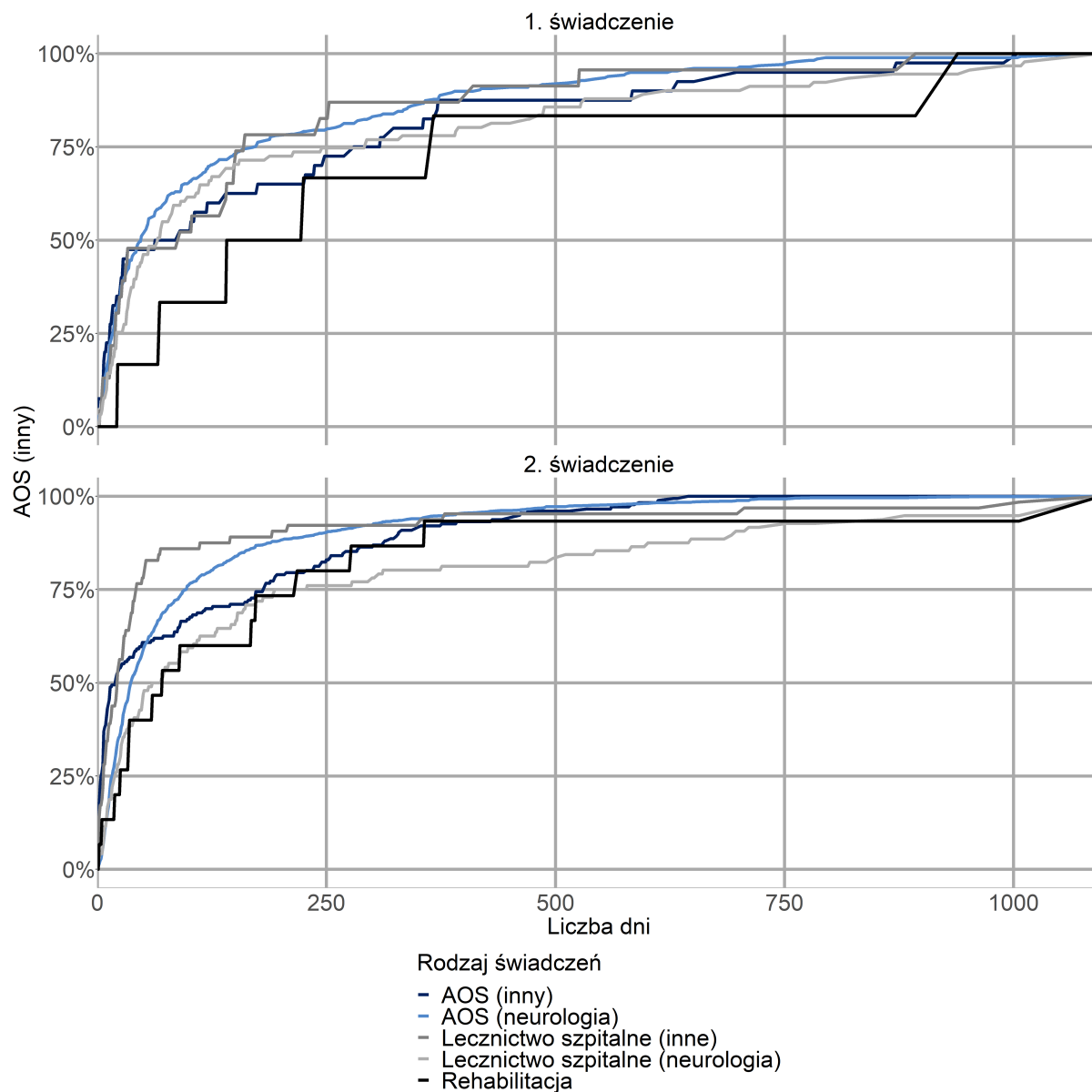
¹³Linie proste pojawiające się na wykresach wynikają z małej liczby pacjentów w danej grupie.

Wykres 3.20: Odsetek skumulowany pacjentów wg dni, które minęły od pierwszego świadczenia w AOS (neurologia) do drugiego świadczenia w rodzajach świadczeń: AOS (inne), AOS (neurologia), lecznictwo szpitalne (inne), lecznictwo szpitalne (neurologia) oraz rehabilitacja lecznicza (wykres górny) oraz od drugiego świadczenia w AOS (neurologia) do trzeciego świadczenia w rodzajach świadczeń: AOS (inne), AOS (neurologia), lecznictwo szpitalne (inne), lecznictwo szpitalne (neurologia) oraz rehabilitacja lecznicza (wykres dolny)



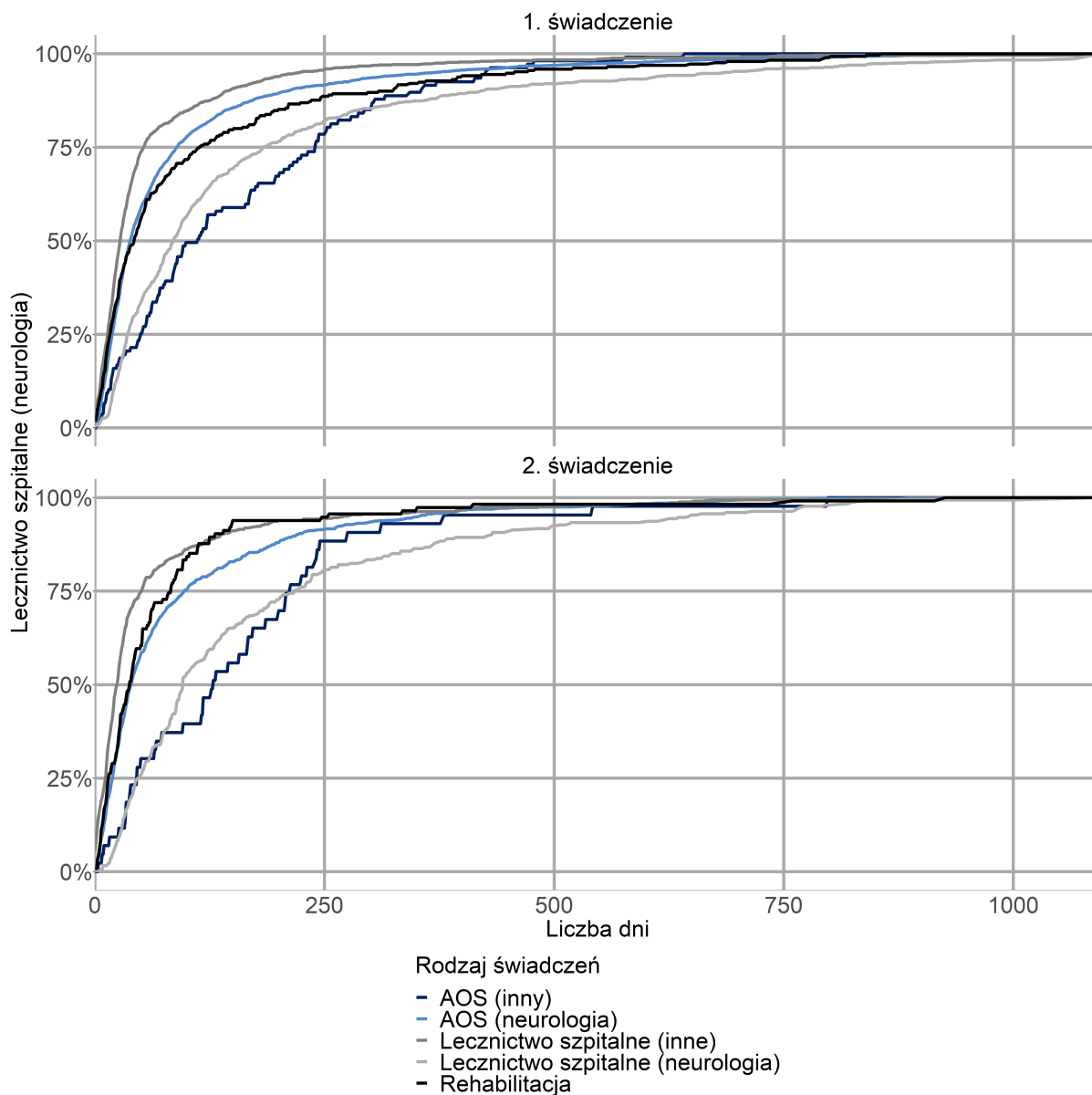
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ

Wykres 3.21: Odsetek skumulowany pacjentów wg dni, które minęły od pierwszego świadczenia w AOS (inne) do drugiego świadczenia w rodzajach świadczeń: AOS (inne), AOS (neurologia), lecznictwo szpitalne (inne), lecznictwo szpitalne (neurologia) oraz rehabilitacja lecznicza (wykres górny) oraz od drugiego świadczenia w AOS (inne) do trzeciego świadczenia w rodzajach świadczeń: AOS (inne), AOS (neurologia), lecznictwo szpitalne (inne), lecznictwo szpitalne (neurologia) oraz rehabilitacja lecznicza (wykres dolny)



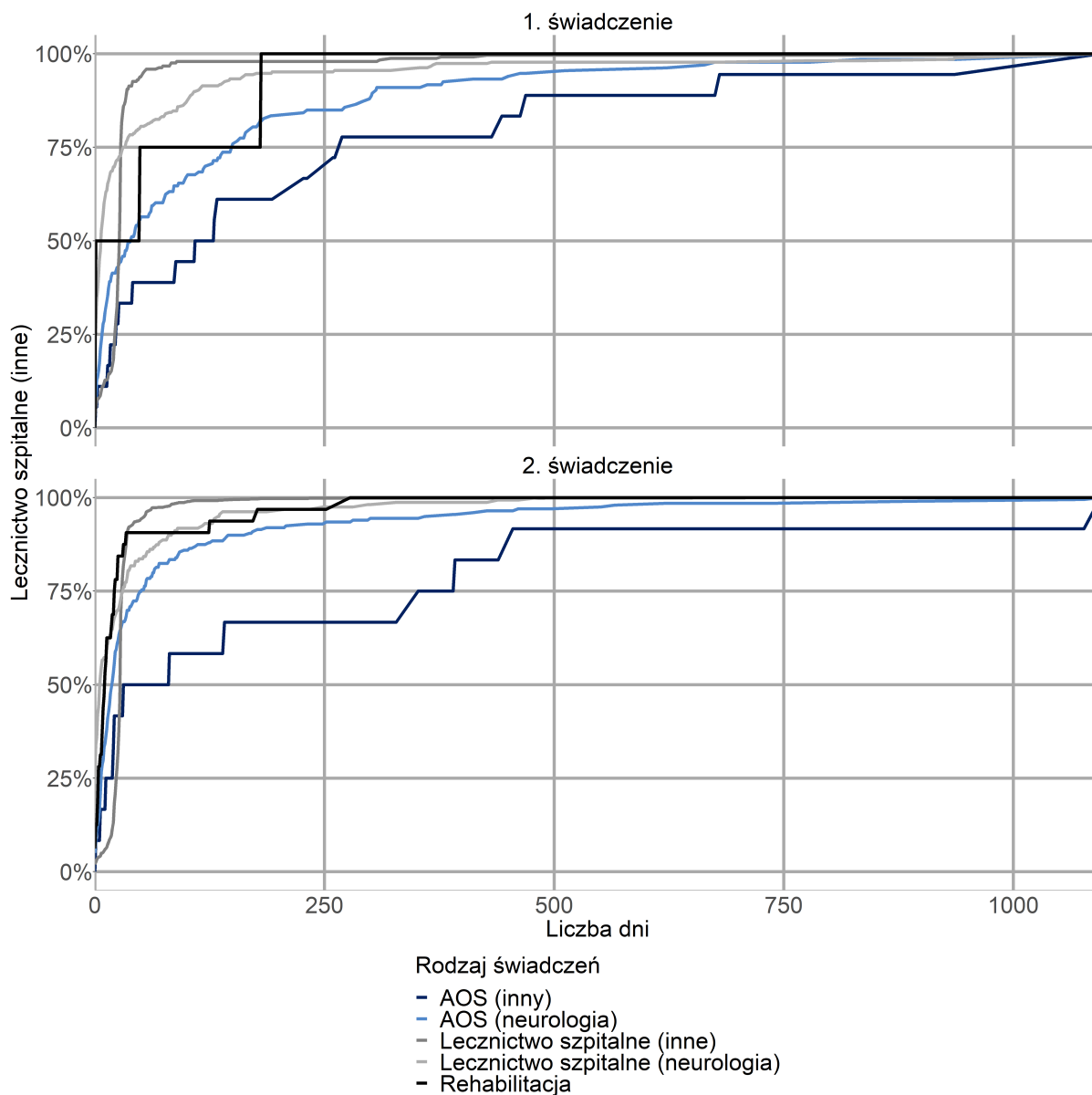
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ

Wykres 3.22: Odsetek skumulowany pacjentów wg dni, które minęły od pierwszego świadczenia w leczeniu szpitalnym (neurologia) do drugiego świadczenia w rodzajach świadczeń: AOS (inne), AOS (neurologia), lecznictwo szpitalne (inne), lecznictwo szpitalne (neurologia) oraz rehabilitacja lecznicza (wykres górny) oraz od drugiego świadczenia w leczeniu szpitalnym (neurologia) do trzeciego świadczenia w rodzajach świadczeń: AOS (inne), AOS (neurologia), lecznictwo szpitalne (inne), lecznictwo szpitalne (neurologia) oraz rehabilitacja lecznicza (wykres dolny)



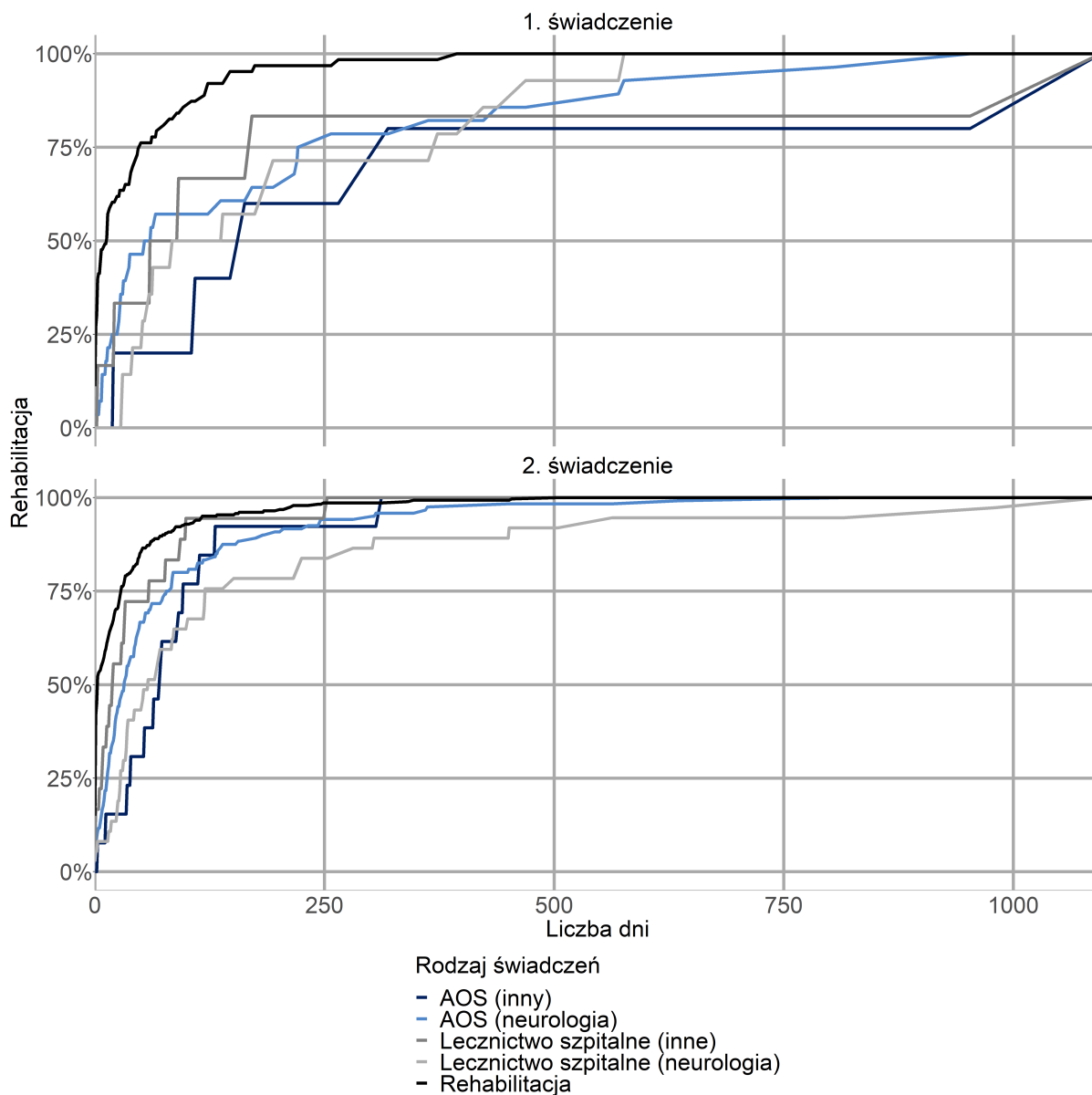
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ

Wykres 3.23: Odsetek skumulowany pacjentów wg dni, które minęły od pierwszego świadczenia w leczeniu szpitalnym (inne) do drugiego świadczenia w rodzajach świadczeń: AOS (inne), AOS (neurologia), leczenie szpitalne (neurologia), leczenie szpitalne (inne) oraz rehabilitacja lecznicza (wykres górny) oraz od drugiego świadczenia w leczeniu szpitalnym (inne) do trzeciego świadczenia w rodzajach świadczeń: AOS (inne), AOS (neurologia), leczenie szpitalne (neurologia), leczenie szpitalne (inne) oraz rehabilitacja lecznicza (wykres dolny)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ

Wykres 3.24: Odsetek skumulowany pacjentów wg dni, które minęły od pierwszego świadczenia w rodzaju rehabilitacja lecznicza do drugiego świadczenia w rodzajach świadczeń: AOS (inne), AOS (neurologia), lecznictwo szpitalne (inne), lecznictwo szpitalne (neurologia) oraz rehabilitacja lecznicza (wykres górny) oraz od drugiego świadczenia w rodzaju rehabilitacja lecznicza do trzeciego świadczenia w rodzajach świadczeń: AOS (inne), AOS (neurologia), lecznictwo szpitalne (inne), lecznictwo szpitalne (neurologia) oraz rehabilitacja lecznicza (wykres dolny)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ

Wśród pacjentów uznanych za chorych zgodnie z metodyką przedstawioną w raporcie, najniższa średnia czasu oczekiwania między pierwszym i drugim świadczeniem z rozpoznaniem głównym G35 – stwardnienie rozsiane została odnotowana pomiędzy świad-

zeniami w lecznictwie szpitalnym (neurologia) – 62 dni. Z kolei 92,8% pacjentów, których pierwsze i drugie świadczenie odbyło się w lecznictwie szpitalnym (neurologia) otrzymało drugie świadczenie w ciągu pół roku. Najwięcej pacjentów miało pierwsze i drugie

świadczenie w AOS (neurologia) – 2,89 tys. pacjentów. Średnia czasu pomiędzy świadczeniami dla tych pacjentów wynosiła 111 dni oraz 82,2% otrzymało drugie świadczenie w ciągu pół roku. Tabela 3.8 prezentuje liczbę pacjentów (w tys.), medianę czasu pomiędzy

pierwszym i drugim świadczeniem, średnią czasu pomiędzy pierwszym i drugim świadczeniem oraz odsetek pacjentów, którym udzielono drugie świadczenie w ciągu: 0,5 roku, roku, 1,5 roku, 2 lat, 2,5 roku, 3 lat dla wybranych rodzajów świadczeń.

Tabela 3.8: Liczba pacjentów (w tys.), mediana czasu pomiędzy pierwszym i drugim świadczaniem, średnia czasu pomiędzy pierwszym i drugim świadczeniem, oraz odsetek pacjentów, którym udzielono drugie świadczenie w ciągu: 0,5 roku, roku, 1,5 roku, 2 lat, 2,5 roku, 3 lat dla wybranych rodzajów świadczeń

Zmienna	AOS > (Neurologia) > AOS	AOS > (Neurologia) > AOS (Neurologia)	SZP > (Neurologia) > AOS (Neurologia)	SZP > (Neurologia) > SZP (Neurologia)	SZP > (Neurologia) > SZP (Neurologia)	AOS > (Neurologia) > SZP (Neurologia)	Pozostałe
Liczba pacjentów (w tys.)	1,17	2,28	0,74	2,83	1,00	0,72	2,00
Czas pomiędzy świadczeniami							
Mediana	83	52	26	39	28	86	28
Średnia	105	106	99	89	62	165	106
Odsetek pacjentów							
% pacjentów do pół roku	84,58%	82,70%	86,81%	88,45%	92,79%	74,59%	84,07%
% pacjentów do roku	98,47%	94,31%	92,06%	94,88%	97,30%	87,85%	91,56%
% pacjentów do 1,5 roku	99,40%	97,42%	95,29%	97,39%	98,50%	92,68%	95,51%
% pacjentów do 2 lat	99,74%	98,86%	96,77%	98,66%	99,20%	95,99%	97,40%
% pacjentów do 2,5 roku	100,00%	99,56%	97,58%	99,58%	99,60%	97,79%	98,60%
% pacjentów do 3 lat	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ

W przypadku pacjentów, których drugie i trzecie świadczenie z rozpoznaniem głównym G35 – stwardnienie rozsiane odbyło się w leczeniu szpitalnym (neurologia) średni czas pomiędzy świadczeniami wynosił 61 dni. Średni czas pomiędzy świadczeniami w AOS neurologia wynosił natomiast 111 dni. Ta-

abela 3.9 prezentuje liczbę pacjentów (w tys.), medianę czasu pomiędzy drugim i trzecim świadczeniem, średnią czasu pomiędzy drugim i trzecim świadczeniem oraz odsetek pacjentów, którym udzielono trzecie świadczenie w ciągu: 0,5 roku, roku, 1,5 roku, 2 lat, 2,5 roku, 3 lat dla wybranych rodzajów świadczeń.

Tabela 3.9: Liczba pacjentów (w tys.), mediana czasu pomiędzy drugim i trzecim świadczeniem, średnia czasu pomiędzy drugim i trzecim świadczeniem, oraz odsetek pacjentów, którym udzielono trzecie świadczenie w ciągu: 0,5 roku, roku, 1,5 roku, 2 lat, 2,5 roku, 3 lat dla wybranych rodzajów świadczeń

Zmienna	AOS > (Neurologia) > AOS	AOS > (Neurologia) > AOS	SZP > (Neurologia) > AOS	SZP > (Neurologia) > SZP	SZP > (Neurologia) > (Neurologia) > SZP	AOS > (Neurologia) > SZP	Pozostałe
Liczba pacjentów (w tys.)	1,17	2,89	0,63	0,88	0,51	0,30	4,38
Czas pomiędzy świadczeniami							
Mediana	90	60	34	40	24	96	28
Średnia	115	111	102	89	61	173	67
Odsetek pacjentów							
% pacjentów do pół roku	79,81%	82,23%	87,40%	85,94%	92,70%	69,77%	91,47%
% pacjentów do roku	97,02%	93,91%	92,82%	95,66%	96,25%	86,71%	96,58%
% pacjentów do 1,5 roku	98,98%	97,86%	94,74%	97,83%	98,03%	93,36%	98,22%
% pacjentów do 2 lat	99,66%	99,17%	96,33%	99,43%	99,41%	96,35%	99,16%
% pacjentów do 2,5 roku	100,00%	99,69%	97,93%	99,89%	99,61%	99,34%	99,43%
% pacjentów do 3 lat	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ

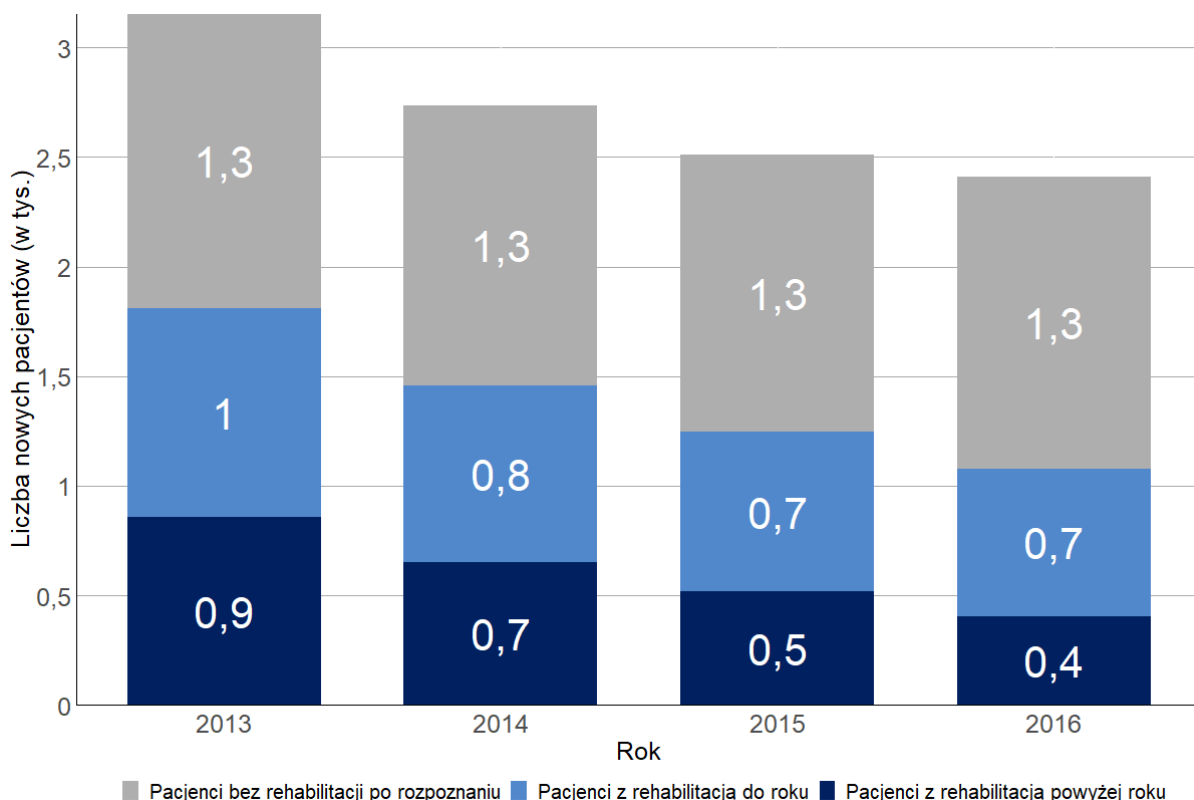
3.4.2 Udzielanie świadczeń z zakresu rehabilitacji nowo rozpoznanym pacjentom ze stwierdzonym stwardnieniem rozsianym

W 2016 r. w porównaniu do 2013 r. o 0,7 tys. spadła liczba pacjentów z rozpoznaniem stwardnienia rozsianego, którzy otrzymali świadczenie w rodzaju rehabilitacja lecznicza. Oznacza to wzrost pacjentów bez rehabilitacji o 12,8 p.p. Zauważalny jest także spadek liczby pacjentów z rehabilitacją leczniczą otrzymaną do roku od daty rozpoznania choroby. W 2013 r. odsetek pacjentów z rehabilitacją leczniczą wyniósł 30,2%, w 2016 r. było to 27,8% pacjentów. Wykres 3.25 prezentuje

strukturę pacjentów pierwszorazowych w latach 2013–2016 pod kątem uzyskania świadczeń w rodzaju rehabilitacja lecznicza w latach 2013–2018. Wyróżniono 3 kategorie pacjentów:

- pacjenci ze świadczeniem rehabilitacji do roku,
- pacjenci ze świadczeniem rehabilitacji powyżej roku,
- pacjenci bez świadczenia rehabilitacji.

Wykres 3.25: Liczba nowo rozpoznaczonych pacjentów (w tys.) ze stwardnieniem rozsianym (G35 wg ICD-10) w latach 2013-2016 wg czasu od daty rozpoznania do uzyskania pierwszego świadczenia w ramach rehabilitacji leczniczej

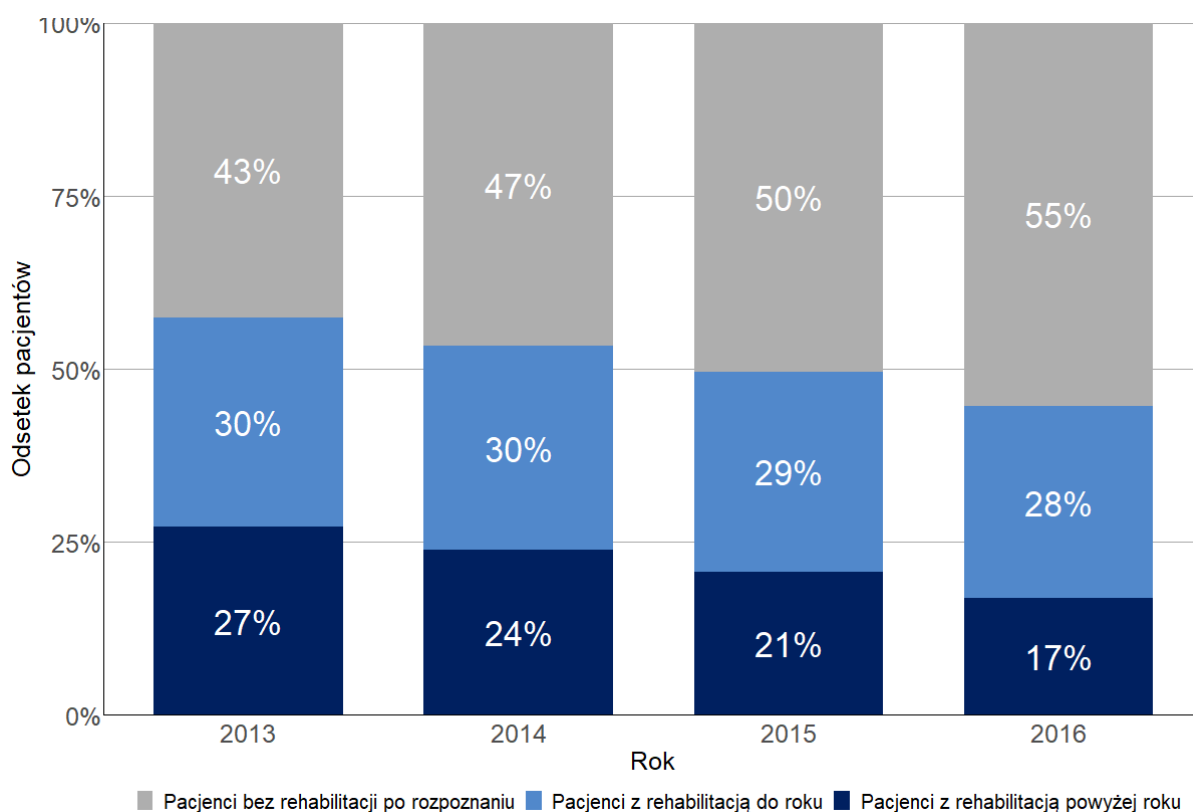


Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ

Wykres 3.26 przedstawia odsetek pacjentów z rozpoznaniem G35 – stwardnienie rozsiane, którym udzielono świadczenia w rodzaju rehabilitacja lecznicza w ciągu 365 dni od daty rozpoznania w stosunku do zachorowalności¹⁴, odsetek pacjentów którzy mieli

udzielone świadczenie w rodzaju rehabilitacja lecznicza powyżej 365 dni od daty rozpoznania oraz odsetek pacjentów z rozpoznaniem G35 – stwardnienie rozsiane, którzy nie mieli udzielonego świadczenia w rodzaju rehabilitacja lecznicza w latach 2013–2018.

Wykres 3.26: Struktura nowo rozpoznanych pacjentów ze stwardnieniem rozsianym (G35 wg ICD-10) w latach 2013–2016 wg czasu od daty rozpoznania do uzyskania pierwszego świadczenia w ramach rehabilitacji leczniczej



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ

3.5 Analiza świadczeń pacjentów przed rozpoznaniem G35 – stwardnienie rozsiane

W rozdziale przedstawiono informacje o wybranych komórkach organizacyjnych (poradniach, pracowniach), w których w okresie

trzech lat przed rozpoznaniem G35 – stwardnienie rozsiane pojawiali się pacjenci, którzy zgodnie z metodyką przedstawioną w rapor-

¹⁴Zachorowalność – bezwzględna liczba chorych na stwardnienie rozsiane, którzy zgodnie z przyjętą metodyką zachorowali w roku sprawozdawczym (za rok zachorowania uznano rok pierwszego świadczenia z rozpoznaniem G35 – stwardnienie rozsiane).

¹⁵Pacjent uznany za chorego to osoba, która miała udzielone świadczenie w ramach co najmniej jednego z dwóch programów lekowych leczenia stwardnienia rozsianego lub w swojej historii miał co najmniej 3 świadczenia w przeciągu 3 lat

cie w latach 2013–2016 mieli zdiagnozowane stwardnienie rozsiane¹⁵. Najwięcej pacjentów (1,7 tys.), przed rozpoznaniem stwardnienia rozsianego miało udzielone świadczenie w poradni neurologicznej. Z kolei świadczenia o najwyższej wartości udzielono w pracowni rezonansu magnetycznego. (564,6 tys. zł). Tabela 3.10 prezentuje liczbę pacjentów (w tys.), którzy w okresie 3 lat przed diagnozą stwardnienia rozsianego rozumianą jako trzykrotne pojawienie się pacjenta z rozpoznaniem G35 – stwardnienie rozsiane w rodzaju: AOS, leczenie szpitalne lub rehabilitacja lecznicza, w tym

co najmniej jedno w ramach hospitalizacji na oddziale neurologicznym lub poradni neurologicznej, liczbę świadczeń (w tys.) oraz wartość refundacji świadczeń (w tys. zł) sprawozdanych przed pierwszym świadczeniem z rozpoznaniem G35 – stwardnienie rozsiane wg poradni/pracowni. W załączniku 4 do raportu znajdują się szczegółowe zestawienia o liczbie pacjentów, liczbie świadczeń oraz wartości refundacji świadczeń wg rozpoznania głównego ICD–10 w poszczególnych poradniach/pracowniach.

Tabela 3.10: Liczba pacjentów (w tys.), którzy mieli sprawozdane świadczenie w okresie 3 lat przed pierwszym świadczeniem z rozpoznaniem G35 - stwardnienie rozsiane, liczba świadczeń (w tys.) oraz wartość refundacji świadczeń (w tys.) wg poradni/pracowni, sprawozdanych w okresie 3 lat przed pierwszym świadczeniem z rozpoznaniem G35 - stwardnienie rozsiane

Nazwa poradni	Liczba pacjentów (w tys.)	Liczba świadczeń (w tys.)	Wartość refundacji świadczeń (w tys.)
Poradnia neurologiczna	1,70	5,95	329,43
Poradnia okulistyczna	0,89	2,68	172,78
Poradnia chirurgii urazowo-ortopedycznej	0,53	1,74	75,91
Pracownia rezonansu magnetycznego	0,75	1,11	564,60
Poradnia endokrynologiczna	0,18	0,73	54,41
Poradnia reumatologiczna	0,19	0,60	48,64
Pracownia tomografii komputerowej	0,26	0,35	102,98
Poradnia okulistyczna dla dzieci	0,03	0,05	3,59

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ

z rozpoznaniem G35 w rodzaju świadczeń: AOS, leczenie szpitalne, rehabilitacja w tym co najmniej jedno świadczenie w poradni lub na oddziale neurologicznym.

Refundacja leków aptecznych

W rozdziale zostały zaprezentowane dane dotyczące refundacji aptecznej leków, które zgodnie ze wskazaniami refundacyjnymi są stosowane w leczeniu stwardnienia rozsianego. Przedstawione informacje dotyczą wszystkich pacjentów, którzy zrealizowali recepty na leki refundowane, tj. niezależnie od faktu, czy w historii udzielono im świadczenie finansowane ze środków publicznych z rozpoznaniem G35 - stwardnienie rozsiane.

W 2019 r. 62,5 tys. pacjentów zrealizowało receptę refundowaną, która zgodnie ze wskazaniami refundacyjnymi jest stosowana w leczeniu stwardnienia rozsianego. Łączna

wartość refundacji aptecznej leków ze wskazaniem refundacyjnym stwardnienie rozsiane wyniosła 3,9 mln zł. Stanowi to spadek refundacji aptecznej o 0,15 mln zł w stosunku do 2013 r. Tabela 4.1 przedstawia liczbę pacjentów (w tys.), którzy zrealizowali receptę na leki ze wskazaniem „stwardnienie rozsiane”, odsetek pacjentów, którzy w swojej historii (rozumianej jako udzielone świadczenie z rozpoznaniem G35 – stwardnienie rozsiane finansowane przez z NFZ) mieli rozpoznanie G35 – stwardnienie rozsiane, liczbę sprzedanych opakowań oraz wartość refundacji leków (w mln zł) w latach 2013–2019.

Tabela 4.1: Liczba pacjentów (w tys.), którzy zrealizowali receptę na leki refundowane ze wskazaniem „stwardnienie rozsiane”, odsetek pacjentów, którzy mieli w swojej historii świadczenie z rozpoznaniem stwardnienia rozsianego (SM), liczba sprzedanych opakowań oraz wartość refundacji (w mln zł) leków ze wskazaniem „stwardnienie rozsiane” (w mln zł) w latach 2013–2019

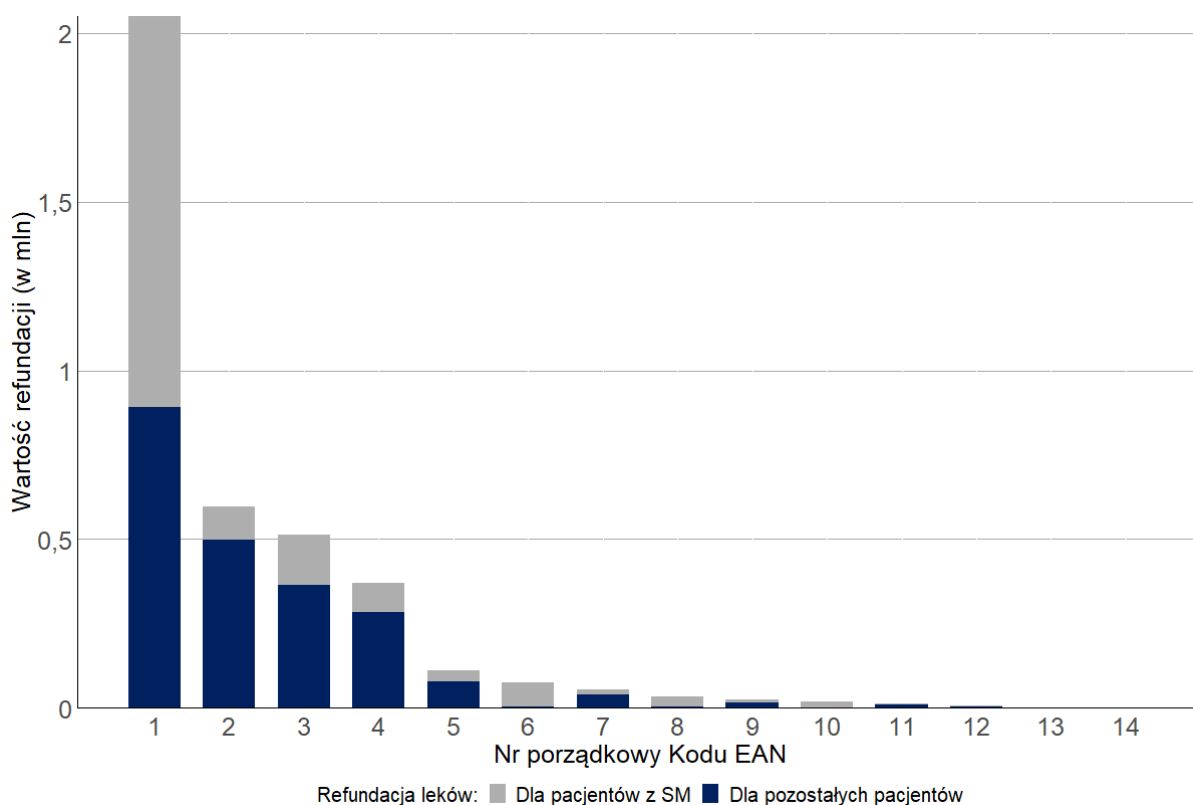
Rok	Liczba pacjentów (w tys.)	Odsetek pacjentów z SM	Liczba opakowań (w tys.)	Wartość refundacji (w mln zł)
2013	66,85	11,29	210,54	4,02
2014	70,85	11,19	221,74	4,06
2015	72,91	11,32	229,20	4,25
2016	77,06	10,95	237,63	4,37
2017	73,24	11,48	232,68	4,29
2018	69,86	12,08	228,77	4,24
2019	62,51	13,35	212,09	3,87

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ

Spośród całej refundacji aptecznej leków ze wskazaniem „stwardnienie rozsiane” największy udział miał lek o nazwie Sirdalud MR, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 6 mg –2,05 mln zł.¹ Stanowił on 53% łącznej refundacji leków ze wskazaniem „stwardnienie rozsiane”, a refundacja dla pacjentów, którzy mieli w swojej historii rozpoznanie G35 –stwardnienie rozsiane stanowiła 56% refundacji leku Sirdalud MR, kaps. o zmodyfikowanym

uwalnianiu, twarde, 6 mg. Wykres 4.1 przedstawia wartość refundacji leków aptecznych ze wskazaniem refundacyjnym „stwardnienie rozsiane” wraz z podziałem na wartości refundacji dla pacjentów z rozpoznaniem G35 –stwardnienie rozsiane oraz pozostałych pacjentów w 2019 r. Objaśnienia numerów porządkowych kodów EAN przedstawiono w Tabeli 4.2.

Wykres 4.1: Wartość refundacji leków aptecznych (w mln zł) ze wskazaniem refundacyjnym „stwardnienie rozsiane” wraz z podziałem na refundację pacjentom, którzy w swojej historii mieli udzielone świadczenie z rozpoznaniem G35 –stwardnienie rozsiane oraz pozostałym pacjentom w 2019 r.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ

Wykres 4.2 przedstawia odsetek żyjących pacjentów², którzy w swojej historii mieli udzielone świadczenie z rozpoznaniem G35 –stwardnienie rozsiane, którzy zrealizowali receptę na lek ze wskazaniem refundacyj-

nym „stwardnienie rozsiane” wg kodu EAN w 2019 r. Odsetek wartości refundacji leku Sirdalud MR dla osób z rozpoznaniem SM w historii świadczeń wyniósł 56%, podczas gdy wśród osób realizujących recepty refun-

¹Odsetek dotyczy łącznej wartości refundacji leków ze wskazaniem stwardnienie rozsiane oraz łącznej refundacji wybranego leku w tym wskazaniu refundacyjnym.

²wg stanu na 2019 r.

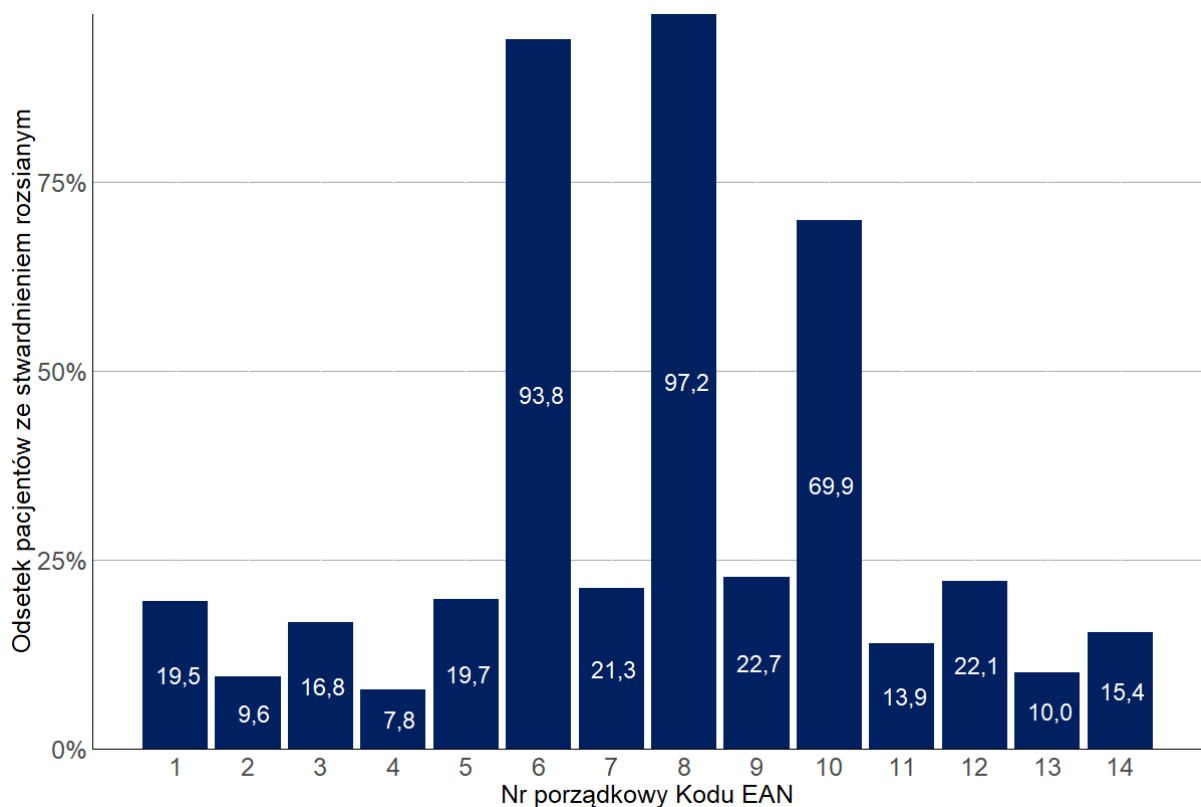
dowane na ten lek, osoby z rozpoznaniem stwardnienia rozsianego w historii stanowiły 19,5%. Oznacza to, że pacjenci ze stwardnieniem rozsianym stosowali go częściej lub w większych dawkach niż pacjenci, którzy nie mieli w historii udzielonych świadczeń z rozpoznaniem G35 - stwardnienie rozsiane.

Można również zaobserwować, że tylko w przypadku 3 leków pacjenci z rozpoznaniem G35 - stwardnienie rozsiane w swojej historii świadczeń stanowili ponad połowę pacjentów realizujących recepty na te leki.

Dotyczy to leków:

- Solu-Medrol, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1000 mg - 93,8%,
- Meprelon, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań/infuzji, 1000 mg - 97,2%,
- Solu-Medrol, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 500 mg - 69,9%.

Wykres 4.2: Odsetek żyjących pacjentów, którzy w swojej historii mieli udzielone świadczenie z rozpoznaniem G35 –stwardnienie rozsiane, wśród pacjentów realizujących recepty na refundowane leki ze wskazaniem refundacyjnym „stwardnienie rozsiane” wg kodu EAN w 2019 r.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ

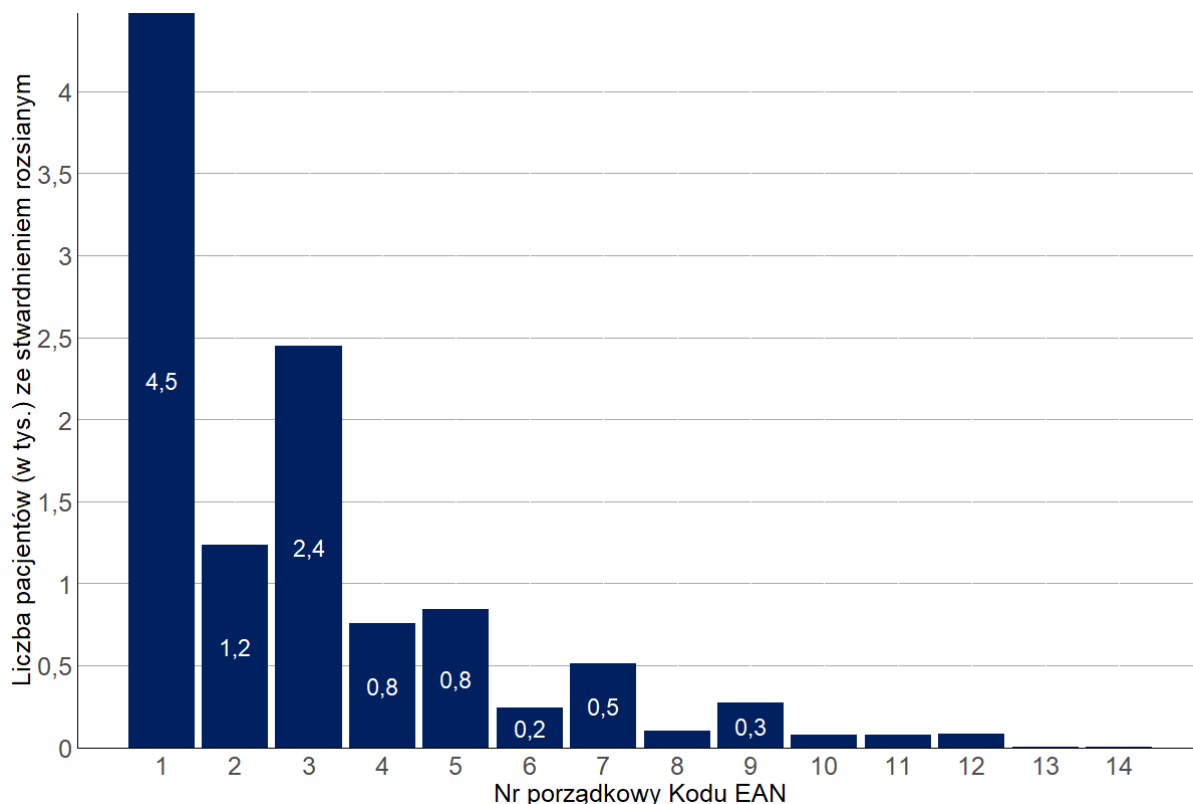
Najwięcej pacjentów z rozpoznaniem G35 –stwardnienie rozsiane w historii świadczeń zrealizowało receptę na Sirdalud MR, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 6 mg –4,5 tys. pacjentów. Drugi spośród le-

ków ze wskazaniem refundacyjnym „stwardnienie rozsiane”, pod względem liczby pacjentów z rozpoznaniem G35 –stwardnienie rozsiane realizujących recepty na leki refundowane był lek Ditropan, tabl., 5 mg, na które

2,4 tys. pacjentów zrealizowało recepty. Wykres 4.3 przedstawia liczbę pacjentów z rozpoznaniem G35 –stwardnienie rozsiane w historii świadczeń, którzy zrealizowali recepty na

leki ze wskazaniem refundacyjnym „stwardnienie rozsiane” w roku 2019. Tabela 4.2 stanowi słownik kodów EAN oraz numerów porządkowych podanych na wykresach.

Wykres 4.3: Liczba pacjentów z rozpoznaniem G35 –stwardnienie rozsiane w historii świadczeń, którzy zrealizowali receptę na lek ze wskazaniem refundacyjnym „Stwardnienie Rozsiane” wg kodu EAN w 2019 r.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ

Tabela 4.2

LP	Kod EAN	Nazwa leku	Wielkość opakowania
1	05909990671410	Sirdalud MR, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 6 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)
2	05909990783816	Driptane, tabl., 5 mg	60 szt.
3	05909990163519	Ditropan, tabl., 5 mg	30 szt.
4	05909990784486	Tizanor, tabl., 4 mg	30 szt.
5	05909991304140	Ditropan, tabl., 5 mg	30 szt.
6	05909990236817	Solu-Medrol, proszek i rozpuszczalnik do sporządzenia roztworu do wstrzykiwań, 1000 mg	1 fiol. z prosz. + 1 fiol. z rozp.

Tabela 4.2

LP	Kod EAN	Nazwa leku	Wielkość opakowania
7	05909991239503	Ditropan, tabl., 5 mg	30 szt.
8	05909990939220	Meprelon, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań/infuzji, 1000 mg	1 fiol. + 1 amp.
9	05909991290887	Ditropan, tabl., 5 mg	30 szt.
10	05909990236718	Solu-Medrol, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 500 mg	1 fiol. z prosz. + 1 fiol. z rozp.
11	05909997065892	Driptane, tabl., 5 mg	60 szt.
12	05909997013947	Ditropan, tabl., 5 mg	30 szt.
13	05909991035983	Uralex/Oxybutynin hydrochloride Accord, tabl., 5 mg	30 szt.
14	05909991036034	Uralex, tabl., 5 mg	60 tabl.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ

Spis załączników

- Załącznik 1 - Chorobowość i zapadalność
- Załącznik 2 - Świadczenia z rozpoznaniem G35
- Załącznik 3 - Programy lekowe leczenia stwardnienia rozsianego
- Załącznik 4 - Świadczenia przed pierwszym świadczeniem z rozpoznaniem stwardnienia rozsianego - Poradnie/pracownie rozpoznania wg ICD-10
- Załącznik 5 - Rozpoznanie współistniejące
- Załącznik 6 - Późniejsze rozpoznania u pacjentów z niepotwierdzonym rozpoznaniem G35 - stwardnienie rozsiane