

3.2 Raport okresowy POZ Plus nr 4

**Analiza wdrożenia programu zarządzania chorobą POZ Plus w grupie
dziedzinowej kardiologia**

Okres: 06.2018-06.2019

Spis treści

Spis wykresów	3
Słownik pojęć i skrótów	6
1. Podsumowanie	7
2. Metodologia i dane podstawowe	10
3. Analiza wykonania POZ Plus. Grupa pacjentów z grupy dziedzinowej DMP w zakresie kardiologii	12
4. Analiza trzech głównych chorób układu krążenia w POZ Plus	41
5. Nadciśnienie tętnicze	61
6. Porównanie czasu oczekiwania na świadczenia przed i po wdrożeniu projektu POZ Plus	65
7. Ciekawe przypadki	70

Spis wykresów

WYKRES 1	Średni czas od podpisania zgody na DMP do porady kompleksowej – DMP kardiologia	13
WYKRES 2	Średni czas od podpisania zgody na DMP do porady kompleksowej – DMP kardiologia i inne	14
WYKRES 3	Osoby w DMP na tle osób, które odwiedziły ochronę zdrowia na poziomie POZ, AOS lub szpital (bez SOR i IP) w związku z co najmniej jedną chorobą kardiologiczną objętą DMP (ICD10 kod główny świadczenia) w okresie styczeń 2015 – czerwiec 2019.	19
WYKRES 4	Osoby w DMP (czysto kardiologiczne) na tle osób, które odwiedziły ochronę zdrowia na poziomie POZ, AOS lub szpital (bez SOR i IP) w związku z co najmniej jedną chorobą kardiologiczną objętą DMP (ICD10 kod główny świadczenia) w okresie styczeń 2015 – czerwiec 2019.	20
WYKRES 5	Osoby w DMP nadciśnienie (czysto) na tle osób, które odwiedziły ochronę zdrowia na poziomie POZ, AOS lub szpital (bez SOR i IP) w związku nadciśnieniem (ICD10 kod główny świadczenia) w okresie styczeń 2015 – czerwiec 2019.	21
WYKRES 6	Liczba osób i świadczeń z grupy beneficjentów programu POZ Plus (n=42 222) w poradniach AOS w okresie styczeń 2015 – czerwiec 2019.	22
WYKRES 7	Liczba osób i średni czas oczekiwania na pierwsze świadczenie (od daty zlecenia) z grupy beneficjentów programu POZ Plus w poradniach AOS, które otrzymały pierwszorazowe świadczenia kardiologiczne w okresie styczeń 2015 – czerwiec 2019.	23
WYKRES 8	Liczba osób i średni czas oczekiwania na pierwsze świadczenie (od daty zlecenia) w grupie beneficjentów programu POZ Plus, którzy mieli wcześniej raportowane choroby kardiologiczne na pierwszych trzech poziomach opieki w poradniach AOS, które otrzymały pierwszorazowe świadczenia kardiologiczne w okresie styczeń 2015 – czerwiec 2019.	24
WYKRES 9	Liczba osób i średni czas oczekiwania na pierwsze świadczenie (od daty zlecenia) w grupie beneficjentów programu DMP w zakresie kardiologii w poradniach AOS, które otrzymały pierwszorazowe świadczenia kardiologiczne w okresie styczeń 2015 – czerwiec 2019.	24
WYKRES 10	Liczba osób i średni czas oczekiwania na pierwsze świadczenie (od daty zlecenia) w grupie beneficjentów programu DMP w zakresie kardiologii w poradniach AOS, które otrzymały pierwszorazowe świadczenia kardiologiczne w okresie czerwiec 2017 – czerwiec 2019.	25
WYKRES 11	Liczba osób i średni czas oczekiwania na pierwsze świadczenie (od daty zlecenia) w grupie beneficjentów programu DMP w zakresie nadciśnienia w poradniach AOS, które otrzymały świadczenia specjalistyczne w okresie czerwiec 2017 – czerwiec 2019.	26
WYKRES 12	Liczba osób i średni czas oczekiwania na pierwsze świadczenie (od daty zlecenia) w grupie beneficjentów programu DMP w zakresie nadciśnienia w poradniach AOS, które otrzymały pierwszorazowe świadczenia kardiologiczne w okresie czerwiec 2017 – czerwiec 2019.	27
WYKRES 13	Liczba osób i średni czas oczekiwania na pierwsze świadczenie (od daty zlecenia) w grupie beneficjentów programu DMP w zakresie nadciśnienia w poradniach AOS, które otrzymały pierwszorazowe świadczenia kardiologiczne w okresie czerwiec 2017 – czerwiec 2019.	28
WYKRES 14	Liczba pacjentów i świadczeń w DMP – grupa DMP kardiologia	29
WYKRES 15	Liczba pacjentów i świadczeń w DMP – grupa DMP nadciśnienie	29
WYKRES 16	Liczba badań przeprowadzonych w przeliczeniu na jednego pacjenta w grupie DMP kardiologia i inne DMP	30
WYKRES 17	Liczba badań przeprowadzonych w przeliczeniu na jednego pacjenta w grupie DMP kardiologia	30
WYKRES 18	Liczba badań przeprowadzonych w przeliczeniu na jednego pacjenta w grupie DMP nadciśnienie	30
TABELA 1	Najczęstsze badania diagnostyczne w programie DMP kardiologia	31
WYKRES 19	Liczba beneficjentów poszczególnych świadczeń w programie DMP	32
WYKRES 20	Wartość rozliczonych jednostek rozliczeniowych w DMP	33
WYKRES 21	Wartość rozliczonych jednostek rozliczeniowych na jednego pacjenta w DMP na jednego pacjenta (badania)	34
WYKRES 22	Liczba osób korzystających ze świadczeń POZ i świadczeń programu pilotażowego w okresie czerwiec 2017 – czerwiec 2019, przed i po podpisaniu zgody na udział w DMP - grupa beneficjentów programu DMP wyłącznie w chorobach kardiologicznych.	35
WYKRES 23	Liczba osób korzystających ze świadczeń POZ i świadczeń programu pilotażowego w okresie czerwiec 2017 – czerwiec 2019, przed i po podpisaniu zgody na udział w DMP - grupa beneficjentów programu DMP w chorobach kardiologicznych.	36

WYKRES 24 Liczba osób korzystających ze świadczeń POZ i świadczeń programu pilotażowego w okresie czerwiec 2017 – czerwiec 2019, przed i po podpisaniu zgody na DMP - grupa beneficjentów programu DMP wyłącznie w nadciśnieniu tętniczym. _	37
WYKRES 25 Zmiana liczby pacjentów w poradniach AOS – grupa beneficjentów programu DMP wyłącznie w zakresie chorób kardiologicznych (okres czerwiec 2017 – czerwiec 2019). _____	38
WYKRES 26 Zmiana liczby pacjentów w poradniach AOS – grupa beneficjentów programu DMP wyłącznie w zakresie nadciśnienia. _____	39
WYKRES 27 Liczba osób korzystających ze świadczeń AOS w okresie czerwiec 2017 – czerwiec 2019, przed i po podpisaniu zgody na DMP - grupa beneficjentów programu POZ Plus, u których raportowano kody chorób kardiologicznych (w okresie 01.2015-06.2019), a którzy nie biorą udziału w programie DMP w zakresie kardiologii. _____	40
WYKRES 28 Średnia liczba wizyt pacjentów DMP w POZ – rok przed wdrożeniem POZ Plus i rok, podczas którego program był wdrażany _____	43
WYKRES 29 Średnia liczba wizyt pacjentów DMP w AOS gdzie rozpoznaniem był kod główny I20 -I25, I47-48 lub I50. Rok przed wdrożeniem POZ Plus i rok, podczas którego program był wdrażany _____	43
WYKRES 30 Pacjenci będący w programie DMP z zakresu przewlekłej choroby wieńcowej i korzystający z AOS (kontakt z przypisanym kodem głównym I20, I24, I25) na przestrzeni ostatnich 2 lat (czerwiec 2017 – czerwiec 2019) w podziale na okres przed i po POZ Plus. _____	44
WYKRES 31 Pacjenci będący w programie DMP z zakresu przewlekłej niewydolności serca, korzystający z AOS (kontakt z przypisanym kodem głównym I50) na przestrzeni ostatnich dwóch lat (czerwiec 2017 – czerwiec 2019) w podziale na okres przed i po POZ Plus. _____	45
WYKRES 32 Pacjenci będący w programie DMP z zakresu utrwalonego migotania przedsionków i korzystający z AOS (kontakt z przypisanym kodem głównym I47-48) na przestrzeni ostatnich dwóch lat (czerwiec 2017 – czerwiec 2019) w podziale na okres przed i po POZ Plus. _____	46
WYKRES 33 Świadczenia AOS (kontakt z przypisanym kodem głównym I20, I24 i I25) beneficjentów programu DMP w przewlekłej chorobie wieńcowej na przestrzeni ostatnich 2 lat (czerwiec 2017 – czerwiec 2019), w podziale na okres przed i po POZ Plus. _____	47
WYKRES 34 Świadczenia AOS (kontakt z przypisanym kodem głównym I50) beneficjentów programu DMP w przewlekłej niewydolności serca na przestrzeni ostatnich 2 lat (czerwiec 2017 – czerwiec 2019), w podziale na okres przed i po POZ Plus. _____	47
WYKRES 35 Świadczenia AOS (kontakt z przypisanym kodem głównym I47-48) beneficjentów programu DMP utrwalone migotanie przedsionków na przestrzeni ostatnich 2 lat (czerwiec 2017 – czerwiec 2019), w podziale na okres przed i po POZ Plus. _____	48
WYKRES 36 Średnia liczba wizyt pacjentów z przewlekłą chorobą wieńcową w AOS. _____	49
WYKRES 37 Średnia liczba wizyt pacjentów z utrwalonym migotaniem przedsionków w AOS. _____	49
WYKRES 38 Średnia liczba wizyt pacjentów z niewydolnością serca w AOS. _____	50
WYKRES 39 Średni czas oczekiwania na wizytę kompleksową od podpisania zgody na udział w wybranym programie DMP _____	51
WYKRES 40 Średnia liczba dni od podpisania zgody na uczestnictwo w POZ Plus, a pierwszym świadczeniem bilansowym w programie POZ Plus dla trzech chorób kardiologicznych _____	54
WYKRES 41 Średnia liczba dni od podpisania zgody POZ Plus, a pierwszym świadczeniem DMP dla trzech chorób kardiologicznych. _____	57
WYKRES 42 Średnia liczba dni pierwszego świadczenia bilansowego do pierwszego świadczenia w programie DMP dla trzech chorób kardiologicznych. _____	58
WYKRES 43 Średnia liczba dni od podpisania zgody na uczestnictwo w POZ Plus, a pierwszym badaniem diagnostycznym w ramach programu DMP _____	59
WYKRES 44 Średnia liczba dni od podpisania zgody na uczestnictwo w POZ Plus, a pierwszym świadczeniem w ramach porady kompleksowej dla trzech chorób kardiologicznych _____	60
WYKRES 45 Średnia liczba wizyt w POZ pacjentów będących w programie DMP z nadciśnieniem tętniczym. _____	61
WYKRES 46 Średnia liczba wizyt AOS dla pacjentów z nadciśnieniem tętniczym będących w programie DMP rok przed wdrożeniem POZ Plus oraz w trakcie realizacji POZ Plus. _____	62
WYKRES 47 Liczba osób raportowanych w szpitalach, z rozpoznaniem tętniczym od 2015 roku do roku realizacji POZ Plus. _____	63
WYKRES 48 Dziesięć najczęstszych rodzajów świadczeń szpitalnych dla pacjentów z nadciśnieniem przed POZ Plus. _____	64
WYKRES 49 Dziesięć najczęstszych rodzajów świadczeń szpitalnych dla pacjentów z nadciśnieniem w trakcie POZ Plus. _____	64
Tabela 2. Liczba i procent pacjentów według czasu oczekiwania na wybrane świadczenia - przewlekła niewydolność serca. _____	66
WYKRES 50 Czas oczekiwania na świadczenia (% pacjentów) - Przewlekła niewydolność serca. _____	67
Tabela 3 Liczba i procent pacjentów według czasu oczekiwania na wybrane świadczenia - utrwalone migotanie przedsionków. _____	68

WYKRES 51 Czas oczekiwania na świadczenia (% pacjentów) - migotanie przedsionków. _____	68
Tabela 4. Liczba i procent pacjentów według czasu oczekiwania na wybrane świadczenia - przewlekła choroba wieńcowa. _____	69
WYKRES 52 Czas oczekiwania na świadczenia (% pacjentów) - przewlekła choroba wieńcowa. _____	69
WYKRES 53 Średni czas oczekiwania na świadczenia w programie DMP mierzone od podpisania zgody na udział w danym programie _____	70
WYKRES 54 Czas (mierzony w miesiącach) od zlecenia do wizyty w AOS (kod główny choroby DMP) w grupie beneficjentów programu DMP w danej chorobie – przewlekła choroba wieńcowa. _____	71
WYKRES 55 Czas (mierzony w miesiącach) od zlecenia do wizyty w AOS (kod główny choroby DMP) w grupie beneficjentów programu DMP w danej chorobie – utrwalone migotanie przedsionków. _____	72
WYKRES 56 Czas (mierzony w miesiącach) od zlecenia do wizyty w AOS (kod główny choroby DMP) w grupie beneficjentów programu DMP w danej chorobie – przewlekła niewydolność serca. _____	73
WYKRES 57 Czas (w tygodniach) pomiędzy pierwszą wizytą POZ z kodem głównym choroby do najwcześniejszej wizyty AOS z tym samym rozpoznaniem głównym, osoby w grupie programu DMP dla danej choroby (okres od 2015 do podpisania zgody DMP) – przewlekła niewydolność serca. _____	74
WYKRES 58 Czas (w tygodniach) pomiędzy pierwszą wizytą POZ z kodem głównym choroby do najwcześniejszej wizyty AOS z tym samym rozpoznaniem głównym, wszyscy beneficjenci POZ Plus (okres od 2015 do czerwca 2019) – przewlekła niewydolność serca. _____	74
WYKRES 59 Czas (w tygodniach) pomiędzy pierwszą wizytą POZ z kodem głównym choroby do najwcześniejszej wizyty AOS z tym samym rozpoznaniem głównym, procent osób w grupie programu DMP dla danej choroby (okres od 2015 do podpisania zgody DMP) – przewlekła niewydolność serca (N=39). _____	74
WYKRES 60 Czas (w tygodniach) pomiędzy pierwszą wizytą POZ z kodem głównym choroby do najwcześniejszej wizyty AOS z tym samym rozpoznaniem głównym, osoby w grupie programu DMP dla danej choroby (okres od 2015 do podpisania zgody DMP) – utrwalone migotanie przedsionków. _____	75
WYKRES 61 Czas (w tygodniach) pomiędzy pierwszą wizytą POZ z kodem głównym choroby do najwcześniejszej wizyty AOS z tym samym rozpoznaniem głównym, wszyscy beneficjenci POZ Plus (okres od 2015 do czerwca 2019) – utrwalone migotanie przedsionków. _____	75
WYKRES 62 Czas (w tygodniach) pomiędzy pierwszą wizytą POZ z kodem głównym choroby do najwcześniejszej wizyty AOS z tym samym rozpoznaniem głównym, procent osób w grupie programu DMP dla danej choroby (okres od 2015 do podpisania zgody DMP) – utrwalone migotanie przedsionków (N=111) _____	76
WYKRES 63 Czas (w tygodniach) pomiędzy pierwszą wizytą POZ z kodem głównym choroby do najwcześniejszej wizyty AOS z tym samym rozpoznaniem głównym, osoby w grupie programu DMP dla danej choroby (okres od 2015 do podpisania zgody DMP) – przewlekła choroba wieńcowa _____	76
WYKRES 64 Czas (w tygodniach) pomiędzy pierwszą wizytą POZ z kodem głównym choroby do najwcześniejszej wizyty AOS z tym samym rozpoznaniem głównym, wszyscy beneficjenci POZ Plus (okres od 2015 do czerwca 2019) – przewlekła choroba wieńcowa _____	77
WYKRES 65 Czas (w tygodniach) pomiędzy pierwszą wizytą POZ z kodem głównym choroby do najwcześniejszej wizyty AOS z tym samym rozpoznaniem głównym, procent osób w grupie programu DMP dla danej choroby (okres od 2015 do podpisania zgody DMP) – przewlekła choroba wieńcowa (N=229) _____	77

Słownik pojęć i skrótów

AOS	Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna
POZ	Podstawowa Opieka Zdrowotna
KLP	Koszty Leczenia Pacjentów (baza danych NFZ)
DMP	Program zarządzania chorobą (ang. Disease Management Program)
IP	Izba Przyjęć
SOR	Szpitalny Oddział Ratunkowy
Bilans	Zestaw wystandaryzowanych badań realizowanych w ramach profilaktyki chorób przewlekłych przeznaczony dla całej populacji objętej opieką świadczeniodawcy realizującego świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie POZ PLUS (w zgłoszonym miejscu udzielania świadczeń), wykonywany raz na pięć lat, w pięcioletnich grupach wiekowych od 20 do 65 roku życia. Dostępna są dwa typy bilansów: podstawowy i pogłębiony.
Edukacja zdrowotna	Porada edukacyjna w programie zarządzania chorobą. Celem wizyty edukacyjnej w DMP jest poszerzenie wiedzy pacjenta o chorobie oraz sposobach radzenia sobie z nią w trakcie jej trwania.
Porada wstępna	Porada w programie zarządzania chorobą na etapie kwalifikacji pacjenta do programu, w celu potwierdzenia lub wykluczenia wstępnego rozpoznania. Porada wstępna może być poprzedzona wykonaniem niezbędnych badań diagnostycznych.
Porada kompleksowa	Porada w programie zarządzania chorobą. Pierwsza porada kompleksowa kończy się wydaniem IPOM. Porada kompleksowa wraz z niezbędnymi badaniami odbywa się przynajmniej raz w roku, zależnie od tego w ilu grupach dziedzinowych pacjent DMP złożył zgodę. Dla pacjentów ze złożoną zgodą w jednej grupie dziedzinowej porada odbywa się 1 raz w ciągu 12 miesięcy, dla pacjentów ze zgodami w dwóch grupach dziedzinowych są to dwie porady w ciągu 12 miesięcy, a dla trzech lub więcej zgód w różnych grupach dziedzinowych są to trzy porady w ciągu roku.
IPOM	Indywidualny Plan Opieki Medycznej w DMP
Konsultacja specjalistyczna	Konsultacje zlecane w zależności od potrzeb pacjenta. Wyróżnia się następujące typy konsultacji: lekarz – lekarz, telemedyczna lekarz – lekarz lub lekarz-pacjent (nie przysługuje na etapie kwalifikacji do DMP).
Rozliczona wartość świadczeń	Realna wartość świadczeń, za którą zapłacił świadczeniodawcy NFZ
Kontakt	Każdorazowy kontakt pacjenta ze świadczeniodawcą (również badanie diagnostyczne) charakteryzujący się datą rozpoczęcia i zakończenia oraz unikalnym ID
Grupa dziedzinowa	Zbiór jednostek chorobowych objętych programem DMP w jednej dziedzinie. W programie zarządzania chorobą wyróżniono następujące pięć grup dziedzinowych chorób objętych programem: (i) diabetologia; (ii) kardiologia; (iii) pulmonologia; (iv) endokrynologia; (v) reumatologia i neurologia. W grupie dziedzinowej kardiologia zawierają się cztery jednostki chorobowe: (i) nadciśnienie tętnicze samoistne; (ii) przewlekła choroba wieńcowa; (iii) przewlekła niewydolność serca; (iv) utrwalone migotanie przedsionków.

1. Podsumowanie

Analiza obejmuje dane z pierwszego roku wdrażania projektu POZ Plus tzn. od czerwca 2018 roku do czerwca 2019 roku lub w niektórych przypadkach, w związku z dostępnością danych - do października 2019 roku (dane na temat podpisanych zgód pacjentów na udział w projekcie). Posiadane przez Bank Światowy dane dotyczą tylko tych osób, które zgodziły się na uczestnictwo w projekcie POZ Plus, a więc nie obejmują pozostałej części populacji, będącej pod opieką świadczeniodawców POZ Plus, nie będącej beneficjentami projektu. Na potrzeby szerszej analizy, zbierane są dane z tzw. próby kontrolnej. Nie dotyczą one jednak realizacji projektu POZ Plus oraz w chwili obecnej nie są jeszcze dostępne.

Projekt POZ Plus opiera się o proaktywne działania POZ i współpracę pomiędzy zespołem podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) z lekarzami specjalistami oraz fizjoterapeutami, a pacjentem i jego rodziną. Narzędzia wspierające realizację projektu, to między innymi: narzędzia IT, dodatkowa diagnostyka, decentralizacja kompetencji do możliwie najniższego skutecznego poziomu oraz stworzenie otwartej komunikacji między personelem medycznym zaangażowanym w proces terapeutyczny, a pacjentem i jego rodziną.

Wybrane choroby kardiologiczne w projekcie POZ Plus, będące przedmiotem poniższego raportu, są tożsame z wybranymi chorobami, w których jednostki POZ mogą pełnić szczególną rolę w zakresie koordynacji udzielanych świadczeń. Są to: (i) choroba wieńcowa (ICD10: I20, I24, I25), (ii) przewlekła niewydolność serca (ICD10: I50); (iii) migotanie przedsionków (ICD10: I47, I48); (iv) nadciśnienie tętnicze samoistne (ICD10: I10, I11, I12, I13). Biorąc pod uwagę szczególnie charakter nadciśnienia tętniczego oraz dużą liczbę pacjentów na niego chorujących, w ramach dodatkowej analizy wybranych zagadnień, rozdzielono grupę pacjentów biorącą udział w programie zarządzania chorobą (z ang. *disease management program* DMP) z grupy dziedzicznej kardiologicznej, na dwie podgrupy: (i) pacjenci biorący udział w DMP z zakresu trzech chorób kardiologicznych (przewlekła choroba wieńcowa, przewlekła niewydolność serca, utrwalone migotanie przedsionków); (ii) pacjenci biorący udział w DMP z zakresu nadciśnienia tętniczego samoistnego.

W 2015 roku, w czasie przygotowywania projektu POZ Plus analizowano koszty leczenia poszczególnych chorób. Analizy te wykazały, że w przypadku chorób kardiologicznych z grupy dziedzicznej DMP, nadciśnienie tętnicze samoistne generowało najwięcej kosztów - 144 miliony złotych, przy czym 76% to koszty świadczeń w poradniach kardiologicznych. Drugą z kolei najkosztowniejszą dla systemu z ww. grupy chorób jest choroba wieńcowa (106 milionów złotych), trzecią - niewydolność serca (85 milionów złotych). Na ostatnim miejscu znajduje się migotanie przedsionków (27 milionów złotych). W przypadku przewlekłej niewydolności serca tylko 15% kosztów zostało przypisanych świadczeniom w poradni kardiologicznej. W 2015 roku w

systemie pojawiło się 2 miliony pacjentów z nadciśnieniem, 634 000 osób z chorobą wieńcową, 189 000 z migotaniem przedsionków i 123 000 z przewlekłą niewydolnością serca. Wynika z tego, że w przeliczeniu na jednego pacjenta niewydolność serca jest najkosztowniejszą chorobą z tej grupy, gdzie koszt przypadający na jednego pacjenta to około 700 zł. W przypadku pozostałych trzech chorób, koszty pacjenta są porównywalne: migotanie przedsionków -144 zł; choroba wieńcowa - 171 zł; nadciśnienie - 159 zł.

Od czerwca 2018 r. do końca czerwca 2019 r., łącznie w projekcie POZ Plus udział wzięły 42 222 osoby, z czego przeważająca większość osób (tj. niemal 70%) biorących w nim udział, korzystała ze świadczeń oferowanych w ramach tzw. profilaktycznych świadczeń bilansowych.

Do czerwca 2019 r. w ramach pilotażu, 19 831 osoby (tj. niemal 47 % korzystających ze świadczeń w POZ Plus) **podpisały zgodę na wzięcie udziału w DMP. Ponad 54% tych pacjentów (tj. 10 869 osób) skorzystało z DMP w zakresie chorób kardiologicznych**, w tym ponad 48% osób (tj. 9 548 pacjentów) objętych było DMP z zakresu nadciśnienia tętniczego. Oznacza to, że 88% osób, które brały udział w DMP z zakresu chorób kardiologicznych (tj. 9 548 z 10 869 osób) korzystało z programu. Około 12% wszystkich pacjentów DMP z zakresu chorób kardiologicznych ma zareportowaną przewlekłą chorobę wieńcową, 7% - utrwalone migotanie przedsionków, 4% - przewlekłą niewydolność serca. Ciekawostką jest to, że 27 osób podpisało zgody na udział we wszystkich 4 programach kardiologicznych DMP, a 136 osób podpisało zgody na udział w 3 takich programach.

Jednym z celów stworzenia DMP była potrzeba wprowadzenia koordynacji leczenia pacjenta z wybranymi chorobami przewlekłymi na poziomie POZ. W ramach każdej ścieżki postępowania DMP dostępna jest dodatkowa diagnostyka i wystandaryzowany tryb postępowania, a poszczególne świadczenia są finansowane na podstawie ustalonych stawek płaconych, między innymi, w ramach „f4s” (z ang. *fee for service*).

Wstępne analizy wykonania POZ Plus dla populacji osób z chorobami kardiologicznymi wskazują na: zmniejszenie się liczby osób korzystających z AOS; przesunięcie tych pacjentów do POZ; a także skrócenie czasu oczekiwania pacjenta na pierwszą wizytę związaną z chorobą przewlekłą. Średnio, od momentu podpisania zgody na udział w DMP, pacjenci korzystający z DMP w grupie dziedzinowej kardiologii czekali 18 dni na udzielenie im świadczenia porady kompleksowej w ramach programu DMP. Natomiast na konsultację ze specjalistą kardiologiem, związaną z realizacją planu leczenia przewlekłej choroby kardiologicznej, czekano średnio 47,88 dni (liczonych od momentu podpisania zgody na udział w DMP).

Ze świadczeń typu konsultacja specjalistyczna kardiologiczna (lekarz-lekarz, lekarz-pacjent, lekarz-lekarz telemedyczna) skorzystało około 25% pacjentów kardiologicznych będących w programie DMP. Analizując dane historyczne (2015-2019) w tej samej populacji objętej projektem POZ Plus (42 222 osób), warto wskazać, że 11% (tj. 4 845) osób skorzystało z pierwszorazowej porady kardiologicznej specjalistycznej w ramach AOS. Średni czas od wystawienia skierowania (zlecenia) do udzielenia porady w tej grupie pacjentów, wyniósł 139,7 dni.

Z dostępnych (niepełnych) danych wynika, że średnia liczba wizyt pacjenta biorącego udział w DMP w zakresie kardiologii w wybranych poradniach specjalistycznych znacząco zmalała po wejściu do programu, a zwiększyła się znacząco częstotliwość

wizyt w POZ w ramach działań projektu POZ Plus.

2. Metodologia i dane podstawowe

Przedstawione dane dotyczą wykonania projektu POZ Plus w okresie od 22 czerwca 2018 r. do końca czerwca 2019 r. Dane na temat zgód pochodzące z aplikacji AP-PKUŚ, pokrywają czas od czerwca 2018 r. do końca października 2019 r. Natomiast dane pochodzące z bazy pn. Koszty Leczenia Pacjenta (KLP), pokrywają czas od stycznia 2015 r. do końca czerwca 2019 r. Oba zestawy danych zostały przekazane Bankowi Światowemu (BS) przez Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) dnia 19 listopada 2019 r. na dwóch dyskach zewnętrznych. W celu anonimizacji danych, dane identyfikujące pacjenta (tj. numery PESEL) zostały wcześniej zakodowane przez NFZ.

Dane pochodzące z aplikacji AP-PKUŚ dotyczą liczby podpisanych zgód i wykonanych bilansów oraz programów zarządzania chorobą (DMP). Informacje te, zawierają szczegóły dotyczące realizacji pilotażu na poziomie indywidualnego pacjenta, który wyraził zgodę na udział w programie.

Dane na temat KLP, spływające do NFZ z opóźnieniem w czasie, zawierają informacje na temat wszystkich rozliczonych świadczeń zdrowotnych finansowanych publicznie, oferowanych beneficjentom pilotażu, czyli osobom, które podpisały zgodę na wzięcie udziału w pilotażu programu POZ Plus, w okresie od 1 stycznia 2015 r. do 30 czerwca 2019 r.

Od czerwca 2018 r. do końca czerwca 2019 r., łącznie w projekcie POZ Plus udział wzięły 42 222 osoby, z czego przeważająca większość osób (tj. niemal 70%) biorących w nim udział, korzystała ze świadczeń oferowanych w ramach tzw. profilaktycznych świadczeń bilansowych, a 30 % korzystało ze świadczeń oferowanych w ramach DMP. Większość pacjentów objętych DMP miała już wcześniej zdiagnozowaną chorobę przewlekłą.

Ponad dziesięć tysięcy osób (10 869 osób) skorzystało z DMP z zakresu chorób kardiologicznych, prowadzonych w ramach projektu POZ Plus (dot. co najmniej jednej z czterech jednostek chorobowych w obszarze dziedzinowym kardiologia), stanowiąc tym samym 54% wszystkich pacjentów w DMP.

Pacjenci z chorobą wieńcową, przewlekłą niewydolnością serca i migotaniem przedsionków stanowili 5,2% wszystkich pacjentów POZ Plus (2,2 tys. z 42,2 tys. osób). Dwadzieścia siedem osób podpisało zgody na udział we wszystkich 4 dostępnych DMP z zakresu chorób kardiologicznych; 136 pacjentów wzięło z kolei udział w 3 DMP w ww. zakresie. Ponad 88 % (9 548 osób) wszystkich osób w DMP w zakresie chorób kardiologicznych, korzysta jednocześnie z DMP z zakresu nadciśnienia tętniczego. Około 12% wszystkich pacjentów DMP w kardiologii ma zdiagnozowaną przewlekłą chorobę wieńcową, 7% - utrwalone migotanie przedsionków, 4% - przewlekłą niewydolność serca.

Prawie 90% pacjentów DMP grupy dziedzicznej kardiologicznej bierze udział także w programie DMP z zakresu choroby nadciśnienia tętniczego (część z nich, korzysta także z innego programu DMP). Dodatkowo, nadciśnienie tętnicze stanowi, po tzw. „zetkach” drugi, co do częstotliwości kod raportowany przez POZ i najczęstszą raportowaną przyczynę wizyt w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej (AOS). Jest też głównym czynnikiem innych chorób kardiologicznych i przewlekłych. Biorąc po uwagę rozpowszechnienie tej choroby i liczbę pacjentów na nią chorujących, w ramach dodatkowej analizy wybranych zagadnień (rozdziały 6 i 7) rozdzielono grupę pacjentów DMP z grupy dziedzicznej kardiologicznej na dwie podgrupy: pacjenci biorący udział w DMP dla trzech chorób kardiologicznych (przewlekłą chorobą wieńcową, przewlekłą niewydolności serca, utrwalone migotanie przedsionków) oraz pacjenci biorący udział w DMP z zakresu nadciśnienia tętniczego samoistnego.

Na potrzeby raportu, podczas analizy świadczeń AOS wzięto pod uwagę cztery poradnie: poradnię kardiologiczną (STKO 1100); poradnię wad serca (STKO 1102); poradnię nadciśnienia tętniczego (STKO 1104); poradnię chorób naczyń (STKO 1120).

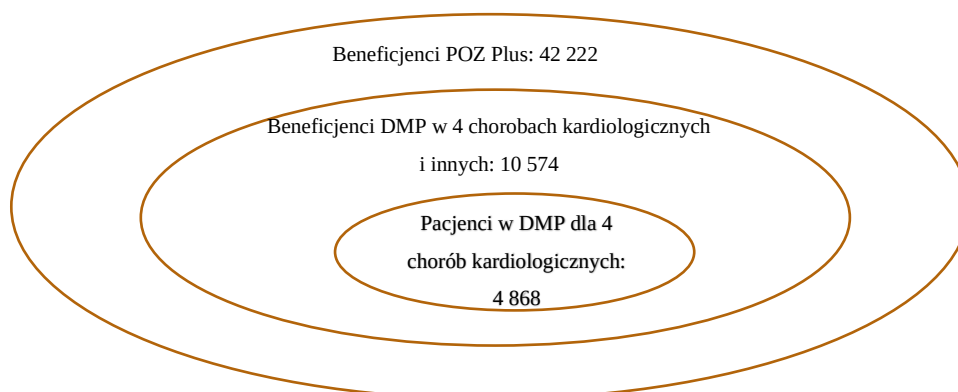
3. Analiza wykonania POZ Plus. Grupa pacjentów z grupy dziedzinowej DMP w zakresie kardiologii

Spośród wszystkich beneficjentów projektu POZ Plus, 17 400 osób (16 026 nie włączając świadczeń pilotażowych), skorzystało ze świadczeń opieki zdrowotnej, których powodem była jedna z czterech chorób kardiologicznych, wchodzącą w skład programu zarządzania chorobą. W okresie pomiędzy styczniem 2015 r. a czerwcem 2019 r., 15 908 osób otrzymało świadczenia na poziomie POZ, AOS lub szpitala, nie włączając w to wizyt na SOR i IP, gdzie kodem głównym była jedna z chorób w grupie kardiologicznej. W samym AOS, 5 716 osób otrzymało świadczenia, gdzie kodem głównym był kod kardiologiczny. Nie biorąc pod uwagę nadciśnienia tętniczego, takich pacjentów odnotowano 2 609.

Z ponad czterdziestu dwóch tysięcy beneficjentów projektu POZ Plus (42 222), 16 292 otrzymało opiekę na jakimkolwiek poziomie opieki związanej z nadciśnieniem tętniczym (na podstawie kodu głównego ICD10 I10-13). Prawie wszyscy pacjenci z ww. chorobą (14 857 beneficjentów POZ Plus) odwiedzili POZ, AOS lub szpital z kodem głównym I10-13, nie włączając w to wizyt na SOR i IP, w ciągu ostatnich czterech lat.

Dziewięć tysięcy pięćset czterdziestu ośmiu (9 636 z osobami, które zrezygnowały z programu) pacjentów podpisało zgody na udział w DMP z zakresu nadciśnienia tętniczego, nie wykluczając przy tym udziału w DMP z innych zakresów. Z tego 4 011 osób (4 063 razem z tymi pacjentami, którzy zrezygnowali z udziału w programie) miało prowadzone DMP wyłącznie z zakresu nadciśnienia tętniczego. Osób z nadciśnieniem tętniczym lub z nadciśnieniem tętniczym i co najmniej jedną chorobą kardiologiczną, było 4 320 (4 386 wraz z tymi pacjentami, którzy zrezygnowali z udziału w programie).

Wszystkich beneficjentów korzystających z DMP z zakresu chorób kardiologicznych (jednej lub wielu), włączając osoby, które uczestniczyły również w innych DMP, było 10 574 (10 869 włączając tych, którzy zrezygnowali). Pacjentów biorących jedynie udział w DMP z zakresu chorób kardiologicznych (jednej lub wielu) było 4 868 (4 946 razem z tymi pacjentami, którzy zrezygnowali z udziału w programie).

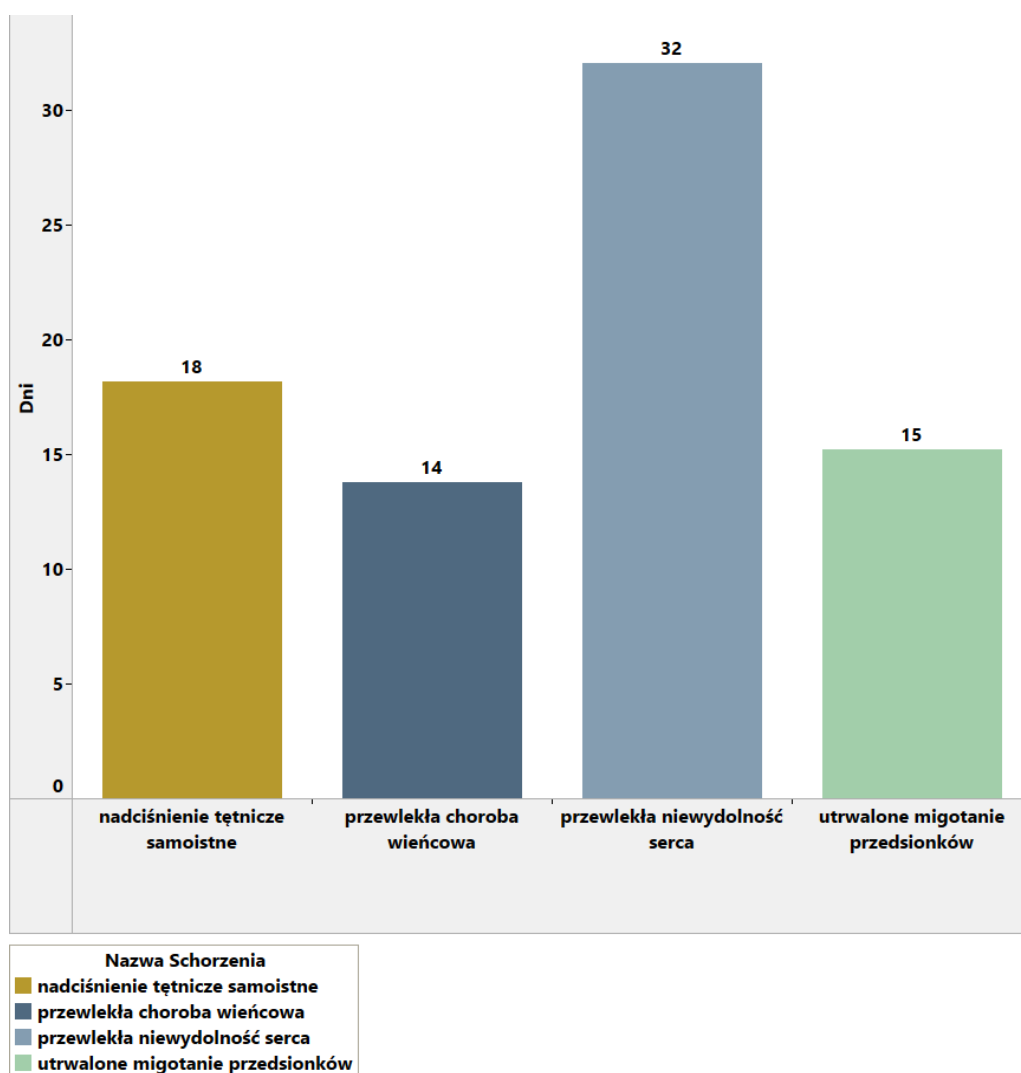


Różnica w czasie oczekiwania na świadczenia w POZ Plus

Grupa tylko DMP kardiologiczne

Osiemnaście dni - średnio tyle dni czekali pacjenci wszystkich chorób kardiologicznych na świadczenie porady kompleksowej w programie DMP, od momentu podpisania zgody na udział w DMP.

WYKRES 1 Średni czas od podpisania zgody na DMP do porady kompleksowej – DMP kardiologia



Źródło: Analiza Banku Światowego na podstawie danych NFZ

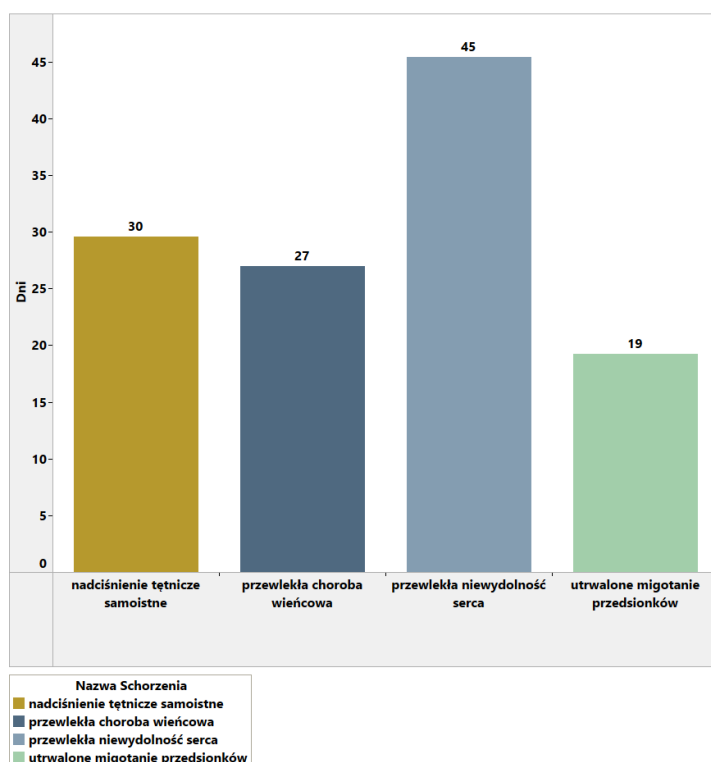
Ze wszystkich osób korzystających z DMP w chorobach kardiologicznych (tj. bez innych DMP), 64% (3 153 osób) otrzymało poradę kompleksową, jedna osoba odbyła 5(!) takich porad oraz jedna osoba odbyła takich porad 4. Trzy osoby otrzymały 3 porady kompleksowe, 85 osób otrzymało po 2 porady kompleksowe, a 3 063 otrzymało tylko jedną poradę.

Średni czas oczekiwania na konsultację ze specjalistą kardiologiem od daty podpisania zgody na udział w DMP to 47,88 dni. Ze świadczenia konsultacji specjalistycznej ze specjalistą kardiologiem (lekarz-lekarz, lekarz-pacjent, lekarz-lekarz telemedyczna) skorzystało 1 056 pacjentów programów DMP.¹ Osiemnaście osób otrzymało konsultacje przed podpisaniem zgody na udział w DMP – różnica pomiędzy datami była negatywna, we wszystkich osiemnastu przypadkach była to konsultacja typu lekarz specjalista kardiolog z pacjentem, natomiast 84 osoby odbyły takie konsultacje w tym samym dniu.

Osoby w DMP kardiologicznym i ewentualnie w innych DMP

Osoby będące w DMP w zakresie kardiologicznym i ewentualnie innych programach DMP, czekały średnio 29 dni od podpisania zgody na udział w programie do pierwszej porady kompleksowej.

WYKRES 2 Średni czas od podpisania zgody na DMP do porady kompleksowej – DMP kardiologia i inne



Źródło: Analiza Banku Światowego na podstawie danych NFZ

Biorąc pod uwagę czas pomiędzy podpisaniem zgody na udział w DMP z zakresu chorób kardiologicznych, a pierwszą poradą kompleksową (gdzie ICD 10 główny to jeden z kodów kardiologicznych), średni czas oczekiwania to 22 dni, a w przypadku jakiegokolwiek porady kompleksowej (niekoniecznie ICD 10 kardiologiczne), jest to 29 dni.

¹ Różnica pomiędzy datą podpisania zgody na udział w jakimkolwiek programie DMP z zakresu chorób kardiologicznych, a datą pierwszego świadczenia typu konsultacja w DMP, przy czym konsultacja odbyła się pomiędzy pacjentem lub lekarzem i lekarzem kardiologiem.

Ze wszystkich osób biorących udział w DMP z zakresu chorób kardiologicznych (z innymi DMP również), 7805 otrzymało poradę kompleksową, z tego jedna osoba otrzymała takich porad 9, 13 osób miało 6 takich porad, 8 osób miało 5 porad kompleksowych, 37 po 4 porady, 398 po 3 porady, 975 po 2 porady, a 6 373 po 1 poradzie.

Ze świadczenia konsultacji specjalistycznej ze specjalistą kardiologiem (lekarz-lekarz, lekarz-pacjent, lekarz-lekarz telemedyczna) skorzystało 2 306 pacjentów DMP. Średni czas oczekiwania na konsultację od daty podpisania zgody na udział w DMP, plasował się w okolicach 47 dni.² Osiemdziesiąt osób otrzymało konsultacje przed podpisaniem zgody na udział w DMP – różnica pomiędzy datami była negatywna (średni czas – 68 dni), 118 osób odbyło takie konsultacje w tym samym dniu, w którym podpisało zgodę na udział w DMP z zakresu chorób kardiologicznych.³

Grupa pacjentów biorąca udział jedynie w DMP z zakresu nadciśnienia tętniczego

Poradę kompleksową odnotowano dla 2 662 osób. Średni czas oczekiwania na poradę kompleksową od podpisania zgody na udział w DMP to 16,9 dnia.

Ze świadczenia konsultacji specjalistycznej ze specjalistą kardiologiem (lekarz-lekarz, lekarz-pacjent, lekarz-lekarz telemedyczna) skorzystało 723 pacjentów DMP. Średni czas oczekiwania na konsultację od daty podpisania zgody na udział w DMP to 49,15 dni.⁴ Czternaście osób otrzymało konsultację przed podpisaniem zgody na udział w DMP – różnica pomiędzy datami była negatywna (średni czas – 48 dni), we wszystkich czternastu przypadkach była to konsultacja typu lekarz specjalista kardiolog z pacjentem. Natomiast 67 osób odbyło konsultacje specjalistyczne kardiologiczne w tym samym dniu, w którym podpisało zgodę na udział w DMP z zakresu chorób kardiologicznych.⁵

² Różnica pomiędzy datą podpisania zgody na udział w jakimkolwiek programie DMP z zakresu chorób kardiologicznych, a datą pierwszego świadczenia typu konsultacja w programie DMP, przy czym konsultacja odbyła się w jednej z trzech możliwych form: lekarz POZ i lekarz specjalista kardiolog, lekarz POZ i lekarz spec. kardiolog w postaci konsultacji telemedycznej lub pomiędzy pacjentem i lekarzem kardiologiem.

³ W analizie wykorzystano datę zgody DMP jako moment pierwszego kontaktu w programie zarządzania chorobą od którego liczono czas, który upłynął do pierwszej konsultacji specjalistycznej. W większości przypadków, data zgody na wejście do programu jest tożsama z datą pierwszej porady wstępnej (83% przypadków) lub porady kompleksowej (97% przypadków).

⁴ Różnica pomiędzy datą podpisania zgody na udział w programie DMP z zakresu nadciśnienie tętnicze, a datą pierwszego świadczenia typu konsultacja w programie DMP, przy czym konsultacja odbyła się w jednej z trzech możliwych form: lekarz POZ i lekarz specjalista kardiolog, lekarz POZ i lekarz spec. kardiolog w postaci konsultacji telemedycznej lub pomiędzy pacjentem i lekarzem kardiologiem.

⁵ W analizie wykorzystano datę zgody DMP jako moment pierwszego kontaktu w programie zarządzania chorobą od którego liczono czas, który upłynął do pierwszej konsultacji specjalistycznej. W większości przypadków, data zgody na wejście do programu jest tożsama z datą pierwszej porady wstępnej (82% przypadków tj. 530 z 649) lub porady kompleksowej (97% przypadków tj. 2 577 z 2662).

Grupa pacjentów biorąca udział w DMP z zakresu nadciśnienia tętniczego oraz nadciśnienia i innej choroby zakresu chorób kardiologicznych

Poradę kompleksową odbyło 2 897 osób. Średni czas oczekiwania na poradę kompleksową od podpisania zgody na udział w DMP to 18,27 dnia.

Ze świadczenia konsultacji specjalistycznej ze specjalistą kardiologiem (lekarz-lekarz, lekarz-pacjent, lekarz-lekarz telemedyczna) skorzystało 807 pacjentów DMP. Średni czas oczekiwania na konsultację od daty podpisania zgody na udział w DMP to 51,05 dni.⁶ Czternaście osób otrzymało konsultację typu lekarz specjalista kardiolog i pacjent, przed podpisaniem zgody na udział w DMP – różnica pomiędzy datami była negatywna (średni czas – 48 dni), 71 osób odbyło takie konsultacje w tym samym dniu, w którym podpisało zgodę na udział w DMP z zakresu chorób kardiologicznych.⁷

Grupa pacjentów biorąca udział w DMP z zakresu nadciśnienia tętniczego oraz w DMP z zakresu innych chorób przewlekłych

Poradę kompleksową odbyło 5 554 osób (gdzie ICD10 główne to I10-13). Średni czas oczekiwania na poradę kompleksową od podpisania zgody na udział w DMP to 22,44 dnia (ICD10 główne kontaktu odpowiadające I10-13).

Ze świadczenia konsultacji specjalistycznej kardiologicznej (lekarz-lekarz, lekarz-pacjent, lekarz-lekarz telemedyczna) skorzystało 1 799 pacjentów DMP. Średni czas oczekiwania na konsultację od daty podpisania zgody na udział w DMP to 48,57 dni.⁸ Sześćdziesiąt pięć osób otrzymało konsultację przed podpisaniem zgody na udział w DMP – różnica pomiędzy datami była negatywna (średni czas – 66 dni). W 49 przypadkach była to konsultacja lekarz kardiolog i pacjent, w czterech przypadkach zraportowano konsultacje lekarz i lekarz kardiolog oraz lekarz kardiolog i pacjent, jeden pacjent otrzymał wszystkie trzy typy konsultacji, jeden tylko konsultacje lekarz POZ i lekarz kardiolog. Natomiast, dziewięćdziesiąt siedem osób odbyło takie konsultacje w tym samym dniu, w którym podpisało zgodę na udział w DMP z zakresu chorób kardiologicznych.⁹

⁶ Różnica pomiędzy datą podpisania zgody na udział w jakimkolwiek programie DMP z zakresu chorób kardiologicznych, a datą pierwszego świadczenia typu konsultacja w programie DMP, przy czym konsultacja odbyła się w jednej z trzech możliwych form: lekarz POZ i lekarz specjalista kardiolog, lekarz POZ i lekarz spec. kardiolog w postaci konsultacji telemedycznej lub pomiędzy pacjentem i lekarzem kardiologiem.

⁷ W analizie wykorzystano datę zgody DMP jako moment pierwszego kontaktu w programie zarządzania chorobą od którego liczono czas, który upłynął do pierwszej konsultacji specjalistycznej. W większość przypadków, data zgody na wejście do programu jest tożsama z datą pierwszej porady wstępnej (82% przypadków) lub porady kompleksowej (97% przypadków).

⁸ Różnica pomiędzy datą podpisania zgody na udział w jakimkolwiek programie DMP z zakresu chorób kardiologicznych, a datą pierwszego świadczenia typu konsultacja w programie DMP, przy czym konsultacja odbyła się w jednej z trzech możliwych form: lekarz POZ i lekarz specjalista kardiolog, lekarz POZ i lekarz spec. kardiolog w postaci konsultacji telemedycznej lub pomiędzy pacjentem i lekarzem kardiologiem.

⁹ W przypadku osób będących w różnych programach DMP, w tym DMP z zakresu kardiologii, nie jest możliwe przypisanie konkretnych dat porad do schorzenia lub grupy DMP.

Czas oczekiwania na świadczenia kardiologiczne w AOS

Z 42 222 osób w POZ Plus, od stycznia 2015 do czerwca 2019 r. 4 845 osób skorzystało z porady kardiologicznej specjalistycznej pierwszorazowej w AOS. Średni czas od zlecenia do porady w tej grupie to 139,7 dni.

W przypadku beneficjentów DMP w czterech chorobach kardiologicznych (bez wykluczenia osób, które brały udział również w innych programach), 2 004 osoby skorzystały z porad specjalistycznych kardiologicznych pierwszorazowych w okresie: styczeń 2015 r. - czerwiec 2019 r. Średni czas oczekiwania na poradę specjalistyczną kardiologiczną pierwszorazową w AOS to 144,6 dnia od daty wystawienia skierowania.

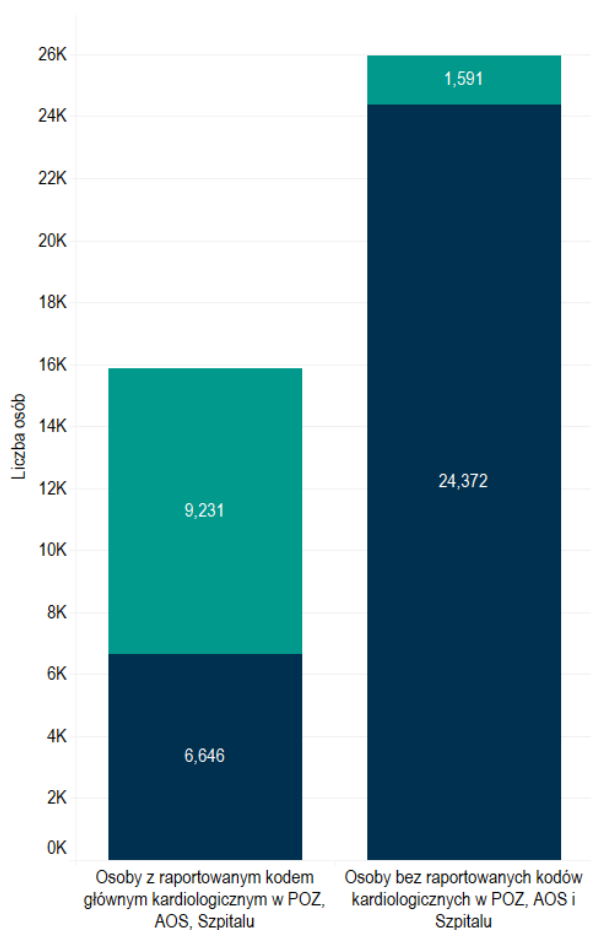
W przypadku osób biorących udział wyłącznie w jednej lub kilku z czterech programów kardiologicznych DMP, 16% (799 osób) skorzystało ze świadczeń kardiologicznych pierwszorazowych na poziomie AOS, a średni czas oczekiwania na takie świadczenie wynosił 126,6 dnia.

Wśród beneficjentów DMP z zakresu nadciśnienia tętniczego (z wykluczeniem osób biorących udział w innych programach DMP), 611 osób skorzystało ze świadczeń kardiologicznych pierwszorazowych, a średni czas oczekiwania na te świadczenia plasował się w okolicach 122 dni. Trzydzieści sześć osób otrzymało pierwszą poradę kardiologiczną tego samego dnia, co skierowanie.

Nowo zdiagnozowani w DMP

Z 10 869 osób w DMP z zakresu chorób kardiologicznych, 9 231 osób miało wcześniej kontakt z ochroną zdrowia związany z jedną z chorób kardiologicznych. Można więc wnioskować, że 1 591 osób w DMP z zakresu chorób kardiologicznych było nowo zdiagnozowanych w ramach projektu POZ Plus, ponieważ wcześniej nie odnotowano u nich świadczeń zdrowotnych w tym zakresie, na żadnym z trzech poziomów opieki (Wykres 3). Natomiast tylko 33 osoby z wcześniej zdefiniowanej grupy nowo zdiagnozowanych pacjentów (tj. 1 591 osób) odbyły bilans zdrowia, 4 osoby w formie bilansu podstawowego i 29 pogłębionego – stanowiło to około 2% grupy osób nowo zdiagnozowanych.

WYKRES 3 Osoby w DMP na tle osób, które odwiedziły ochronę zdrowia na poziomie POZ, AOS lub szpital (bez SOR i IP) w związku z co najmniej jedną chorobą kardiologiczną objętą DMP (ICD10 kod główny świadczenia) w okresie styczeń 2015 – czerwiec 2019.

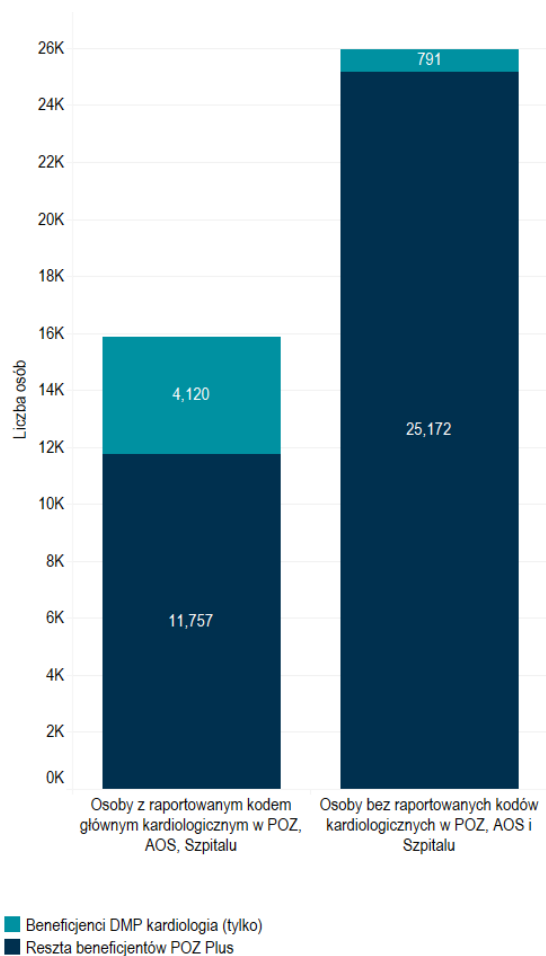


■ Beneficjenci DMP kardiologia
 ■ Osoby nie biorące udziału w programie DMP kardiologia

Źródło: Analiza Banku Światowego na podstawie danych NFZ

Natomiast w przypadku osób, które tylko i wyłącznie brały udział w DMP z zakresu chorób kardiologicznych (jednym lub więcej), na podstawie liczby osób, które wcześniej nie pojawiły się z rozpoznaniem kardiologicznym w ochronie zdrowia, można wnioskować, że 791 z 4 946 osób była nowo zdiagnozowanych poprzez DMP. Dotyczy to około 16% populacji DMP w ww. zakresie (bez udziału w innych DMP) (Wykres 4). Z grupy osób nowo zdiagnozowanych, 23 osoby (około 3%) otrzymały świadczenia bilansu w programie POZ Plus, 21 osób w formie pogłębionej i 2 w podstawowej.

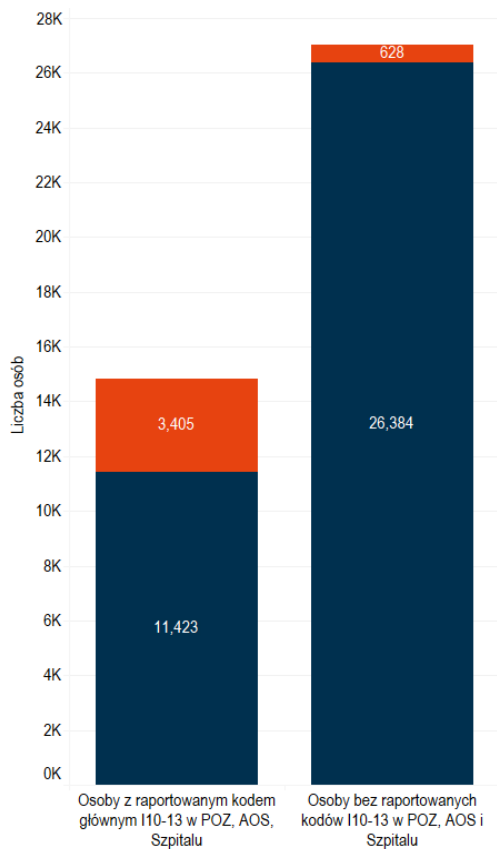
WYKRES 4 Osoby w DMP (czysto kardiologiczne) na tle osób, które odwiedziły ochronę zdrowia na poziomie POZ, AOS lub szpital (bez SOR i IP) w związku z co najmniej jedną chorobą kardiologiczną objętą DMP (ICD10 kod główny świadczenia) w okresie styczeń 2015 – czerwiec 2019.



Źródło: Analiza Banku Światowego na podstawie danych NFZ

W przypadku beneficjentów DMP z zakresu nadciśnienia tętniczego (tylko jeden program DMP), przypuszcza się, że 628 osób było nowo zdiagnozowanych w ramach projektu POZ Plus – 15,5% (Wykres 5), z czego, 13 osób było beneficjentami profilaktycznych świadczeń bilansowych, 11 osób skorzystało ze świadczenia bilansu pogłębionego, a 2 osoby z bilansu podstawowego – stanowi to około 2% osób więcej zdefiniowanych jako nowo zdiagnozowanych.

WYKRES 5 Osoby w DMP nadciśnienie (czysto) na tle osób, które odwiedziły ochronę zdrowia na poziomie POZ, AOS lub szpital (bez SOR i IP) w związku nadciśnieniem (ICD10 kod główny świadczenia) w okresie styczeń 2015 – czerwiec 2019.

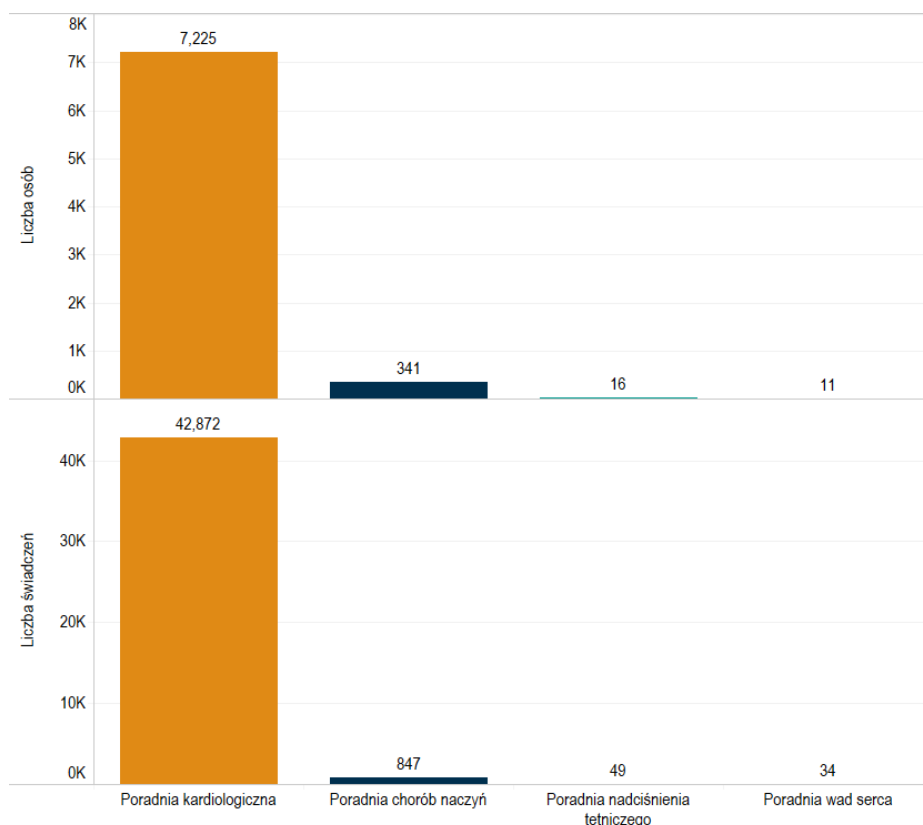


Źródło: Analiza Banku Światowego na podstawie danych NFZ

Wykorzystanie świadczeń w wybranych poradniach

Ze wszystkich pacjentów biorących udział w projekcie POZ Plus (n=42 222), 17% odwiedziło w przeciągu ostatnich czterech lat (styczeń 2015 – czerwiec 2019) w ramach AOS: poradnię kardiologiczną, a 0,8% poradnię chorób naczyń (Wykres 6).

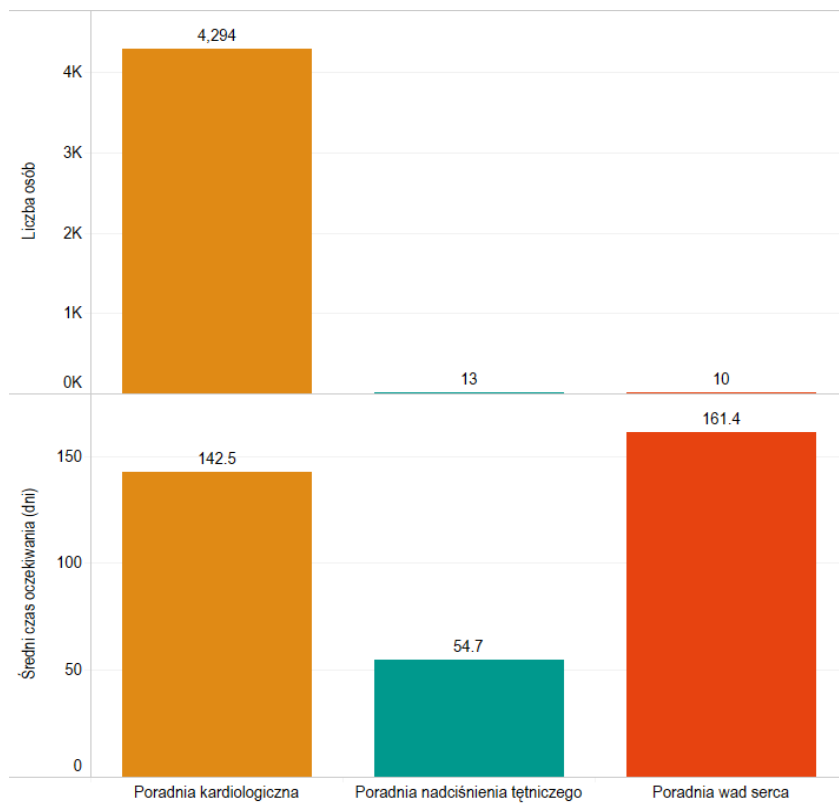
WYKRES 6 Liczba osób i świadczeń z grupy beneficjentów programu POZ Plus (n=42 222) w poradniach AOS w okresie styczeń 2015 – czerwiec 2019.



Źródło: Analiza Banku Światowego na podstawie danych NFZ

Natomiast, biorąc pod uwagę jedynie osoby, u których odnotowano pierwszorazowe świadczenia kardiologiczne, w poradniach kardiologicznych pojawiło się ich 4 294 z grupy 42 000. Średni czas oczekiwania na wizytę w poradni kardiologicznej wynosił około 142 dni (liczony od daty wystawienia skierowania/zlecenia do wizyty). W poradni nadciśnienia tętniczego znalazło się 13 osób, które otrzymało świadczenia kardiologiczne pierwszorazowe, a w poradni wad serca – 10. Czas oczekiwania wynosił odpowiednio 55 i 161 dni (Wykres 7).

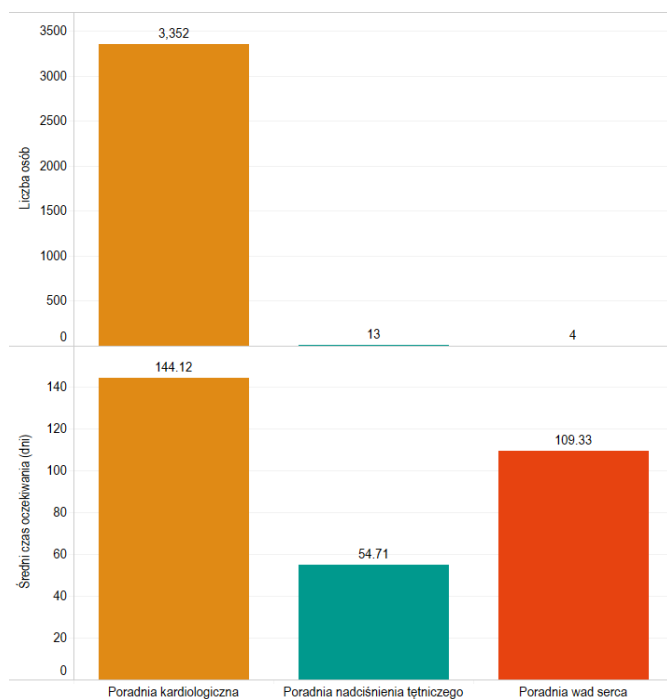
WYKRES 7 Liczba osób i średni czas oczekiwania na pierwsze świadczenie (od daty zlecenia) z grupy beneficjentów programu POZ Plus w poradniach AOS, które otrzymały pierwszorazowe świadczenia kardiologiczne w okresie styczeń 2015 – czerwiec 2019.



Źródło: Analiza Banku Światowego na podstawie danych NFZ

W przypadku beneficjentów projektu POZ Plus, którzy pojawili się w okresie od stycznia 2015 r. do czerwca 2019 r. w POZ lub AOS lub szpitalu z raportowanym kardiologicznym rozpoznaniem głównym, 6 015 osób skorzystało z jakichkolwiek świadczeń poradni kardiologicznej, a 3 352 osoby skorzystały z pierwszorazowych świadczeń kardiologicznych, przy czym czas oczekiwania od zlecenia do wizyty wynosił 144 dni (Wykres 8).

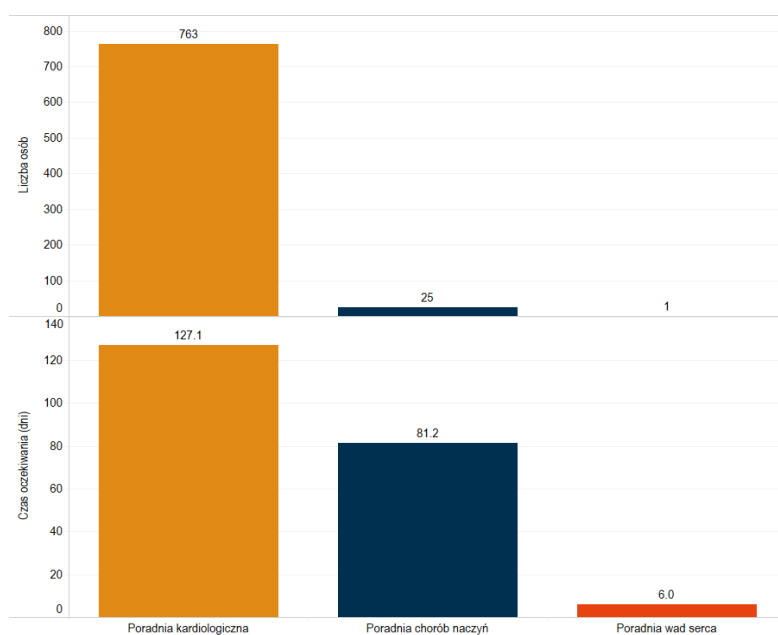
WYKRES 8 Liczba osób i średni czas oczekiwania na pierwsze świadczenie (od daty zlecenia) w grupie beneficjentów programu POZ Plus, którzy mieli wcześniej raportowane choroby kardiolgiczne na pierwszych trzech poziomach opieki w poradniach AOS, które otrzymały pierwszorazowe świadczenia kardiolgiczne w okresie styczeń 2015 – czerwiec 2019.



Źródło: Analiza Banku Światowego na podstawie danych NFZ

W przypadku beneficjentów DMP z zakresu chorób kardiolgicznych (bez innych DMP), 763 osoby miały raportowane pierwszorazowe świadczenia w poradni kardiologicznej, 25 w poradni chorób naczyń i jedna w poradni wad serca (Wykres 9).

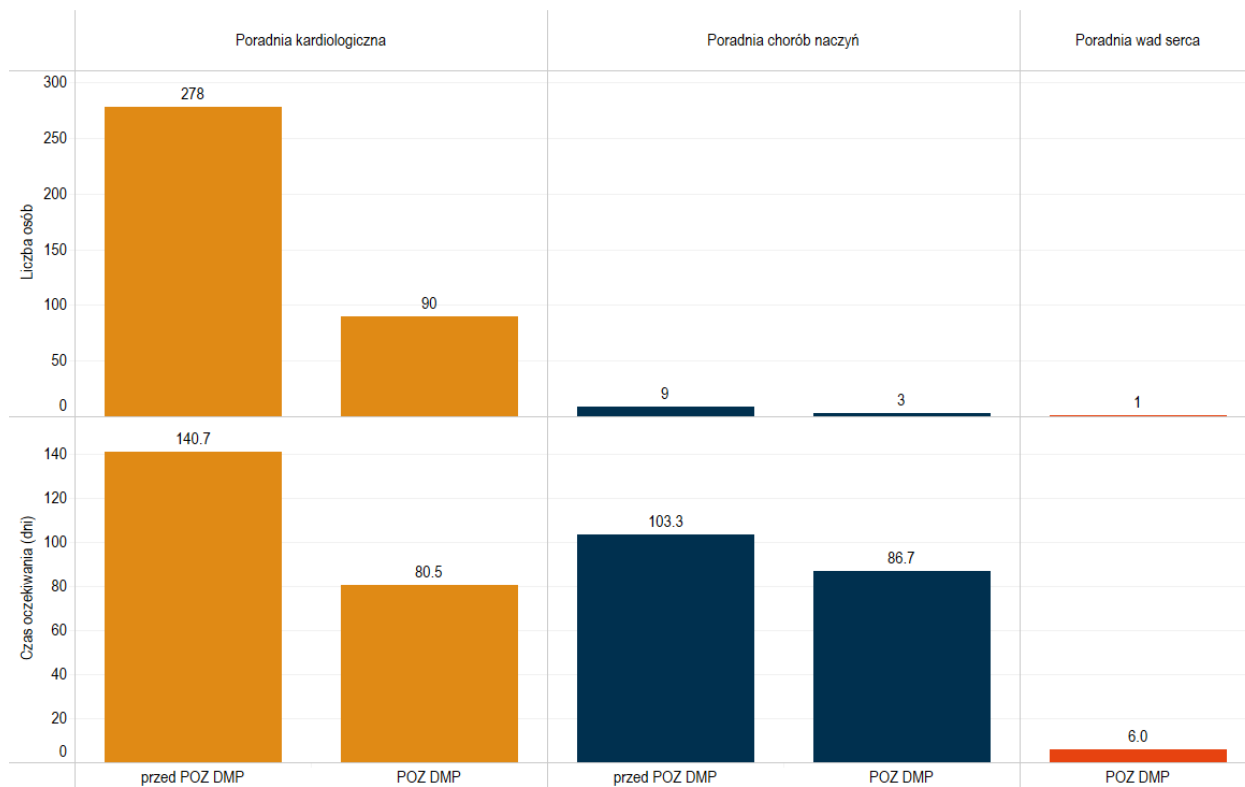
WYKRES 9 Liczba osób i średni czas oczekiwania na pierwsze świadczenie (od daty zlecenia) w grupie beneficjentów programu DMP w zakresie kardiologii w poradniach AOS, które otrzymały pierwszorazowe świadczenia kardiolgiczne w okresie styczeń 2015 – czerwiec 2019.



Źródło: Analiza Banku Światowego na podstawie danych NFZ

Co ciekawe, 90 osób otrzymało pierwszorazową poradę kardiologiczną w AOS już po podpisaniu zgody na udział w DMP (Wykres 10).

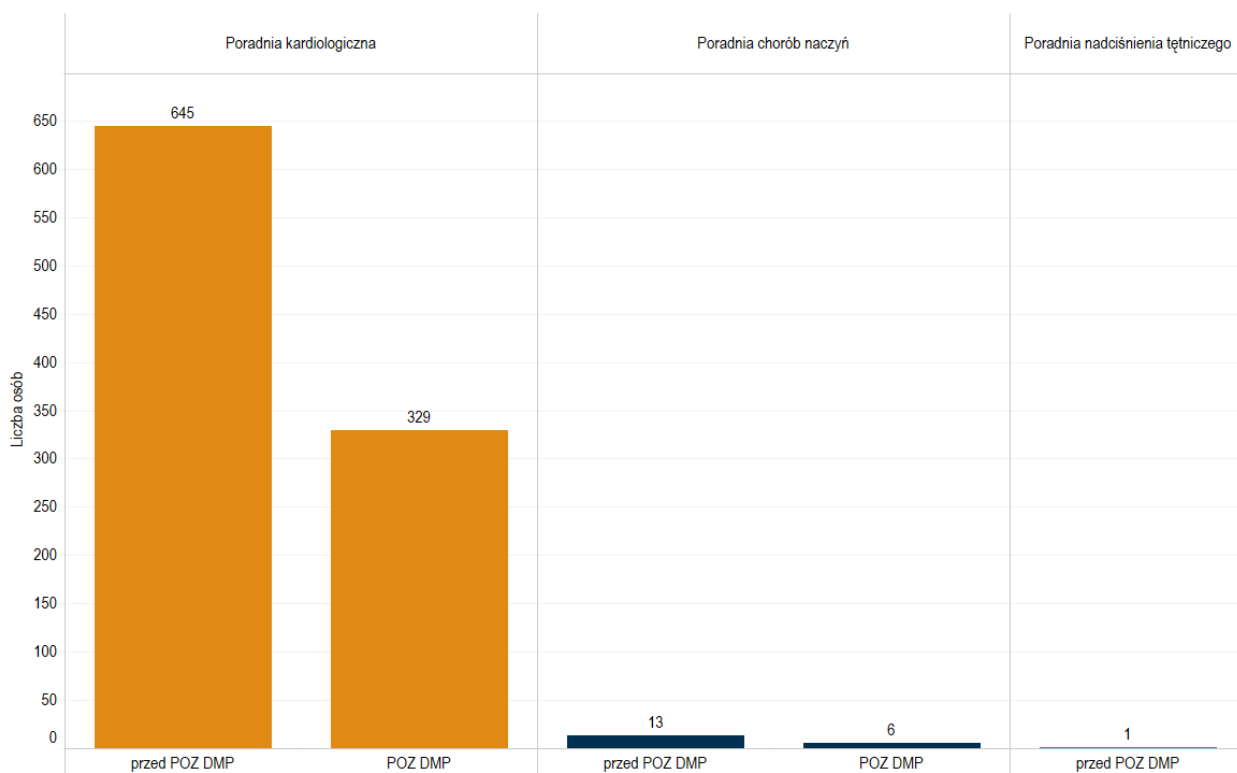
WYKRES 10 Liczba osób i średni czas oczekiwania na pierwsze świadczenie (od daty zlecenia) w grupie beneficjentów programu DMP w zakresie kardiologii w poradniach AOS, które otrzymały pierwszorazowe świadczenia kardiologiczne w okresie czerwiec 2017 – czerwiec 2019.



Źródło: Analiza Banku Światowego na podstawie danych NFZ

W grupie osób będących jedynie w DMP z zakresu nadciśnienia tętniczego, 329 osób nadal korzystało z porad w poradni kardiologicznej, po podpisaniu zgody na udział w DMP (Wykres 11).

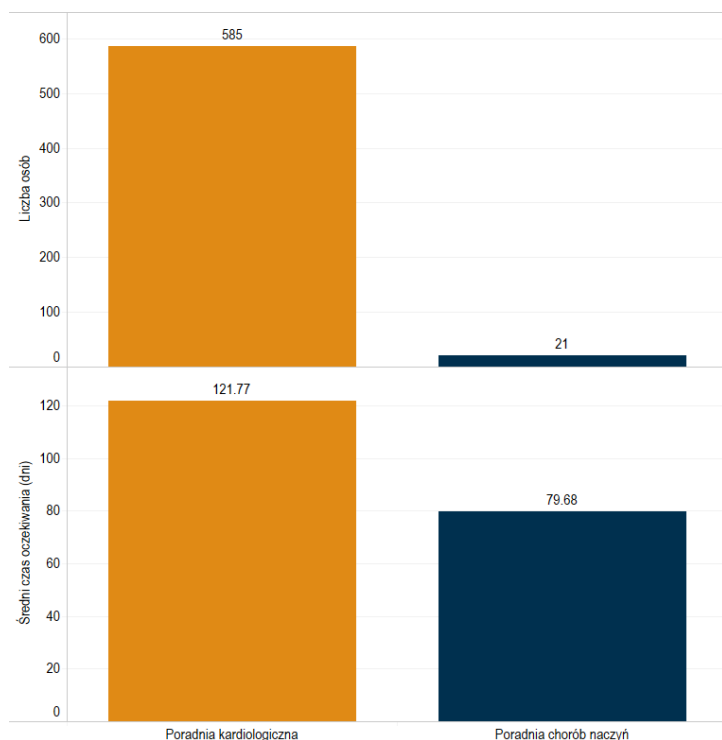
WYKRES 11 Liczba osób i średni czas oczekiwania na pierwsze świadczenie (od daty zlecenia) w grupie beneficjentów programu DMP w zakresie nadciśnienia w poradniach AOS, które otrzymały świadczenia specjalistyczne w okresie czerwiec 2017 – czerwiec 2019.



Źródło: Analiza Banku Światowego na podstawie danych NFZ

Natomiast ze świadczeń pierwszorazowych w poradni kardiologicznej skorzystało w sumie 585 osób, z poradni chorób naczyń - 21 osób. Średni czas oczekiwania na pierwsze świadczenie od daty zlecenia wynosił odpowiednio 122 i 80 dni (Wykres 12).

WYKRES 12 Liczba osób i średni czas oczekiwania na pierwsze świadczenie (od daty zlecenia) w grupie beneficjentów programu DMP w zakresie nadciśnienia w poradniach AOS, które otrzymały pierwszorazowe świadczenia kardiologiczne w okresie czerwiec 2017 – czerwiec 2019.



Źródło: Analiza Banku Światowego na podstawie danych NFZ

Dodatkowo, w przypadku świadczeń pierwszorazowych, 71 osób z DMP z zakresu nadciśnienia tętniczego odbyło poradę kardiologiczną pierwszorazową w poradni kardiologicznej po podpisaniu zgody na DMP. W porównaniu z czasem oczekiwania na tego typu poradę w okresie przed DMP, czas oczekiwania na poradę kardiologiczną znacznie się skrócił - średnio z 126 do 89 dni, mimo że zgodnie z projektem, ci pacjenci nie powinni korzystać ze świadczeń AOS (Wykres 13).

WYKRES 13 Liczba osób i średni czas oczekiwania na pierwsze świadczenie (od daty zlecenia) w grupie beneficjentów programu DMP w zakresie nadciśnienia w poradniach AOS, które otrzymały pierwszorazowe świadczenia kardiologiczne w okresie czerwiec 2017 – czerwiec 2019.

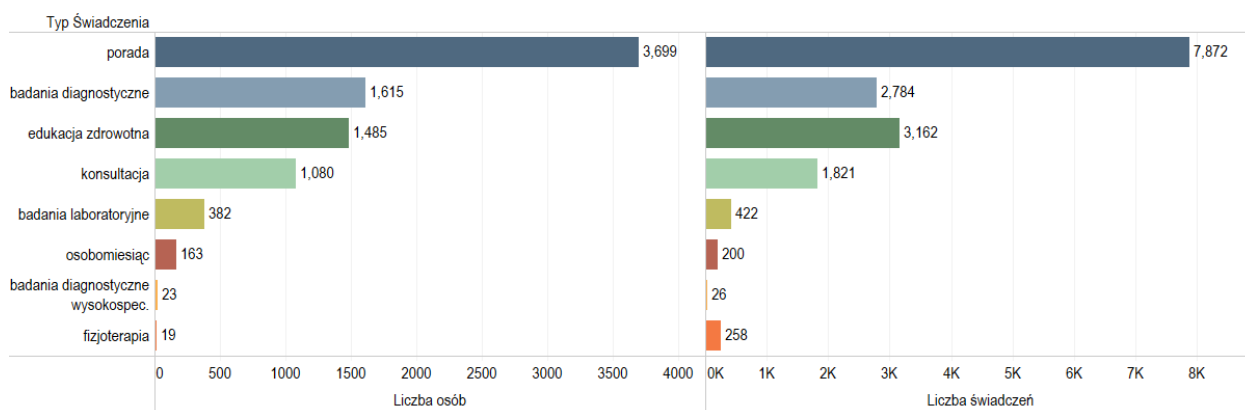


Źródło: Analiza Banku Światowego na podstawie danych NFZ

Wykorzystanie świadczeń programu DMP w ramach pilotażu POZ Plus

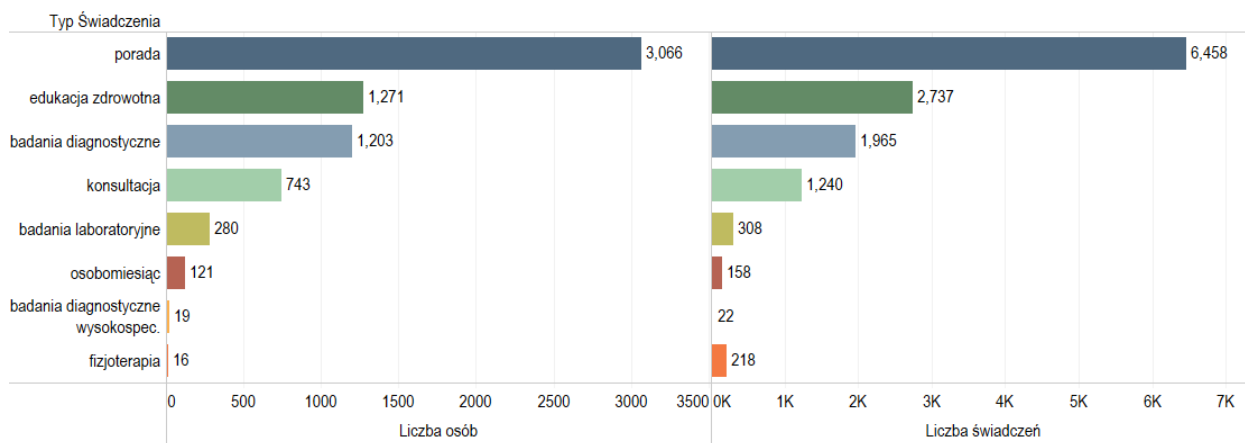
Z jakiegokolwiek porady w ramach programu DMP projektu POZ Plus skorzystało 3 699 osób z grupy pacjentów w DMP w zakresie kardiologii. Z badań diagnostycznych skorzystało 1 615 osób, a 1 485 osób otrzymało świadczenia z zakresu edukacji zdrowotnej (Wykres 14). W grupie osób będących w jednym DMP z zakresu nadciśnienia tętniczego, 3 066 skorzystało z porady, 1 271 z edukacji zdrowotnej, a 1 203 z badania diagnostycznego (Wykres 15).

WYKRES 14 Liczba pacjentów i świadczeń w DMP – grupa DMP kardiologia



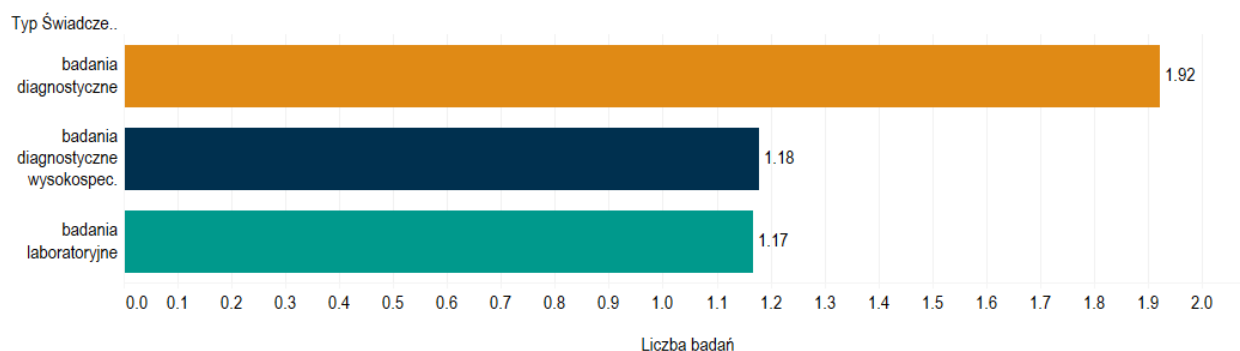
Źródło: Analiza Banku Światowego na podstawie danych NFZ

WYKRES 15 Liczba pacjentów i świadczeń w DMP – grupa DMP nadciśnienie

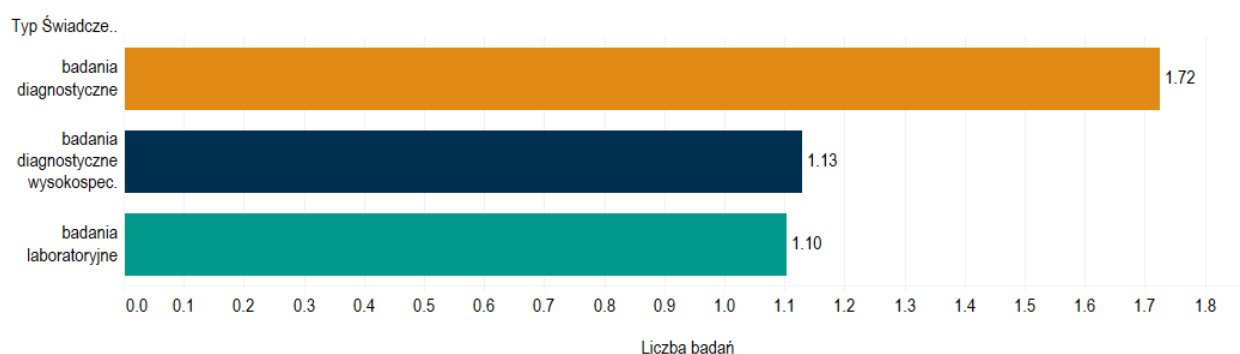


Źródło: Analiza Banku Światowego na podstawie danych NFZ

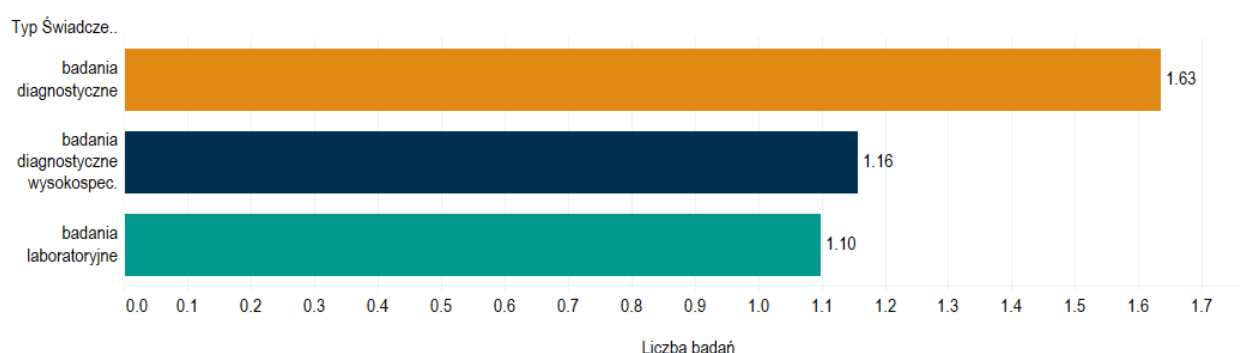
Średnio, na jednego pacjenta przypadają niecałe dwa badania diagnostyczne, co najmniej jedno badanie wysokospecjalistyczne i co najmniej jedno badanie laboratoryjne (Wykres 16). Średnio, pacjent biorący udział w DMP w zakresie kardiologicznym miał wykonane 1,72 badania diagnostycznego, 1,13 badania wysokospecjalistycznego i 1,10 badania laboratoryjnego (Wykres 17). Było to niewiele mniej, niż u pacjenta będącego w DMP z zakresu chorób kardiologicznych, nie wykluczając przy tym jego udziału w innych DMP. Pacjenci w DMP z zakresu nadciśnienia tętniczego otrzymali najmniej badań diagnostycznych w przeliczeniu na 1 pacjenta, tj. około 1,6 badania diagnostycznego na jednego pacjenta (Wykres 18).

WYKRES 16 Liczba badań przeprowadzonych w przeliczeniu na jednego pacjenta w grupie DMP kardiologia i inne DMP

Źródło: Analiza Banku Światowego na podstawie danych NFZ

WYKRES 17 Liczba badań przeprowadzonych w przeliczeniu na jednego pacjenta w grupie DMP kardiologia

Źródło: Analiza Banku Światowego na podstawie danych NFZ

WYKRES 18 Liczba badań przeprowadzonych w przeliczeniu na jednego pacjenta w grupie DMP nadciśnienie

Źródło: Analiza Banku Światowego na podstawie danych NFZ

Pacjenci będący w DMP z zakresu chorób kardiologicznych i nadciśnienia tętniczego najczęściej wykorzystywali takie badania, jak: EKG, ECHO serca i Holter EKG. Porady, badania diagnostyczne i konsultacje to najczęściej wykorzystywane typy świadczeń (Tabela 1, Wykres 19).

TABELA 1 Najczęstsze badania diagnostyczne w programie DMP kardiologia ¹⁰

	DMP kardiologia		W tym: DMP nadciśnienie	
	Liczba świadczeń	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń	Liczba pacjentów
EKG (12-ODPROWADZEN)	974	776	673	564
ECHO SERCA PRZEZKŁATKOWE	775	758	550	535
HOLTER RR (24-GODZINNA REJESTRACJA CIŚNIENIA TĘTNICZEGO)	424	411	372	359
HOLTER EKG 24 (24-GODZINNA REJESTRACJA EKG)	381	367	217	213
EKG WYSIŁKOWE (PRÓBA WYSIŁKOWA EKG)	218	209	143	138
USG DOPPLER TĘTNIC SZYJNYCH	123	122	86	85
SATURACJA (PULSOKSYMETRIA)	67	53	50	41
RTG KRĘGOSŁUPA LĘDŹWIOWEGO (TH-L-S)	17	16	13	12
MR BADANIE JEDNEGO ODCINKA KRĘGOSŁUPA LUB KANAŁU KRĘGOWEGO BEZ WZMOCNIENIA KONTRASTOWEGO	13	11	13	11
ATPO (PRZECIWCIAŁA PRZECIW PEROKSYDAZIE TARCZYCOWEJ)	10	10	9	9
MIKROALBUMINURIA (POZIOM ALBUMIN W MOCZU)	8	8	7	7
POZIOM PEPTYDÓW NATRIURETYCZNYCH (BNP)	8	6	5	3
RTG KRĘGOSŁUPA SZYJNEGO (C) - 2 PROJEKCJE	8	8	7	7
SPIROMETRIA Z PRÓBĄ ROZKURCZOWĄ	7	7	6	6
BODYPLETYZMOGRAFIA (ROZSZERZONE BADANIA CZYNNOŚCIOWE ODDYCHANIA)	5	5	5	5
HOLTER EKG 72 (72-GODZINNA REJESTRACJA EKG)	5	5		
BIOPSJA ASPIRACYJNA CIENKOIGŁOWA TARCZYCY	4	4	3	3
ATSHR (P/C. P. RECEPTOROM TSH, TRAB)	3	3	3	3
BADANIE KARDIOLOGICZNE TK (OBEJMUJE BADANIE MORFOLOGII I CZYNNOŚCI MIĘŚNIA SERCOWEGO - TAKŻE ZE WZMOCNIENIEM KONTRASTOWYM	2	2		
ECHO SERCA PRZEPZPEŁYKOWE	2	2		
MR BADANIE DWÓCH ODCINKÓW KRĘGOSŁUPA BEZ WZMOCNIENIA KONTRASTOWEGO	2	1	2	1
TK: BADANIE INNEJ OKOLICY ANATOMICZNEJ BEZ WZMOCNIENIA KONTRASTOWEGO	2	2	2	2
TK: INNEJ OKOLICY ANATOMICZNEJ ZE WZMOCNIENIEM KONTRASTOWYM	2	2	2	2
ECHO OBCIĄŻENIOWE (STRES ECHO)	1	1	1	1
EMG (ELEKTROMIOGRAFIA)	1	1	1	1
HOLTER EKG 48 (48-GODZINNA	1	1	1	1

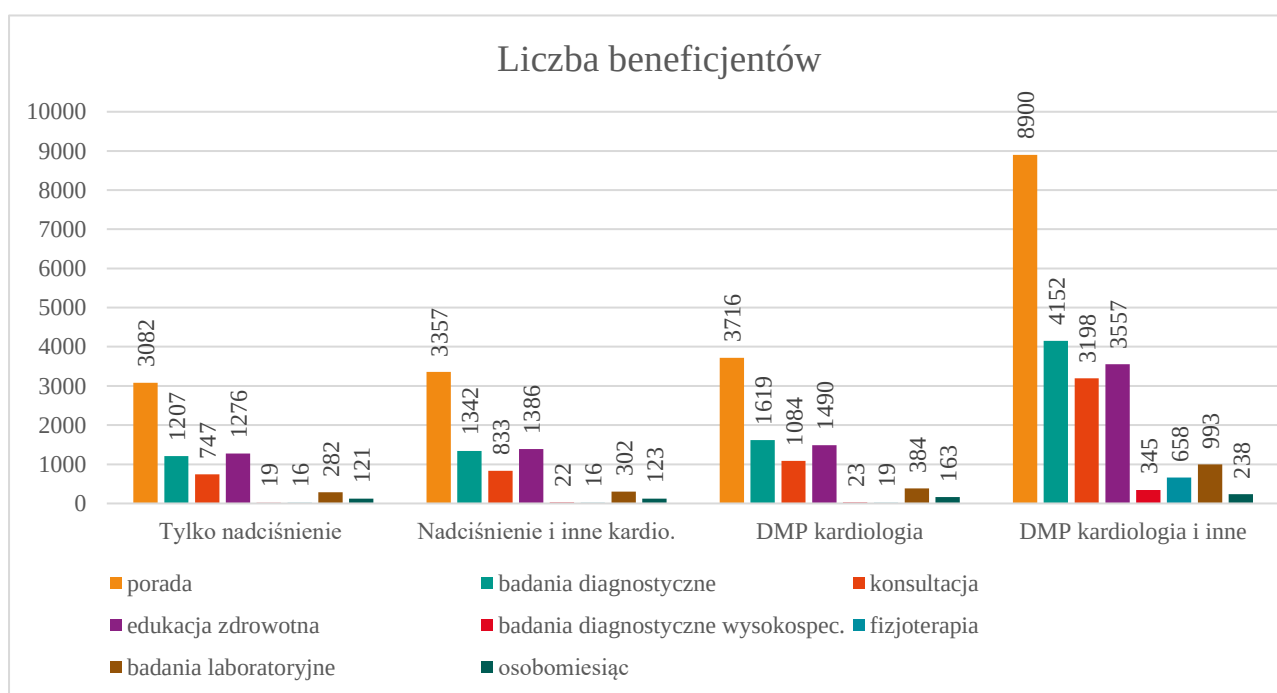
¹⁰ Prezentowane dane przedstawiają dane dla grupy pacjentów we wszystkich zakresach DMP kardiologia (cztery zakresy kardiologiczne). Dodatkowo prezentowane są dane na temat grupy pacjentów biorących udział jedynie w DMP z zakresu nadciśnienie tętnicze.

REJESTRACJA EKG)				
MR BADANIE GŁOWY BEZ WZMOCNIENIA KONTRASTOWEGO	1	1	1	1
RADIOIZOTOPOWE BADANIE PERFUZJI MIĘŚNIA SERCOWEGO TECHNIKĄ SPECT ALBO TECHNIKĄ BRAMKOWANĄ SPECT - BADANIE SPOCZYNKOWE+BADANIE Z TESTEM OBCIĄŻENIOWYM	1	1		
TK: ANGIOGRAFIA (Z WYŁĄCZENIEM ANGIOGRAFII TT. WIĘŃCOWYCH)	1	1	1	1
TK: BADANIE GŁOWY ZE WZMOCNIENIEM KONTRASTOWYM	1	1		
TK: BADANIE INNEJ OKOLICY ANATOMICZNEJ BEZ I ZE WZMOCNIENIEM KONTRASTOWYM	1	1	1	1

Źródło: Analiza Banku Światowego na podstawie danych NFZ

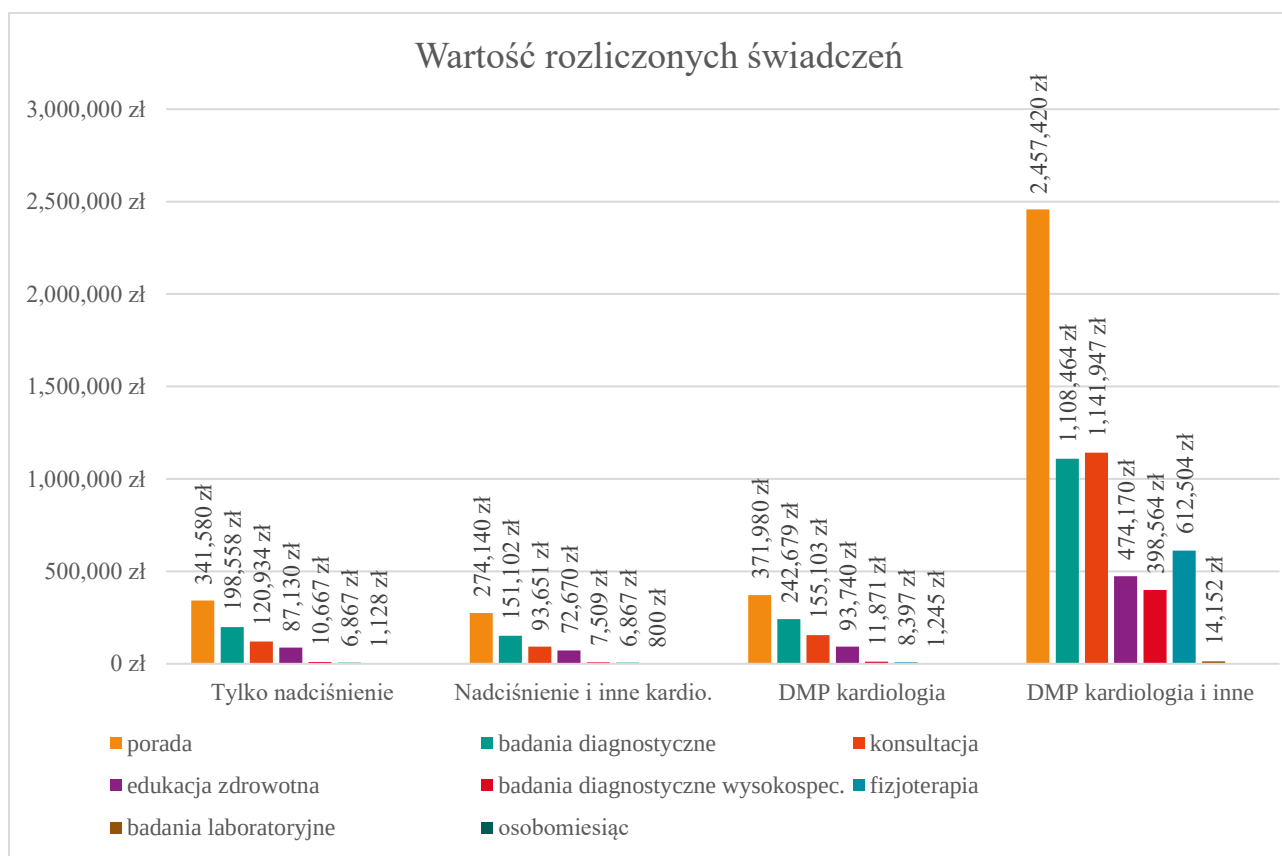
Najwięcej osób w DMP z zakresu chorób kardiologicznych skorzystało z porad (3 716) i badań diagnostycznych (1 619). W grupie DMP z nadciśnieniem tętniczym, z porad skorzystało 3 082 osób, z edukacji zdrowotnej 1 276, a z badań diagnostycznych 1 207 (Wykres 19).

WYKRES 19 Liczba beneficjentów poszczególnych świadczeń w programie DMP



Źródło: Analiza Banku Światowego na podstawie danych NFZ

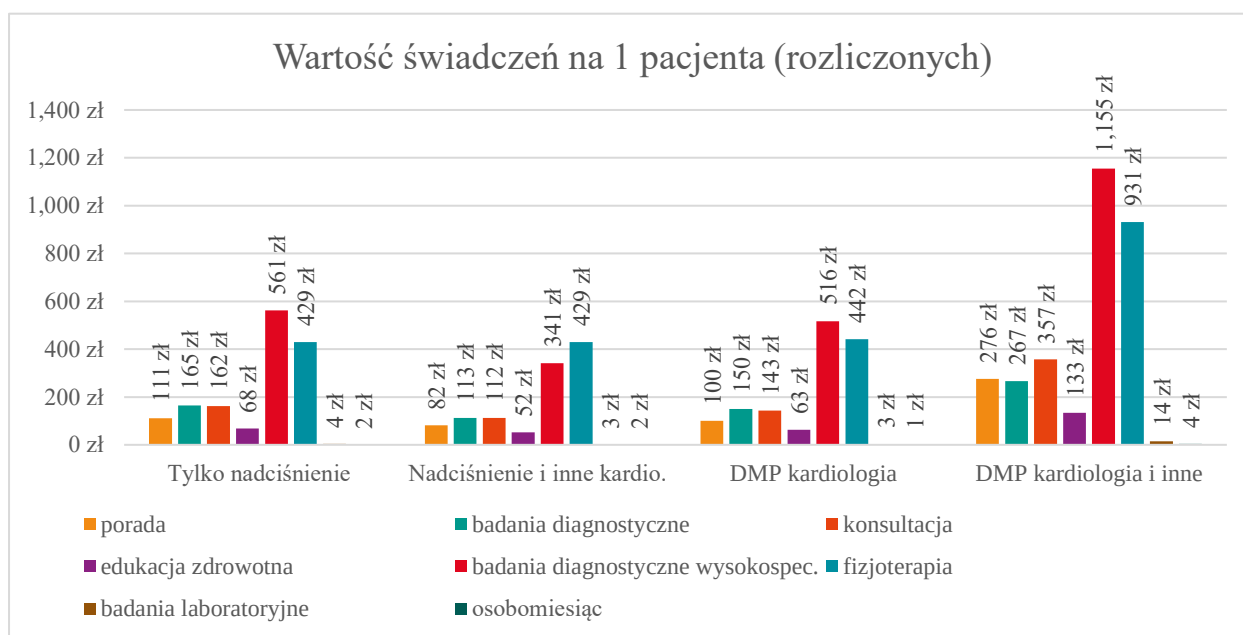
W okresie od początku projektu do czerwca 2019 r., grupa pacjentów w DMP z zakresu czterech chorób kardiologicznych (bez innych DMP), skorzystała ze świadczeń wartych 885 205 zł. Beneficjenci DMP z zakresu nadciśnienia tętniczego otrzymali opiekę wartą 767 054 zł. Największa część tych kosztów to koszt porady, a następnie badań diagnostycznych (Wykres 20).

WYKRES 20 Wartość rozliczonych jednostek rozliczeniowych w DMP

Źródło: Analiza Banku Światowego na podstawie danych NFZ

Rozliczona wartość świadczeń w projekcie POZ Plus w przeliczeniu na jednego pacjenta to 1 134 zł w grupie nadciśnienie tętnicze i inne DMP kardiologiczne. W grupie biorącej udział tylko w DMP z zakresu nadciśnienia tętniczego, koszt jednego pacjenta w programie wynosił 1 502 zł. W przypadku grupy DMP z zakresu czterech chorób kardiologicznych wraz z innymi DMP, średnia wartość rozliczonych świadczeń wynosiła 3 137 zł, w grupie DMP wyłącznie w zakresie kardiologii ten koszt był znacznie niższy i wynosił 1 418 zł (Wykres 21).

Największą częścią kosztów na poziomie pacjenta można przypisać kosztom badań diagnostycznych i fizjoterapii.

WYKRES 21 Wartość rozliczonych jednostek rozliczeniowych na jednego pacjenta w DMP na jednego pacjenta (badania)

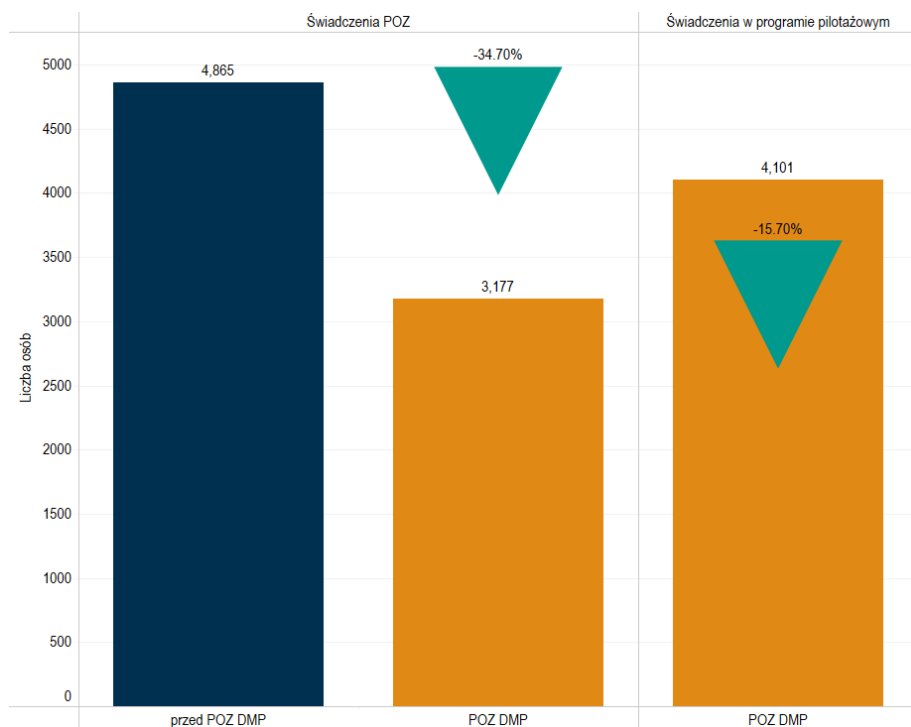
Źródło: Analiza Banku Światowego na podstawie danych NFZ

Zmiana w liczbie osób korzystających z POZ przed i po podpisaniu zgody na udział w DMP

Liczba osób korzystających ze świadczeń POZ po podpisaniu zgody na udział w DMP do czerwca 2019 r. zmniejszyła się o 35% w porównaniu z okresem od czerwca 2017¹¹ do momentu podpisania zgody. Ze świadczeń programu pilotażowego skorzystało 4 101 osób, 15% mniej osób niż tych korzystających ze świadczeń POZ w okresie przed podpisaniem zgody na udział w DMP (Wykres 22).

¹¹ W analizie przyjęto, że okres od czerwca 2017r. do czerwca 2019r. – zakładając, że projekt POZ Plus rozpoczęto w czerwcu 2018, odpowiada rocznemu okresowi przed wdrożeniem opieki koordynowanej (tj. 06.2017-06.2018) i rocznemu okresowi, w którym placówki POZ realizowały model opieki koordynowanej POZ Plus (07.2018-06.2019). Zakres analiz odpowiada zakresowi dostępnych danych, które obejmują informacje dotyczące świadczeń POZ Plus do czerwca 2019r.

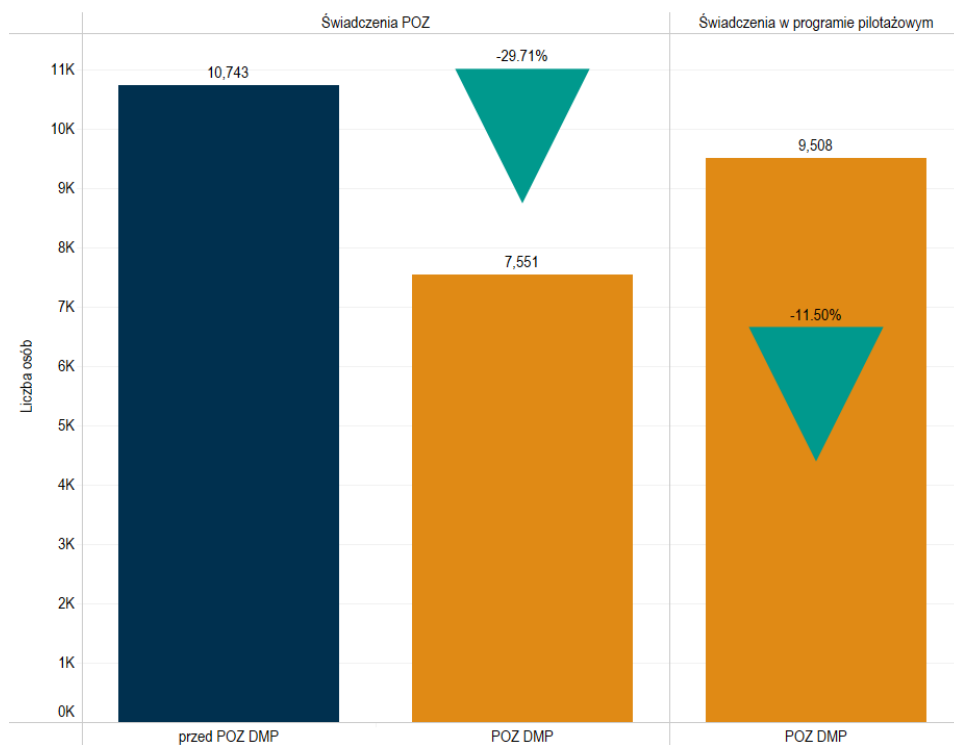
WYKRES 22 Liczba osób korzystających ze świadczeń POZ i świadczeń programu pilotażowego w okresie czerwiec 2017 – czerwiec 2019, przed i po podpisaniu zgody na udział w DMP - grupa beneficjentów programu DMP wyłącznie w chorobach kardiologicznych.



Źródło: Analiza Banku Światowego na podstawie danych NFZ

W grupie wszystkich osób biorących udział w DMP z zakresu chorób kardiologicznych, nie wykluczając przy tym udziału w innych programach, 7 551 osób korzystało ze świadczeń POZ po podpisaniu zgody na udział w DMP. Było to o około 30% mniej, niż przed podpisaniem zgody. Natomiast w tej samej grupie, do czerwca 2019 r., 9 508 osób skorzystało ze świadczeń pilotażowych (Wykres 23).

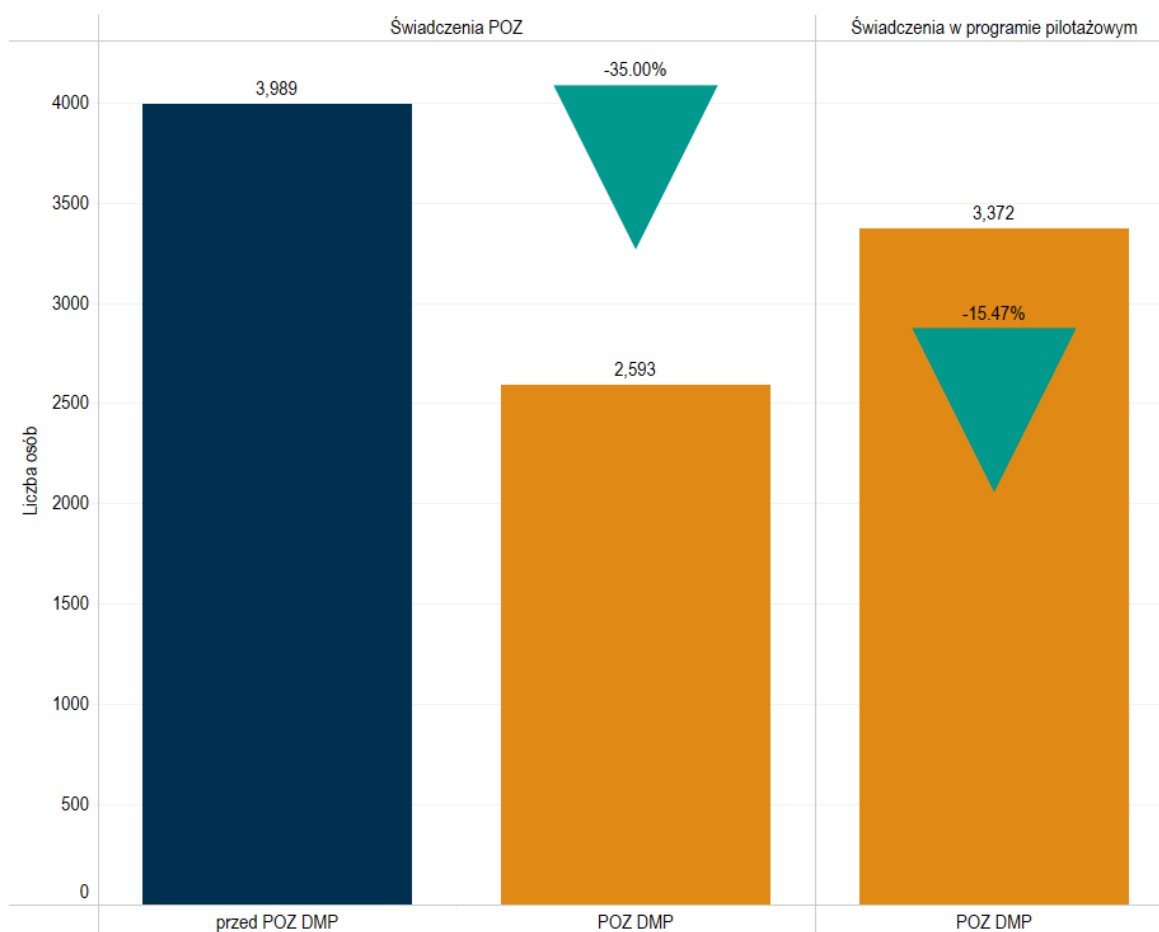
WYKRES 23 Liczba osób korzystających ze świadczeń POZ i świadczeń programu pilotażowego w okresie czerwiec 2017 – czerwiec 2019, przed i po podpisaniu zgody na udział w DMP - grupa beneficjentów programu DMP w chorobach kardiologicznych.



Źródło: Analiza Banku Światowego na podstawie danych NFZ

Porównywalna zmiana zauważalna jest również w wykorzystaniu świadczeń POZ i programów pilotażowych w grupie osób biorących udział w DMP wyłącznie z zakresu nadciśnienia tętniczego (Wykres 24).

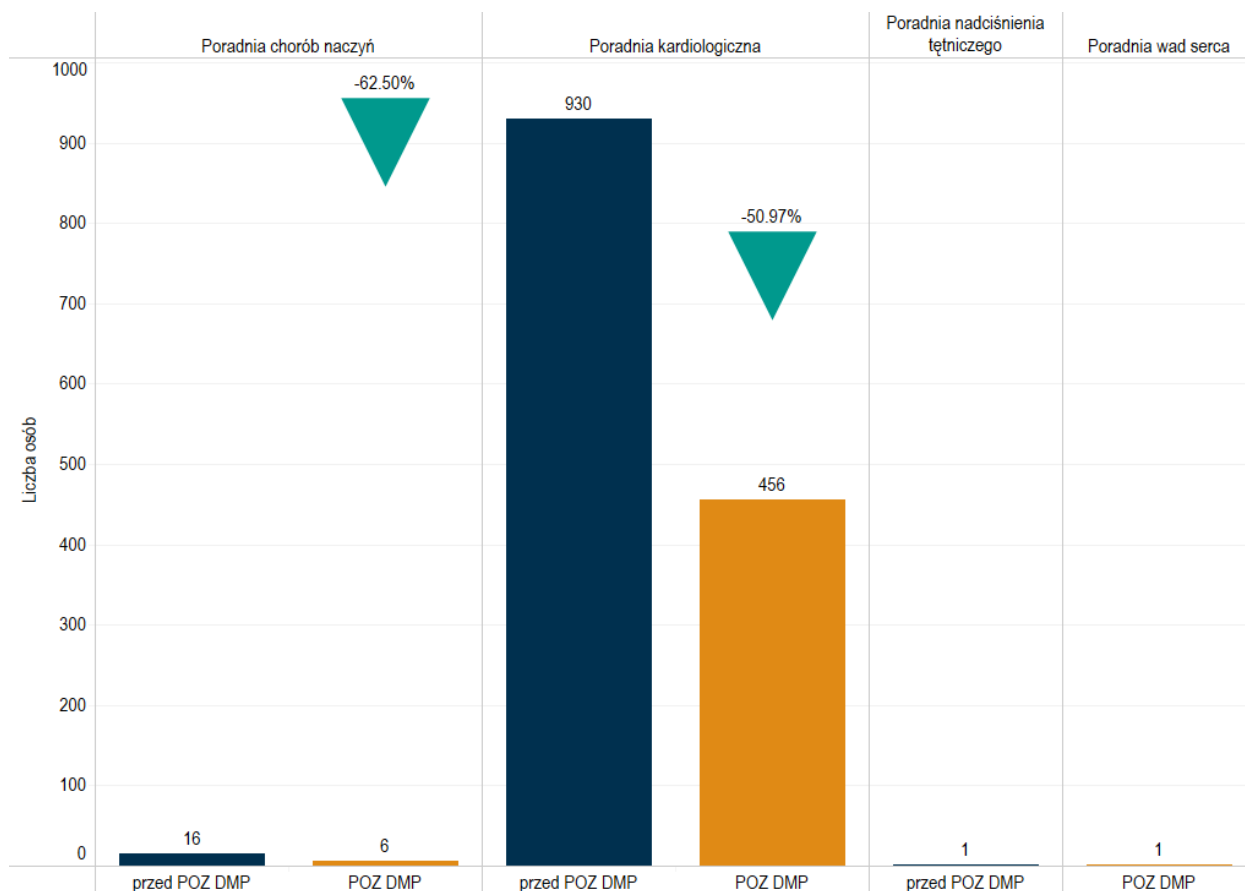
WYKRES 24 Liczba osób korzystających ze świadczeń POZ i świadczeń programu pilotażowego w okresie czerwiec 2017 – czerwiec 2019, przed i po podpisaniu zgody na DMP - grupa beneficjentów programu DMP wyłącznie w nadciśnieniu tętniczym.



Źródło: Analiza Banku Światowego na podstawie danych NFZ

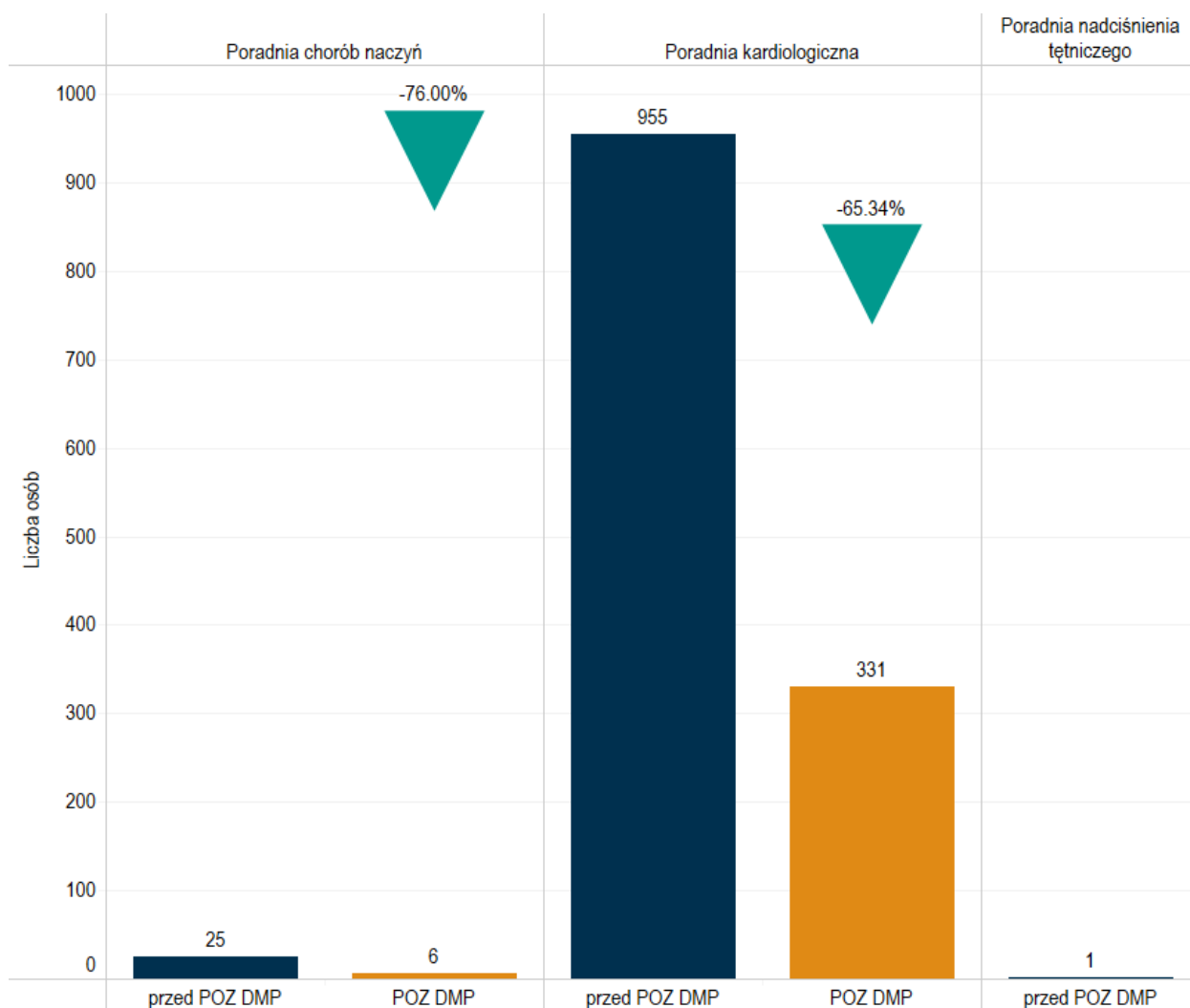
Zmiana w liczbie pacjentów korzystających ze świadczeń AOS przed i po podpisaniu zgody na udział w DMP

Liczba pacjentów korzystających z AOS zmalała po włączeniu do DMP o odpowiednio 51% i 63% (Wykres 25). W okresie od czerwca 2017 r. do momentu podpisania przez pacjenta zgody na udział w DMP, 930 osoby z grupy DMP w zakresie chorób kardiologicznych skorzystały z porady specjalistycznej w poradni kardiologicznej, a 16 w poradni chorób naczyń. Średnia liczba wizyt jednego beneficjenta DMP w zakresie kardiologii w wybranych poradniach specjalistycznych zmalała po wejściu pacjenta do programu zarówno w poradni chorób naczyń – średnia liczba wizyt pacjenta zmalała z 2 na 1,6 wizyty w roku, jak i poradni kardiologicznej – z 2,8 wizyt przed programem do 1,8 po wejściu do programu DMP.

WYKRES 25 Zmiana liczby pacjentów w poradniach AOS – grupa beneficjentów programu DMP wyłącznie w zakresie chorób kardiologicznych (okres czerwiec 2017 – czerwiec 2019).

Źródło: Analiza Banku Światowego na podstawie danych NFZ

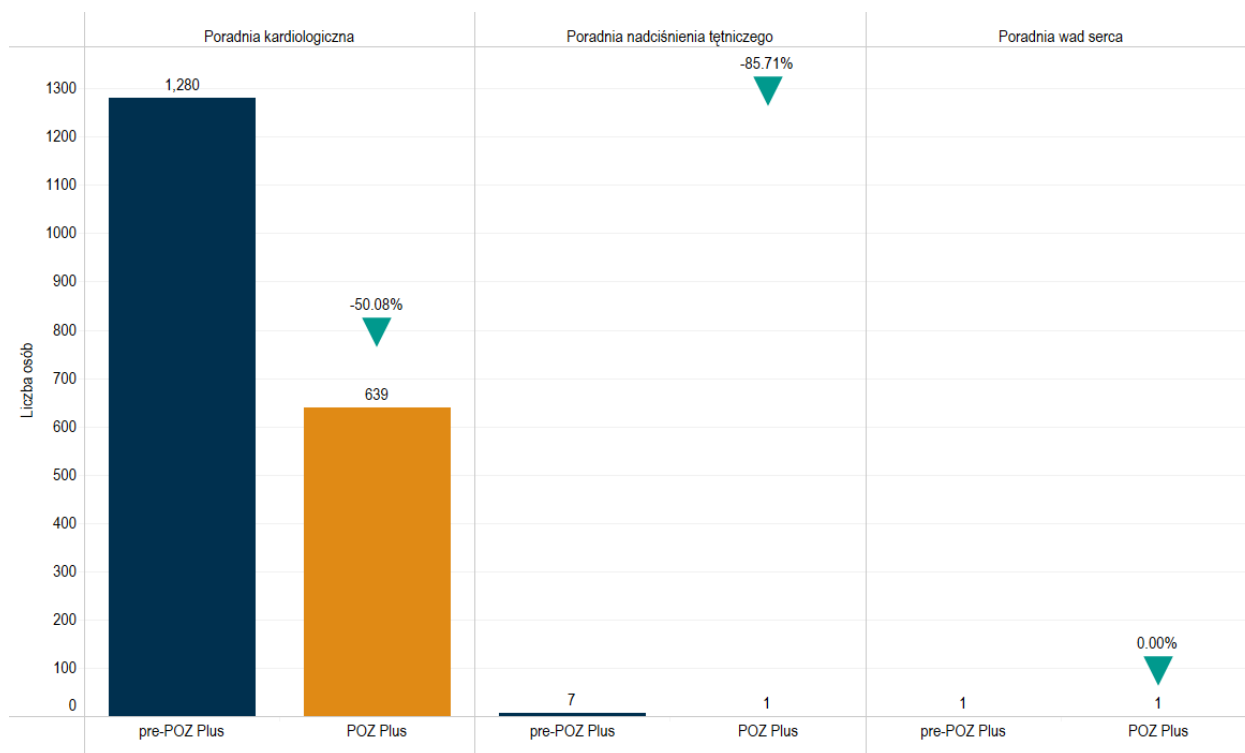
Liczba pacjentów w AOS również zmalała w przypadku grupy pacjentów będących w DMP z zakresu nadciśnienia tętniczego, z 955 osób przed DMP do 331 po podpisaniu zgód na udział w DMP w poradni kardiologicznej (zmiana o 65%). Zmiana w poradni chorób naczyń wynosiła - 76%, tj. z 25 do 6 osób (Wykres 26). Dodatkowo, średnia liczba wizyt w poradniach zmniejszyła się po wejściu pacjentów do programu DMP w nadciśnieniu w obu poradniach. W większym stopniu zauważono spadek w częstotliwości wizyt w poradni kardiologicznej – z 4,9 wizyt na pacjenta do 1,7 wizyty po DMP, w mniejszym stopniu w poradni chorób naczyń – z 2,2 przed DMP na 1,7 po wejściu do programu zarządzania chorobą.

WYKRES 26 Zmiana liczby pacjentów w poradniach AOS – grupa beneficjentów programu DMP wyłącznie w zakresie nadciśnienia.

Źródło: Analiza Banku Światowego na podstawie danych NFZ

Co ważne, beneficjenci projektu POZ Plus, którzy nie uczestniczyli w DMP z zakresu chorób kardiologicznych, a z wcześniejszych danych wynika, że odwiedzili przynajmniej raz placówkę ochrony zdrowia (na poziomie POZ, AOS lub szpital – bez SOR i IP) w związku z tymi chorobami, również zmniejszyli swoją aktywność na poziomie AOS w wybranych poradniach. W poradni kardiologicznej, liczba osób zmniejszyła się o 50% w porównaniu z okresem przed podpisaniem zgody na udział w projekcie POZ Plus (Wykres 27). Dodatkowo, średnia liczba wizyt w poradniach zmalała we wszystkich przypadkach o około połowę. W podziale na poradnie była to zmiana z 2,8 wizyty w poradni kardiologicznej przed wejściem do DMP na 1,6 wizyty po, w poradni nadciśnienia tętniczego średnia wizyt zmalała z 2 do 1 po wejściu do DMP w zakresie kardiologii.

WYKRES 27 Liczba osób korzystających ze świadczeń AOS w okresie czerwiec 2017 – czerwiec 2019, przed i po podpisaniu zgody na DMP - grupa beneficjentów programu POZ Plus, u których raportowano kody chorób kardiologicznych (w okresie 01.2015-06.2019), a którzy nie biorą udziału w programie DMP w zakresie kardiologii.



Źródło: Analiza Banku Światowego na podstawie danych NFZ

4. Analiza trzech głównych chorób układu krążenia w POZ Plus

Poniższa analiza dotyczy beneficjentów programu DMP w zakresie trzech chorób z grupy dziedzicznej kardiologia: (i) przewlekła choroba wieńcowa; (ii) przewlekła niewydolność serca; (iii) utrwalone migotanie przedsionków¹².

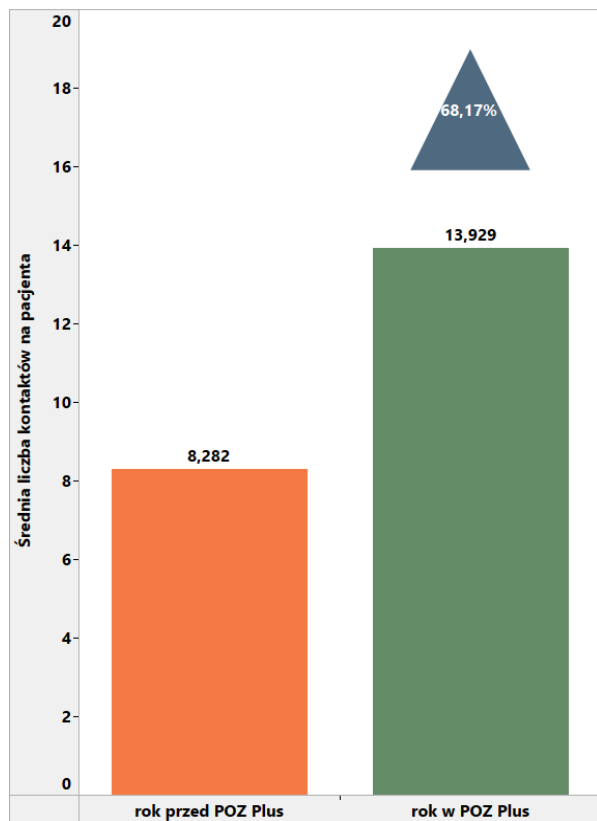
Z jakiegokolwiek porady w ramach programu POZ Plus skorzystało 1 066 pacjentów z chorobą wieńcową, 649 pacjentów z migotaniem przedsionków i 361 osób z przewlekłą niewydolnością serca. Z badań diagnostycznych skorzystało 1306 osób z chorobami układu krążenia. Tylko 718 osób (32,6% wszystkich pacjentów obarczonych chorobami układu krążenia) otrzymało świadczenia z zakresu edukacji zdrowotnej. Pacjenci z niewydolnością serca stanowili najmniej liczącą grupę pacjentów POZ Plus z chorobami kardiologicznymi.

¹² Nie oznacza to, że osoby te nie uczestniczą również w innych programach DMP.

Zmiany w wykorzystaniu świadczeń przed i po wdrożeniu projektu POZ Plus

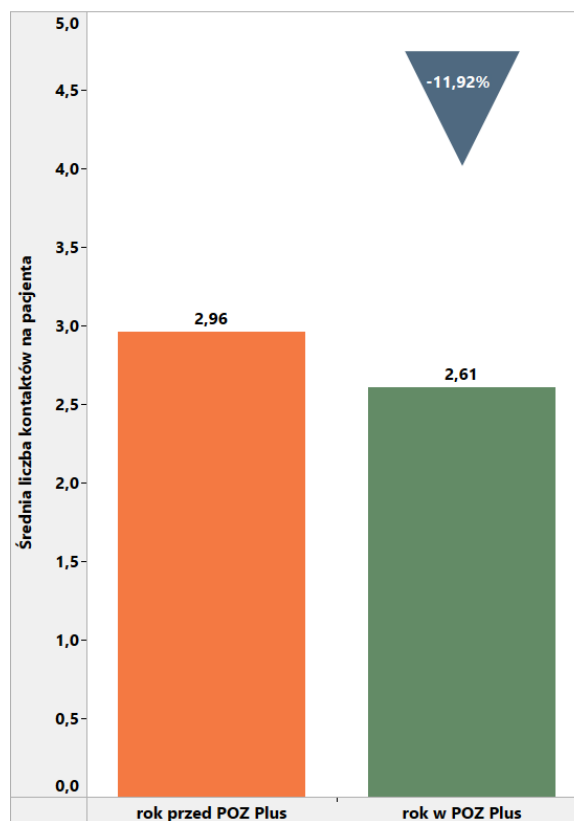
Średnia liczba wszystkich wizyt w POZ wzrosła o prawie 70% w grupie kardiologicznej (Wykres 28). Natomiast średnia liczba kontaktów tych pacjentów w AOS zmalała o 12% (Wykres 29). Założeniem działań DMP w projekcie POZ Plus jest to, że pacjent objęty opieką w POZ nie korzysta ze świadczeń specjalistycznych AOS w tym samym rozpoznaniu. Tym samym więc, liczba pacjentów AOS z danymi rozpoznaniemami zmalała po wprowadzeniu POZ Plus o około 45 % w każdej z trzech chorób. Jednocześnie trzeba zwrócić uwagę na fakt, że niejasne są dane dotyczące części pacjentów raportowanych jednocześnie w DMP i AOS, jako że jest to niezgodne z założeniami projektu.

WYKRES 28 Średnia liczba wizyt pacjentów DMP w POZ – rok przed wdrożeniem POZ Plus i rok, podczas którego program był wdrażany



Źródło: Analiza Banku Światowego na podstawie danych NFZ

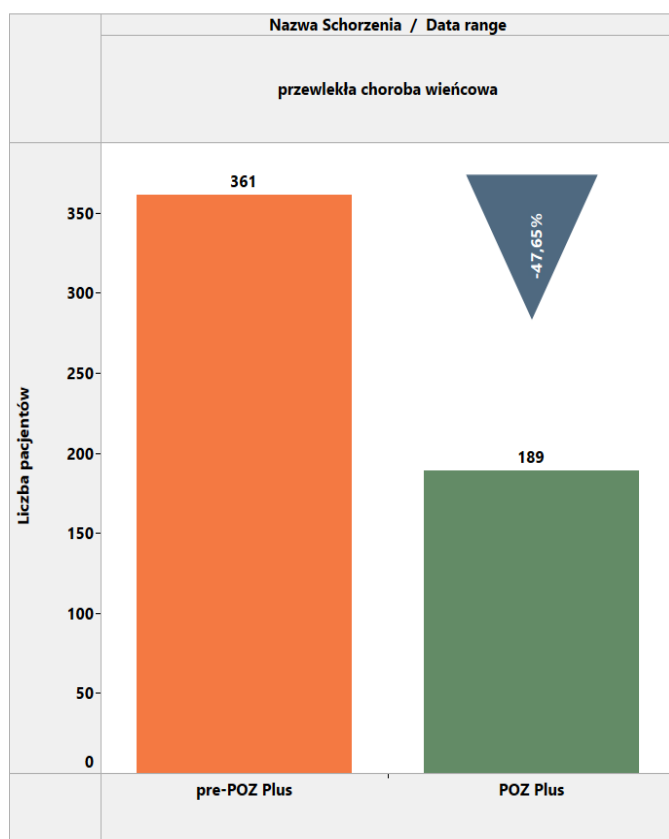
WYKRES 29 Średnia liczba wizyt pacjentów DMP w AOS gdzie rozpoznaniem był kod główny I20 -I25, I47-48 lub I50. Rok przed wdrożeniem POZ Plus i rok, podczas którego program był wdrażany



Źródło: Analiza Banku Światowego na podstawie danych NFZ

Czterdzieści siedem procent pacjentów z przewlekłą chorobą wieńcową (z całkowitej grupy 361 osób), korzystających ze świadczeń specjalistycznych w latach 2017-2018, po wprowadzeniu projektu POZ Plus pozostało w POZ rezygnując ze świadczeń AOS w tym samym zakresie. Po wprowadzeniu projektu POZ Plus pozostało w AOS 189 osób (spadek o 47%). Dalszej analizie powinny podlegać dane dotyczące pacjentów pozostających pod opieką DMP w projekcie, jak i AOS, jako że jest to niezgodne z zasadami projektu (Wykres 30).

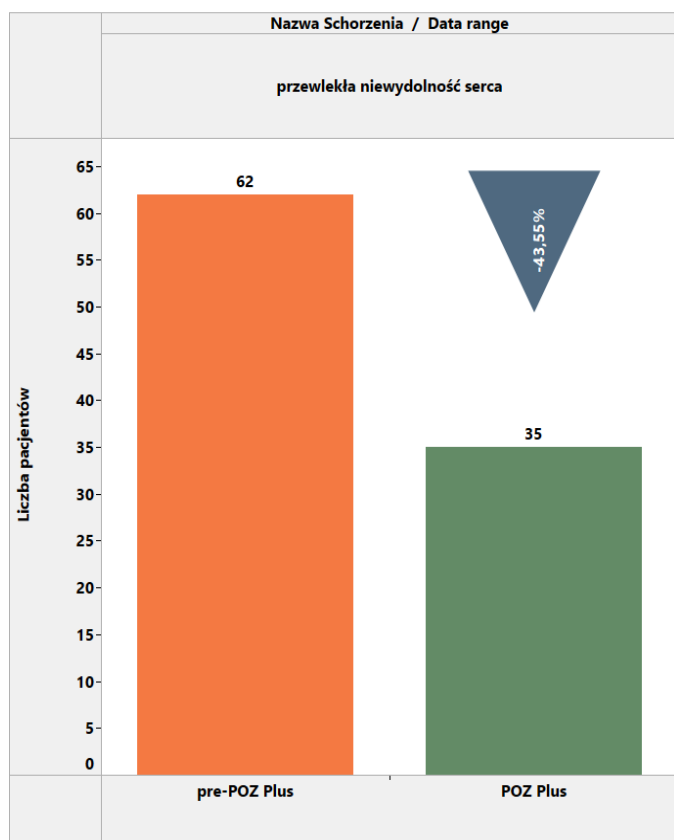
WYKRES 30 Pacjenci będący w programie DMP z zakresu przewlekłej choroby wieńcowej i korzystający z AOS (kontakt z przypisanym kodem głównym I20, I24, I25) na przestrzeni ostatnich 2 lat (czerwiec 2017 – czerwiec 2019) w podziale na okres przed i po POZ Plus.



Źródło: Analiza Banku Światowego na podstawie danych NFZ

Z grupy pacjentów z niewydolnością serca (62 osoby), korzystających ze świadczeń specjalistycznych w latach 2017-2018, po wprowadzeniu projektu POZ Plus pozostało w AOS 35 osób (spadek o 43%). Dalszej analizie powinny podlegać dane dotyczące pacjentów pozostających pod opieką DMP w ramach projektu i korzystających w tym samym czasie z AOS, jako że jest to niezgodne z zasadami projektu (Wykres 31).

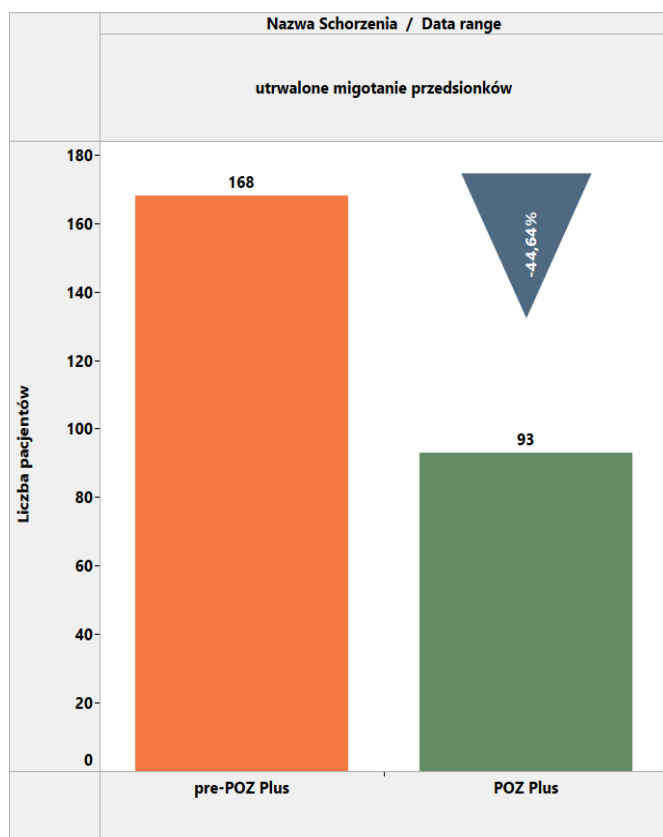
WYKRES 31 Pacjenci będący w programie DMP z zakresu przewlekłej niewydolności serca, korzystający z AOS (kontakt z przypisanym kodem głównym I50) na przestrzeni ostatnich dwóch lat (czerwiec 2017 – czerwiec 2019) w podziale na okres przed i po POZ Plus.



Źródło: Analiza Banku Światowego na podstawie danych NFZ

Z grupy pacjentów z migotaniem przedsionków (168 osób) korzystających ze świadczeń specjalistycznych w latach 2017-2018, po wprowadzeniu projektu POZ Plus pozostały w AOS 93 osoby (spadek o 44%). Dalszej analizie powinny podlegać dane dotyczące pacjentów pozostających pod opieką DMP w ramach projektu i korzystających w tym samym czasie z AOS, jako że jest to niezgodne z zasadami projektu (Wykres 32).

WYKRES 32 Pacjenci będący w programie DMP z zakresu utrwalonego migotania przedsionków i korzystający z AOS (kontakt z przypisanym kodem głównym I47-48) na przestrzeni ostatnich dwóch lat (czerwiec 2017 – czerwiec 2019) w podziale na okres przed i po POZ Plus.

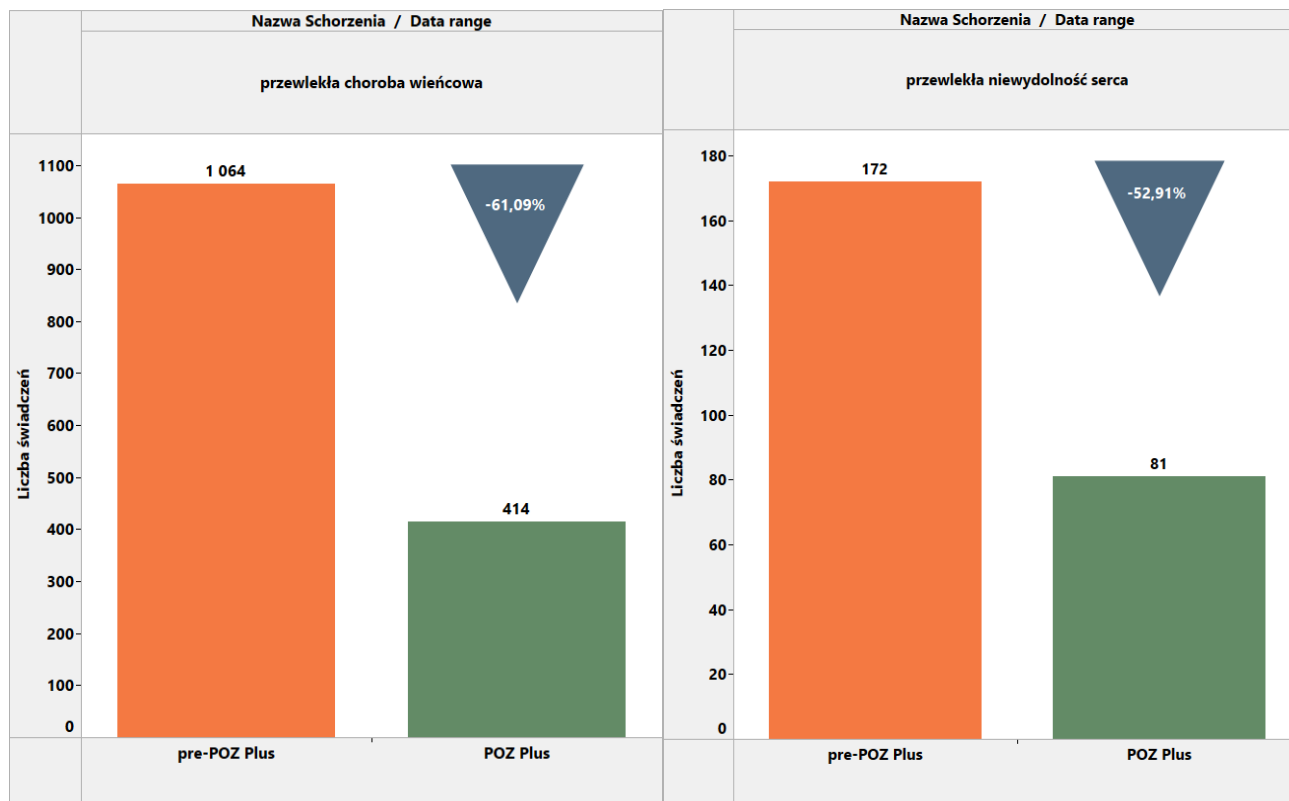


Źródło: Analiza Banku Światowego na podstawie danych NFZ

Natomiast liczba świadczeń w AOS zmalała o 61% w przypadku przewlekłej choroby wieńcowej, o 67% w grupie utrwalonego migotania przedsionków i o 52% w przewlekłej niewydolności serca (Wykres 33, 34 i 35).

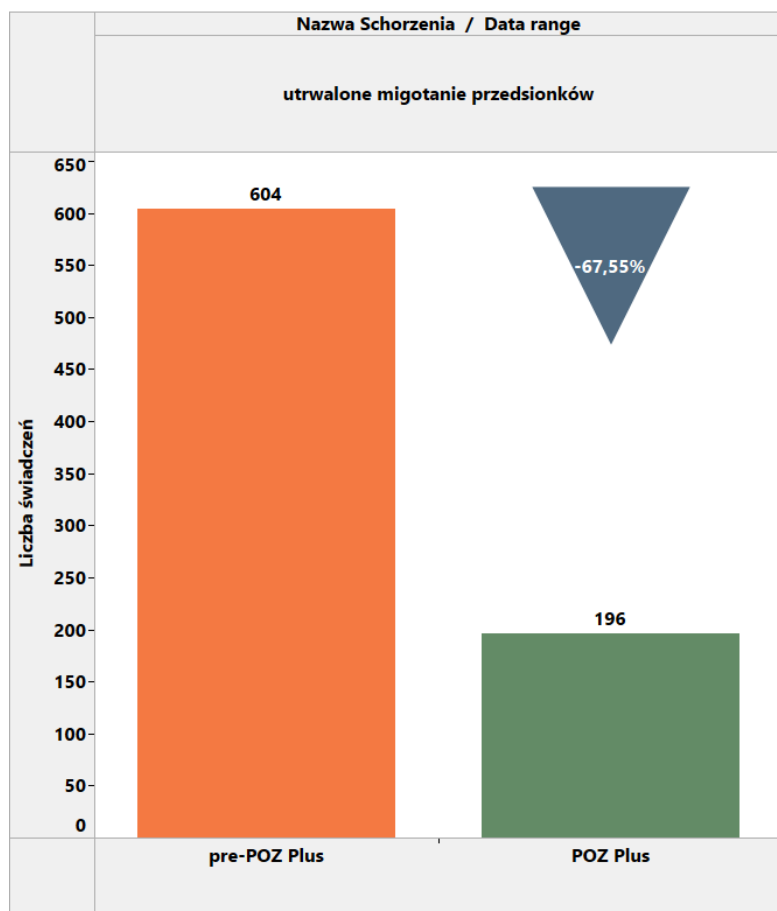
WYKRES 33 Świadczenia AOS (kontakt z przypisanym kodem głównym I20, I24 i I25) beneficjentów programu DMP w przewlekłej chorobie wieńcowej na przestrzeni ostatnich 2 lat (czerwiec 2017 – czerwiec 2019), w podziale na okres przed i po POZ Plus.

WYKRES 34 Świadczenia AOS (kontakt z przypisanym kodem głównym I50) beneficjentów programu DMP w przewlekłej niewydolności serca na przestrzeni ostatnich 2 lat (czerwiec 2017 – czerwiec 2019), w podziale na okres przed i po POZ Plus.



Źródło: Analiza Banku Światowego na podstawie danych NFZ

WYKRES 35 Świadczenia AOS (kontakt z przypisanym kodem głównym I47-48) beneficjentów programu DMP utrwalone migotanie przedsionków na przestrzeni ostatnich 2 lat (czerwiec 2017 – czerwiec 2019), w podziale na okres przed i po POZ Plus.

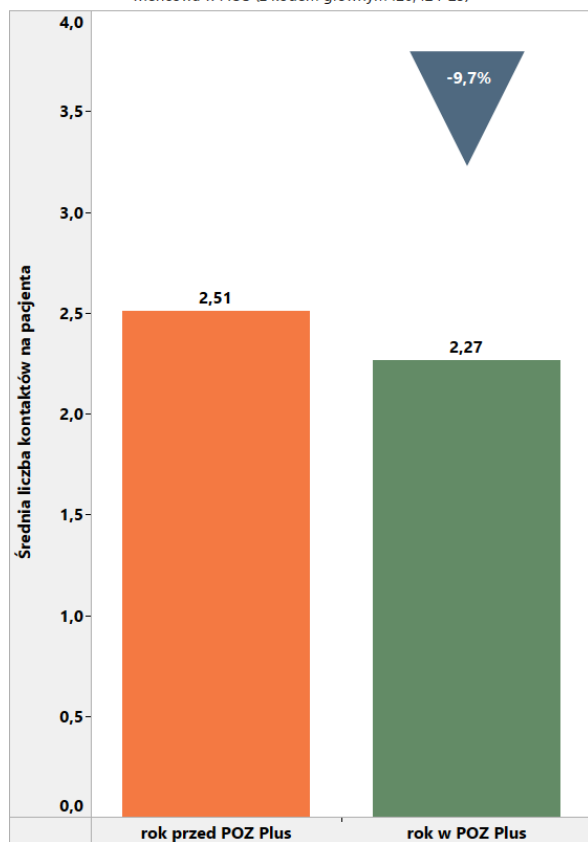


Źródło: Analiza Banku Światowego na podstawie danych NFZ

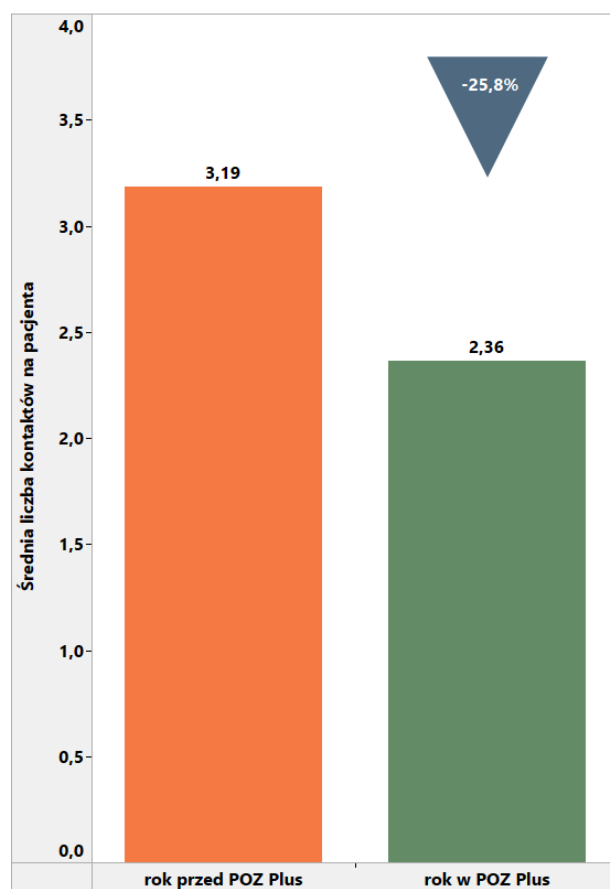
W przypadku utrwalonego migotania przedsionków i przewlekłej choroby wieńcowej, pacjenci, którzy zostali w AOS zaczęli rzadziej odwiedzać gabinet swojego dotychczasowego specjalisty. Średnia liczba wizyt pacjentów z przewlekłą chorobą wieńcową w AOS zmalała o 9,7%, a w przypadku utrwalonego migotania przedsionków średnia liczba wizyt na 1 pacjenta zmalała o 25,8% (Wykres 36 i 37). Sytuacja była inna w przypadku pacjentów z niewydolnością serca. Liczba wizyt przypadająca na jednego pacjenta zwiększyła się o 13% - z 2,2 wizyty na rok do 2,5 wizyty na rok (Wykres 38).

WYKRES 36 Średnia liczba wizyt pacjentów z przewlekłą chorobą wieńcową w AOS.¹³ **WYKRES 37** Średnia liczba wizyt pacjentów z utrwalonym migotaniem przedsionków w AOS.¹⁴

Średnia liczby wizyt beneficjentów programu POZ PLUS DMP przewlekła choroba wieńcowa w AOS (z kodem głównym I20, I24-25)



Źródło: Analiza Banku Światowego na podstawie danych NFZ



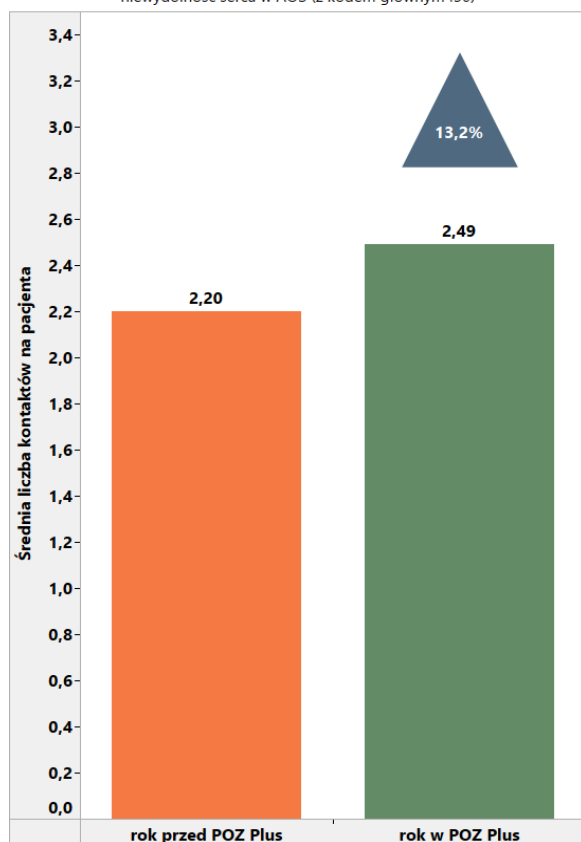
Źródło: Analiza Banku Światowego na podstawie danych NFZ

¹³ Świadczenia AOS (kontakt z przypisanym kodem głównym I20, I24-25) beneficjentów DMP z zakresu przewlekłej choroby wieńcowej na przestrzeni ostatnich dwóch lat (czerwiec 2017 – czerwiec 2019) w podziale na okres przed wdrożeniem i po wdrożeniu projektu POZ Plus.

¹⁴ Świadczenia AOS (kontakt z przypisanym kodem głównym I47 i I48) beneficjentów DMP z zakresu utrwalonego migotania przedsionków, na przestrzeni ostatnich dwóch lat (czerwiec 2017 – czerwiec 2019) w podziale na okres przed wdrożeniem i po wdrożeniu projektu POZ Plus.

WYKRES 38 Średnia liczba wizyt pacjentów z niewydolnością serca w AOS.¹⁵

Średnia liczby wizyt beneficjentów programu POZ PLUS DMP przewlekła niewydolność serca w AOS (z kodem głównym I50)



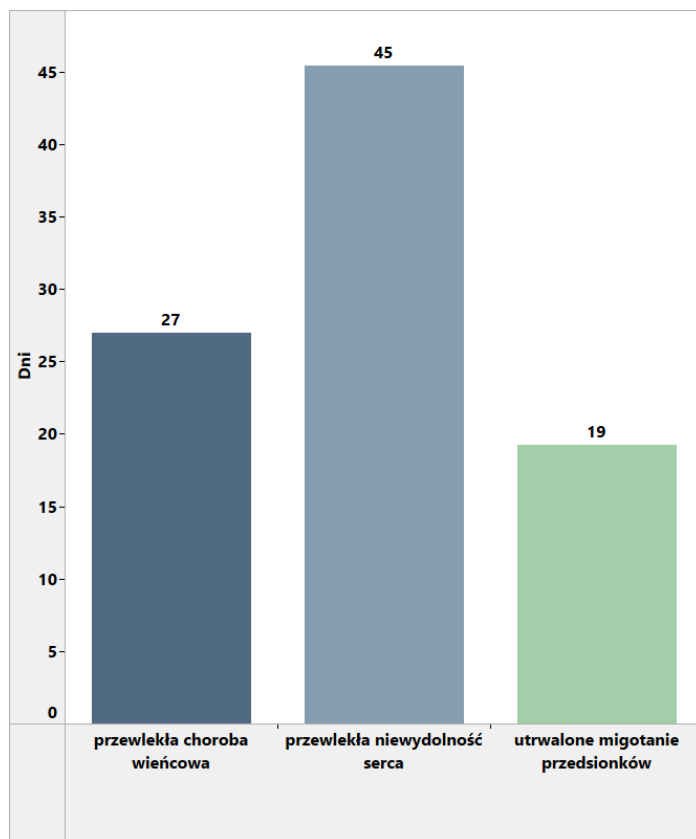
Źródło: Analiza Banku Światowego na podstawie danych NFZ

¹⁵ Świadczenia AOS (kontakt z przypisanym kodem głównym I50) beneficjentów DMP z zakresu przewlekłej niewydolności serca na przestrzeni ostatnich dwóch lat (czerwiec 2017 – czerwiec 2019) w podziale na okres przed wdrożeniem i po wdrożeniu POZ Plus.

Analiza czasu oczekiwania na świadczenia

W przewlekłej chorobie wieńcowej średni czas oczekiwania na świadczenia z zakresu wizyty kompleksowej w ramach DMP, od momentu podpisania przez pacjenta zgody, to 27 dni. W niewydolności serca było to 45 dni, a w migotaniu przedsionków było to 19 dni (Wykres 39).

WYKRES 39 Średni czas oczekiwania na wizytę kompleksową od podpisania zgody na udział w wybranym programie DMP



Źródło: Analiza Banku Światowego na podstawie danych NFZ

Należy podkreślić, że 1 035 osób nie czekało ani jednego dnia na pierwsze badanie po podpisaniu zgody na udział w DMP. Średni czas oczekiwania na świadczenia (od momentu podpisania zgody) był w większości przypadków ujemny, co wskazuje na częste wykonywanie świadczeń DMP, jeszcze przed podpisaniem zgody.

Czas oczekiwania na świadczenia w programie bilansowym

Dziewiętnaście procent osób biorących udział w DMP w zakresie chorób kardiologicznych miało wykonany bilans zdrowia. Analiza czasu oczekiwania na świadczenia bilansowego jest ważną częścią raportowania w DMP, gdyż dostarcza ona wiedzy na temat sprawności tego procesu.

Program bilansów osób dorosłych jest jednym z głównych narzędzi opieki koordynowanej wdrożonym do placówek POZ w ramach pilotażu POZ Plus. Celem bilansu jest ocena stanu zdrowia w zakresie ryzyka wystąpienia choroby przewlekłej oraz ewentualne jej wykrycie. Z tego względu bilans jest integralnym narzędziem procesu DMP placówki, służącym do wykrywania i pierwszego diagnozowania potencjalnych pacjentów programu zarządzania chorobą.

Pacjenci z chorobami układu krążenia korzystają z bilansów pogłębionych. Większość z tych pacjentów, na pierwsze świadczenia bilansowe czekała średnio 22 dni (Wykres 40). W grupie osób biorących udział w zakresie ww. chorób kardiologicznych, 19% miało wykonany bilans zdrowia. Z czego 16 osób z grupy trzech chorób kardiologicznych miało wykonany bilans przed podpisaniem zgody na jakiegokolwiek program DMP (a dodatkowo 74 przed podpisaniem zgody na DMP w zakresie kardiologii). Siedemdziesiąt dwa procent osób po bilansach, otrzymało świadczenie porady (kompleksowej lub wstępnej) w programie DMP – u 34% poradę wstępną, a u 66% poradę kompleksową. Około 6 % osób, które podpisały zgodę na DMP ww. chorobach i które odbyły bilans, nie otrzymały w analizowanym okresie żadnego świadczenia w programie zarządzania chorobą.

Przewlekła choroba wieńcowa

Niecałe 16% pacjentów będących w programie DMP z zakresu przewlekłej choroby wieńcowej zostało włączonych do programu po odbyciu bilansu. W kohorcie objętej analizą, 45% osób w grupie DMP z zakresu przewlekłej choroby wieńcowej, skorzystało z pierwszego świadczenia w programie bilansów tego samego dnia, którego podpisało zgodę na wzięcie udziału w projekcie, a 59% w pierwszym tygodniu od podpisania zgody na udział w nim. Średnio osoby czekały około 23 dni na udzielenie świadczenia. Dziewiętnaście osób skorzystało ze świadczeń bilansowych przed podpisaniem zgody na udział w POZ Plus, tym samym zostało wyłączone z dalszej analizy.

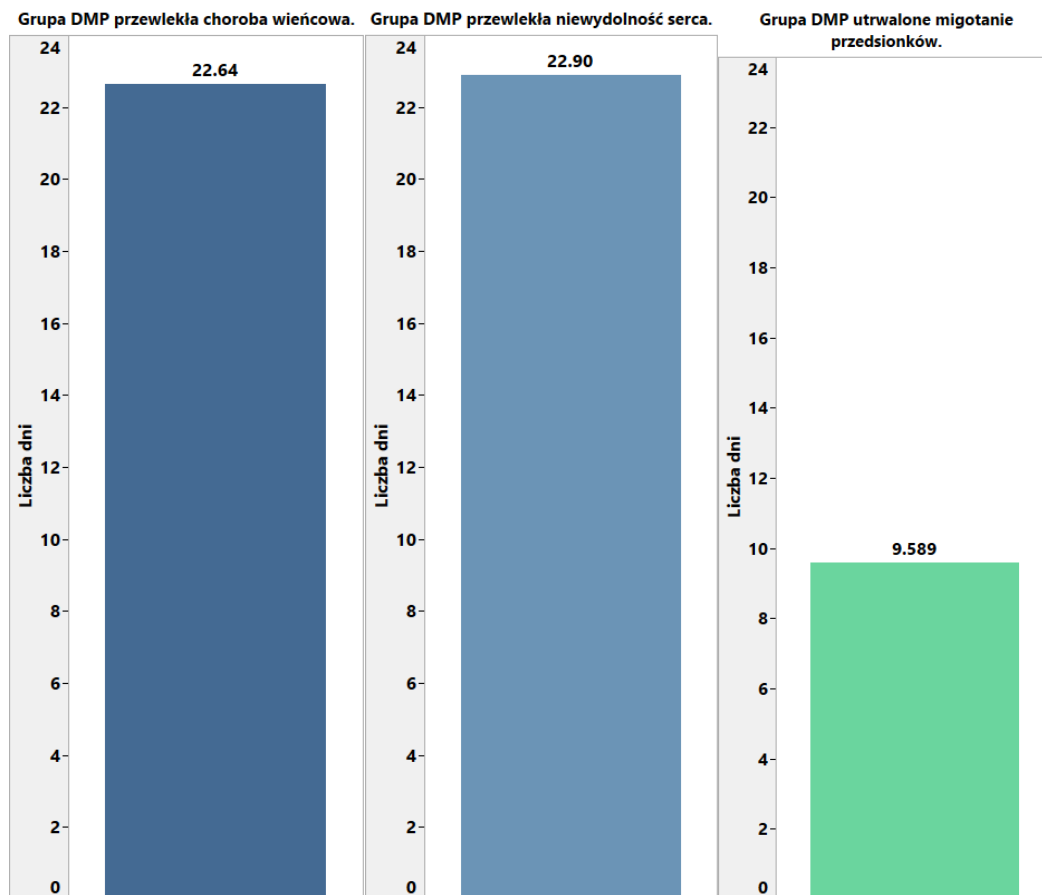
Utrwalone migotanie przedsionków

Spośród osób biorących udział w programie DMP w zakresie utrwalonego migotania przedsionków, 20% skorzystało ze świadczeń bilansowych przed wejściem do programu. Średnio osoby czekały około 9,6 dnia na udzielenie świadczenia od podpisania zgody na POZ Plus. Dwadzieścia osób skorzystało ze świadczeń bilansowych przed podpisaniem zgody na udział w POZ Plus, tym samym zostało wyłączonych z dalszej analizy. Czterdzieści trzy procent osób w grupie otrzymało świadczenie bilansowe tego samego dnia, co podpisało zgodę na udział w POZ Plus. Sześćdziesiąt procent osób otrzymało te świadczenia w przeciągu tygodnia (Wykres 40).

Przewlekła niewydolność serca

Spośród osób biorących udział w DMP z zakresu przewlekłej niewydolności serca, około 14,5% wcześniej odbyło bilans zdrowia. Średnio osoby czekały około 23 dni na udzielenie świadczenia. Siedem osób skorzystało ze świadczeń bilansowych przed podpisaniem zgody na udział w POZ Plus, tym samym zostało wyłączonych z dalszej analizy. W grupie DMP z zakresu niewydolności serca, 32% osób otrzymało świadczenie z zakresu programu bilansowego tego samego dnia, którego podpisało zgodę na udział w projekcie POZ Plus. A 54% osób otrzymało te świadczenia w przeciągu tygodnia (Wykres 40).

WYKRES 40 Średnia liczba dni od podpisania zgody na uczestnictwo w POZ Plus, a pierwszym świadczeniem bilansowym w programie POZ Plus dla trzech chorób kardiologicznych



Źródło: Analiza Banku Światowego na podstawie danych NFZ

Czas oczekiwania na świadczenia w programie zarządzania chorobą (DMP)

Średnio, w przypadku choroby wieńcowej pacjenci czekali na pierwsze świadczenie DMP około 7 dni, w grupie DMP z zakresu przewlekłego migotania przedsionków - 7,6 dnia, a także do około 10 dni w przypadku DMP z zakresu przewlekłej niewydolności serca.

W grupie pacjentów będących w DMP z zakresu trzech chorób kardiologicznych, 96% osób otrzymało świadczenia. Większość pacjentów otrzymało świadczenie (konsultacja/badanie/ porada edukacyjna) DMP tego samego dnia, w którym przystąpili do udziału w programie POZ Plus. Najczęściej, pierwszym świadczeniem w DMP jest porada kompleksowa, porada wstępna, a następnie badanie diagnostyczne. Jest też niewielka grupa pacjentów, u których data świadczenia DMP jest wcześniejsza, niż przystąpienie do programu POZ Plus (dane wyłączone z analizy).

Większość pacjentów z ww. grupy, podpisała zgody na wejście do programu POZ Plus i DMP z zakresu kardiologii tego samego dnia - było to 82% wszystkich osób. Z 471 osób, które otrzymały świadczenia bilansowe, 75% (tj. 355 osób) otrzymało je tego samego dnia, którego podpisano zgodę na włączenie do programu POZ Plus. Natomiast w przypadku świadczeń programu zarządzania chorobą, spośród osób które te świadczenia otrzymały, 82% (tj. 1 554 osób z 1 889) skorzystało z nich tego samego dnia, w którym podpisało zgodę na udział w POZ Plus.

Przewlekła choroba wieńcowa

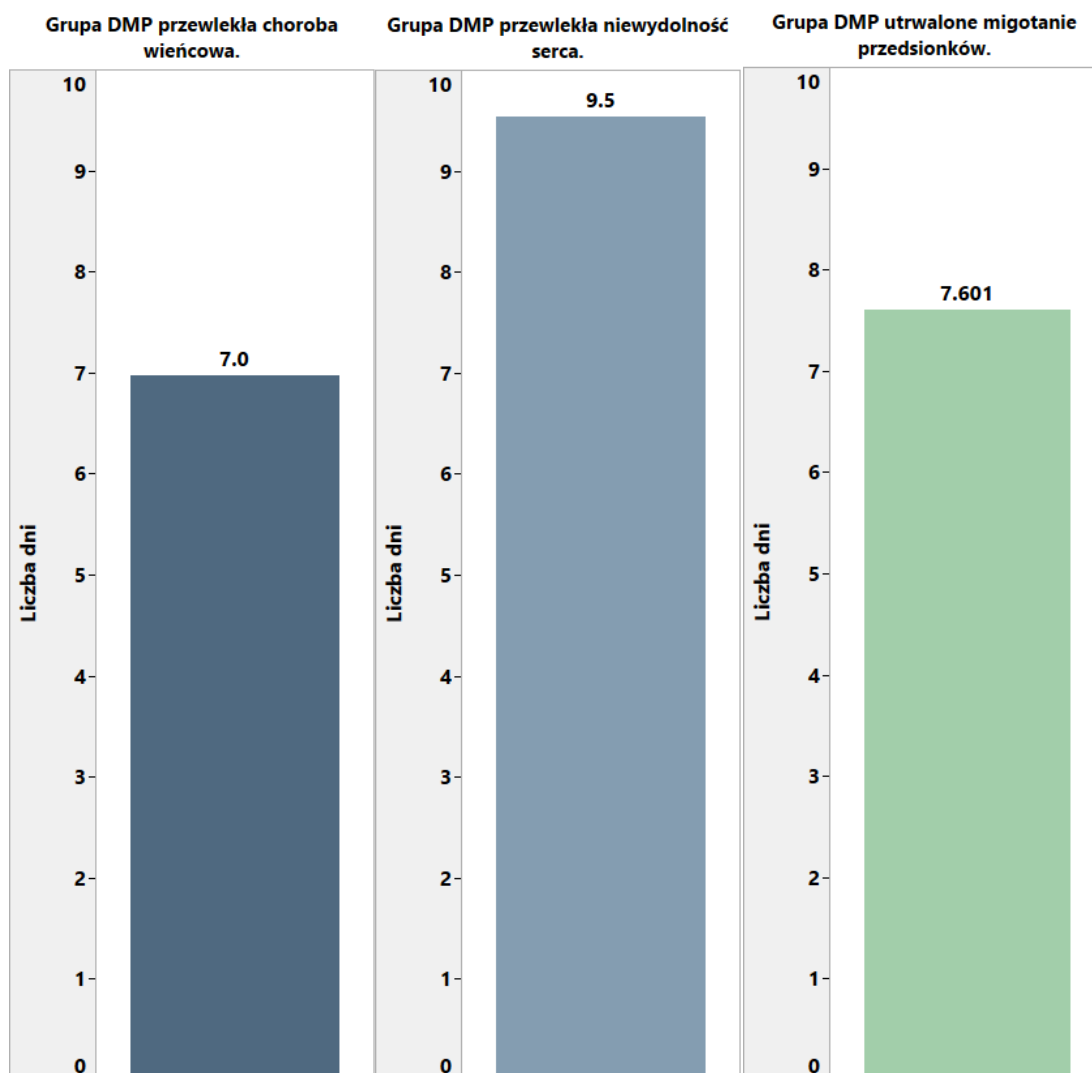
Siedemset dwadzieścia dziewięć osób otrzymało pierwsze świadczenie w DMP z zakresu choroby wieńcowej w tym samym dniu, w którym podpisało zgodę na POZ Plus, co stanowi 73,4% wszystkich beneficjentów programu. Z czego 65% osób odbyło poradę kompleksową, a 34% poradę wstępną. Dodatkowo, w dniu podpisania zgody POZ Plus, 58 pacjentom wykonano badania diagnostyczne w zakresie DMP. Siedemdziesiąt siedem procent pacjentów (763 os.) otrzymało świadczenia DMP w przeciągu 7 dni od podpisania zgody, były to głównie porady kompleksowe lub wstępne i badania diagnostyczne (Wykres 41). W przypadku świadczeń DMP, 99 osób skorzystało ze świadczeń w ramach DMP przed podpisaniem zgody na udział w POZ Plus, tym samym zostało wyłączonych z dalszej analizy.

Utrwalone migotanie przedsionków

Czterysta cztery osoby (69% wszystkich z migotaniem przedsionków) otrzymały pierwsze świadczenie DMP tego samego dnia, w którym podpisało zgodę na włączenie do projektu POZ Plus. Z czego 66% osób odbyło poradę kompleksową, a 34% poradę wstępną. Dodatkowo, w dniu podpisania zgody POZ Plus, 16 pacjentom wykonano badania diagnostyczne w zakresie DMP. Siedemdziesiąt trzy procent uzyskało świadczenia DMP w przeciągu tygodnia. Średnio, osoby czekały około 9.6 dnia na świadczenie (Wykres 41). Sześćdziesiąt trzy osoby skorzystały ze świadczeń DMP przed podpisaniem zgody na udział w POZ Plus, tym samym zostały one wyłączone z dalszej analizy.

Przewlekła niewydolność serca

Sześćdziesiąt dziewięć procent osób (227 chorych) będących w DMP z zakresu przewlekłej niewydolności serca skorzystało ze świadczenia DMP tego samego dnia, w którym podpisało zgodę na udział w projekcie POZ Plus. Z czego 51% osób odbyło poradę kompleksową, a 47% poradę wstępną. Dodatkowo, w dniu podpisania zgody POZ Plus 18 pacjentom wykonano badania diagnostyczne w zakresie DMP. Siedemdziesiąt pięć procent osób otrzymało świadczenia DMP w przeciągu tygodnia. Średnio osoby czekały około 23 dni na świadczenie (Wykres 41). Czterdzieści jeden osób skorzystało ze świadczeń DMP przed podpisaniem zgody na udział w POZ Plus, tym samym zostało wyłączonych z dalszej analizy.

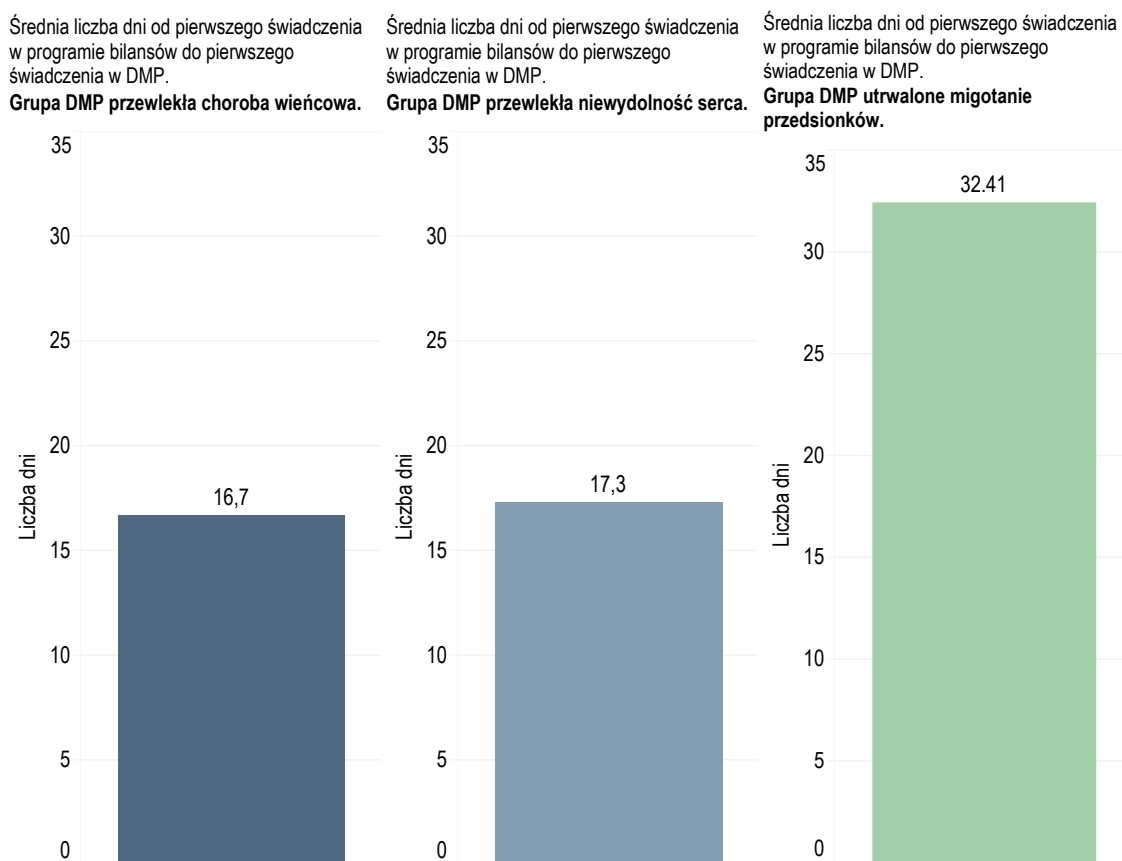
WYKRES 41 Średnia liczba dni od podpisania zgody POZ Plus, a pierwszym świadczeniem DMP dla trzech chorób kardiologicznych.

Źródło: Analiza Banku Światowego na podstawie danych NFZ

Czas pomiędzy świadczeniami w programie bilansowym i DMP

Średnia liczba dni pomiędzy pierwszym świadczeniem w programie bilansowym, a pierwszym świadczeniem w programie DMP wahała się pomiędzy 17, a 32 dniami. W przypadku pacjentów w programie DMP z zakresu przewlekłej choroby wieńcowej i niewydolności serca okres ten wynosił kolejno 16,7 dnia i 17,3 dni. Osoby w grupie biorącej udział w DMP z zakresu utrwalonego migotania przedsionków musiały średnio poczekać prawie dwa razy dłużej na świadczenie w DMP, licząc od pierwszego świadczenia bilansowego, czyli 32 dni (Wykres 42).

WYKRES 42 Średnia liczba dni pierwszego świadczenia bilansowego do pierwszego świadczenia w programie DMP dla trzech chorób kardiologicznych.

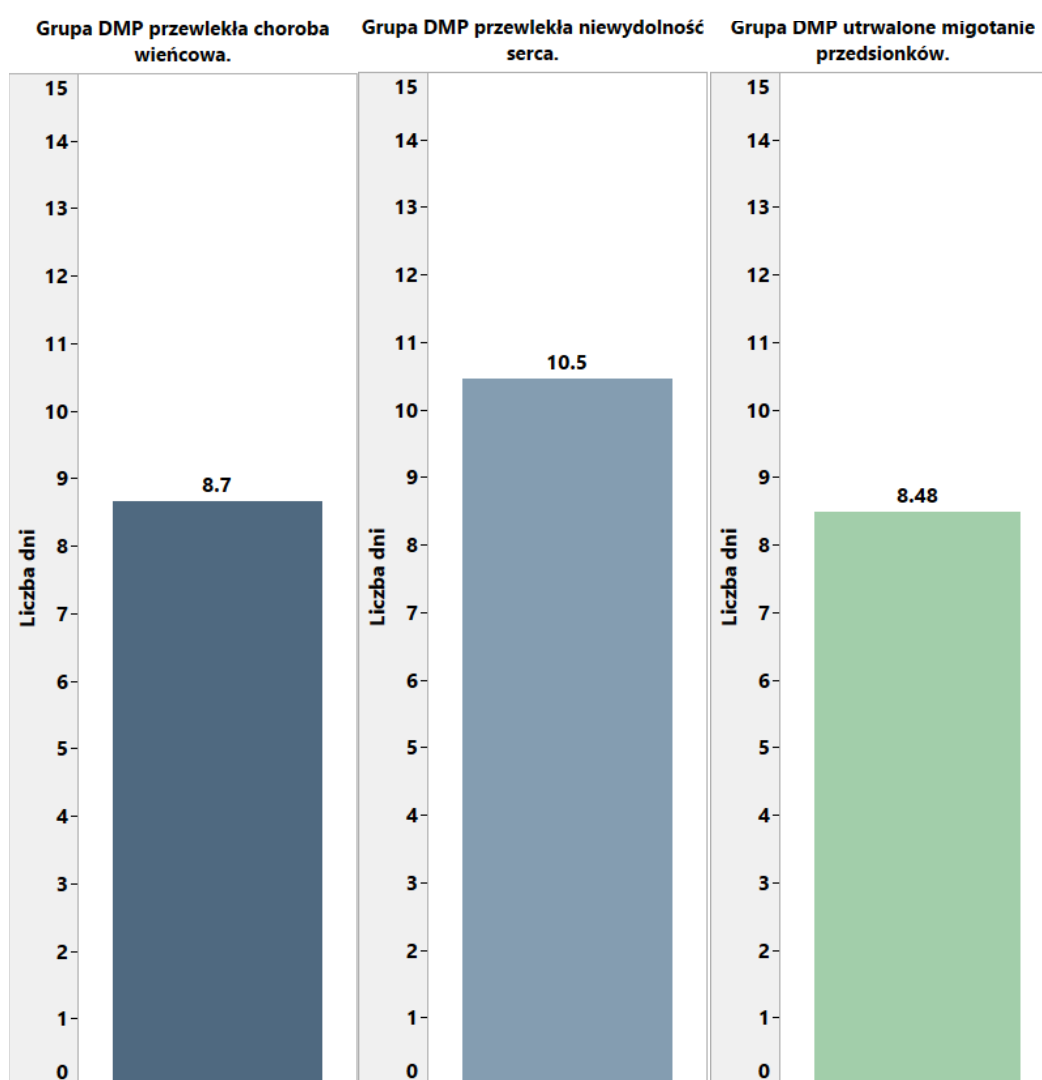


Źródło: Analiza Banku Światowego na podstawie danych NFZ

Czas oczekiwania na pierwsze badanie w programie zarządzania chorobą (DMP)

W przypadku badań oferowanych w ramach DMP (diagnostycznych, diagnostycznych wysokospecjalistycznych oraz badań laboratoryjnych), średni czas oczekiwania wynosił 8.7 dnia w grupie DMP z zakresu choroby wieńcowej, przy czym 455 osób (78%) otrzymało świadczenie w pierwszym tygodniu. Około 75% (138) osób w grupie DMP z zakresu przewlekłej niewydolności serca zostało zbadanych w pierwszym tygodniu, a średni czas oczekiwania na badanie wynosił 10.5 dnia. W przypadku pacjentów DMP z zakresu migotania przedsionków było to 8.5 dnia, a 289 osób (76%) otrzymało świadczenie w pierwszym tygodniu (Wykres 43).

WYKRES 43 Średnia liczba dni od podpisania zgody na uczestnictwo w POZ Plus, a pierwszym badaniem diagnostycznym w ramach programu DMP



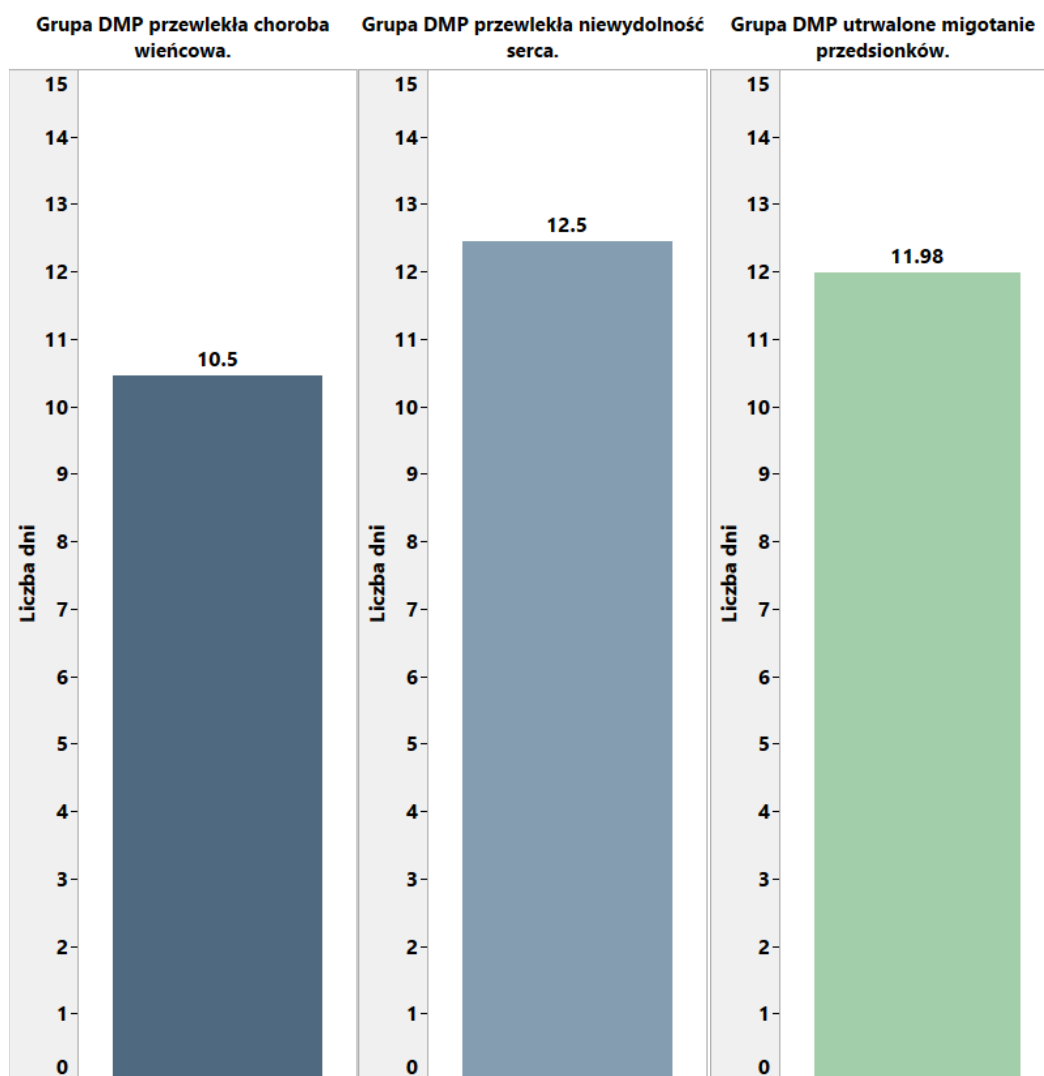
Źródło: Analiza Banku Światowego na podstawie danych NFZ

Czas oczekiwania na poradę kompleksową w programie zarządzania chorobą (DMP)

Siedemdziesiąt osiem procent osób (386 chorych) będących w grupie DMP z zakresu migotania przedsionków odbyło poradę kompleksową w przeciągu tygodnia od podpisania zgody na udział w projekcie POZ Plus, w grupie z niewydolnością serca było to 77% pacjentów (210), a w przypadku choroby wieńcowej – 81% (687 osób).

Natomiast średnio na poradę kompleksową osoby będące w grupie DMP z zakresu migotania przedsionków czekały 12 dni, z niewydolnością serca 12.5 dni, a w przypadku choroby wieńcowej – 10.5 dnia (Wykres 44).

WYKRES 44 Średnia liczba dni od podpisania zgody na uczestnictwo w POZ Plus, a pierwszym świadczeniem w ramach porady kompleksowej dla trzech chorób kardiologicznych



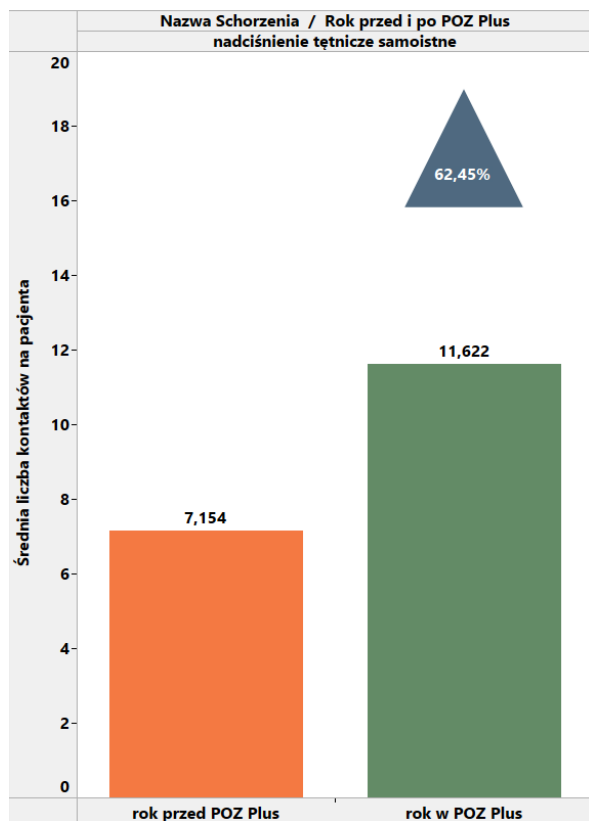
Źródło: Analiza Banku Światowego na podstawie danych NFZ

5. Nadciśnienie tętnicze

Wśród wszystkich pacjentów projektu POZ Plus, nadciśnienie tętnicze ma zdiagnozowane i zareportowane 16 292 osób¹⁶. Osób objętych DMP z zakresu nadciśnienia tętniczego jest natomiast 9 548. Pacjentów objętych DMP z zakresu nadciśnienia tętniczego i jednocześnie chorujących na co najmniej jedną z chorób kardiologicznych, jest 964. Z grupy wszystkich osób biorących udział w programie DMP ww. zakresem niecałe 21% odbyło bilans zdrowia, z czego niecała jedna trzecia (28%) skorzystała z tego świadczenia przed podpisaniem zgody na wejście do jakiegokolwiek programu DMP w zakresie kardiologii.

W przypadku pacjentów będących w DMP z zakresu nadciśnienia tętniczego, średnia liczba wizyt w POZ wzrosła o około 62% (od 7 wizyt na pacjenta w roku przed wdrożeniem projektu, do ponad 11 wizyt po wdrożeniu projektu POZ Plus). W przypadku wizyt POZ podczas projektu POZ Plus, wzięto pod uwagę standardowe wizyty w POZ (kod rodzaju świadczeń 1) oraz świadczenia w ramach projektu POZ Plus (kod 18) (Wykres 45).

WYKRES 45 Średnia liczba wizyt w POZ pacjentów będących w programie DMP z nadciśnieniem tętniczym.

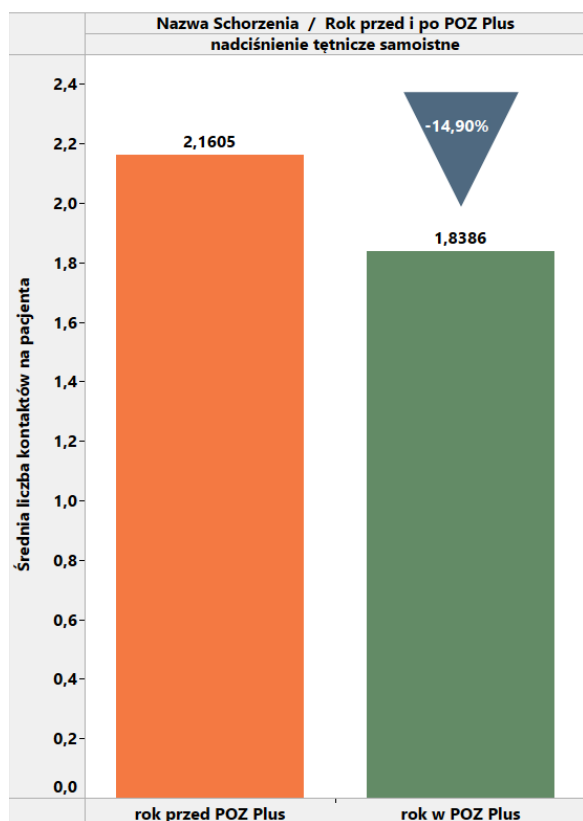


¹⁶ Beneficjenci programu POZ Plus, którzy od 2015 r. pojawili się na jakimkolwiek poziomie opieki, z kodem głównym ICD10: I10-13

Źródło: Analiza Banku Światowego na podstawie danych NFZ

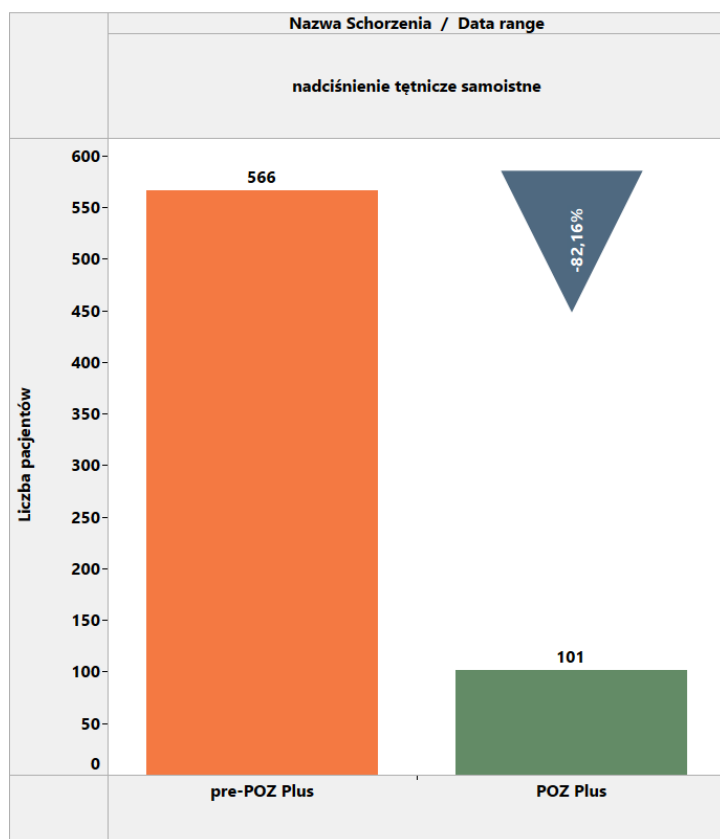
Na poziomie opieki specjalistycznej widoczny był nieznaczny spadek w średniej liczbie udzielanych świadczeń oraz liczbie pacjentów, która pojawiła się w AOS z głównym rozpoznaniem będącym związanym z nadciśnieniem tętniczym (kody I10 do I13). Spadek ten był z 2 wizyt na pacjenta w roku poprzedzającym projekt POZ Plus do 1,8 wizyty w roku, w którym wykonywano świadczenia POZ Plus. Liczba pacjentów korzystających z AOS w zakresie nadciśnienia spadła o 70% w porównaniu z okresem przed wdrożeniem projektu POZ Plus (od 2015 roku). Projekt zakłada, że pacjent ma ograniczyć świadczeniodawców opieki w zakresie DMP do pracowników POZ oraz współpracujących z nimi w ramach projektu specjalistów. Natomiast, z poniższej przedstawionych danych wynika, że 622 osoby odwiedziły AOS z powodu nadciśnienia po rozpoczęciu DMP w zakresie tej właśnie choroby (Wykres 46).

WYKRES 46 Średnia liczba wizyt AOS dla pacjentów z nadciśnieniem tętniczym będących w programie DMP rok przed wdrożeniem POZ Plus oraz w trakcie realizacji POZ Plus.



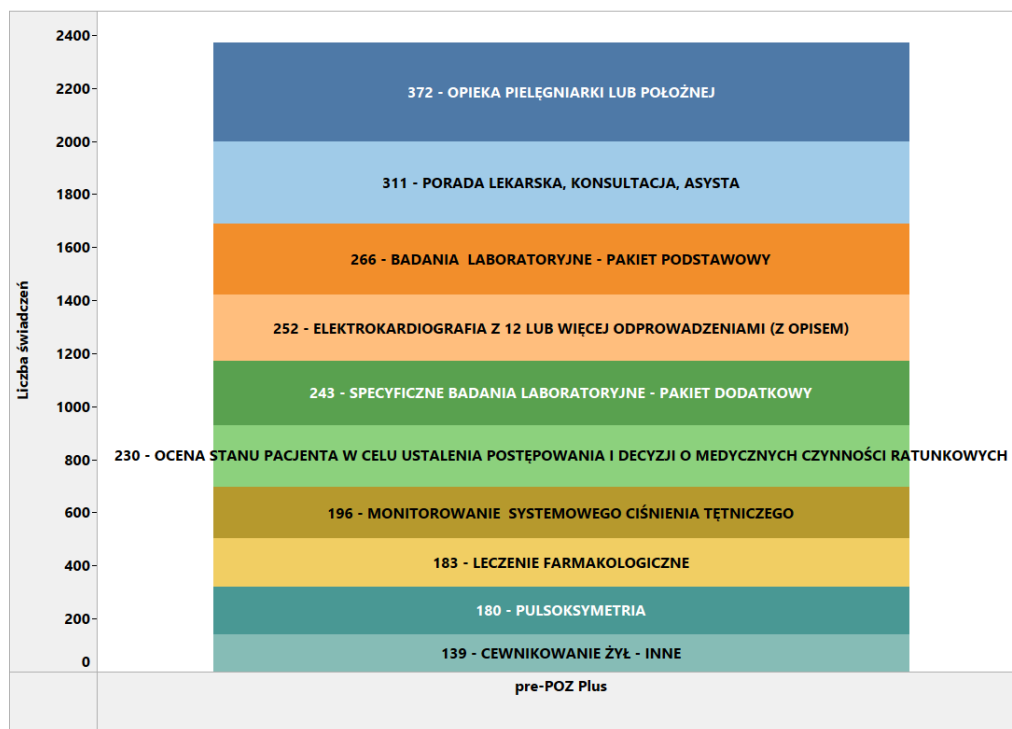
Źródło: Analiza Banku Światowego na podstawie danych NFZ

W zakresie leczenia szpitalnego związanego z nadciśnieniem tętniczym, od 2015 roku do momentu rozpoczęcia projektu POZ Plus, 566 osób odwiedziło szpital z rozpoznaniem głównym, jakim było nadciśnienie tętnicze. Po wdrożeniu projektu, 101 osób skorzystało ze świadczeń szpitalnych. Należy pamiętać, że analizowany okres przed wdrożeniem projektu POZ Plus jest dłuższy (ok. 3 lata) od okresu analizowanego po wdrożeniu projektu POZ Plus (około 1 rok) (Wykres 47).

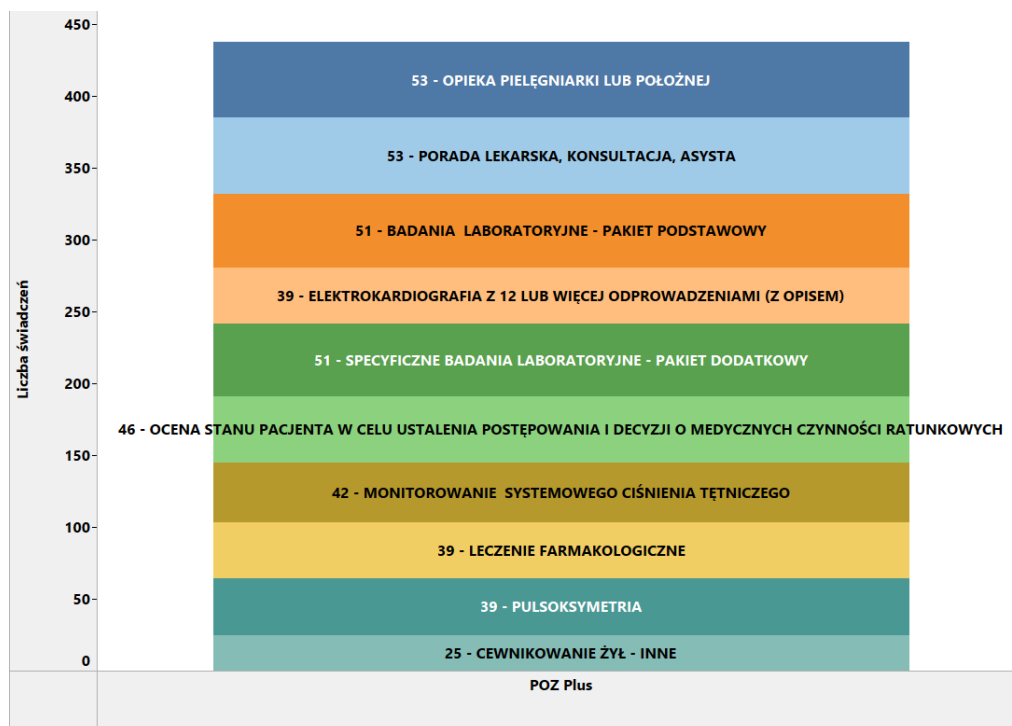
WYKRES 47 Liczba osób raportowanych w szpitalach, z rozpoznaniem tętniczym od 2015 roku do roku realizacji POZ Plus.

Źródło: Analiza Banku Światowego na podstawie danych NFZ

Rodzaj wykorzystywanych świadczeń podczas wizyt w szpitalu nie zmienił się po wdrożeniu projektu. Zarówno w okresie trzech lat przed rozpoczęciem projektu POZ Plus, jak i w ciągu roku jego realizacji, pacjenci szpitalni z rozpoznaniem nadciśnienia tętniczego, otrzymywali opiekę pielęgniarską, porady lekarskie, badania laboratoryjne itp., w takim samym natężeniu i proporcjach (Wykres 48 i 49).

WYKRES 48 Dziesięć najczęstszych rodzajów świadczeń szpitalnych dla pacjentów z nadciśnieniem przed POZ Plus.

Źródło: Analiza Banku Światowego na podstawie danych NFZ

WYKRES 49 Dziesięć najczęstszych rodzajów świadczeń szpitalnych dla pacjentów z nadciśnieniem w trakcie POZ Plus.

Źródło: Analiza Banku Światowego na podstawie danych NFZ

6. Porównanie czasu oczekiwania na świadczenia przed i po wdrożeniu projektu POZ Plus

Założenia do analizy czasu oczekiwania na świadczenia

Znalezienie precyzyjnych punktów początkowych i końcowych procesu leczenia, przy ograniczonej i niepełnej często sprawozdawczości, jest trudnym zadaniem. W celu próby analizy czasu oczekiwania pacjenta od podejrzenia diagnozy do pierwszego kontaktu związanego z procesem leczenia, wzięto pod uwagę dane raportowane przez POZ i informacje o pacjentach będących pod opieką POZ Plus, raportowane przez jednostki AOS. Poniższe szacunki należy traktować jako przybliżenie.

Jako podejrzenie rozpoznania choroby w POZ („POZ”) pod uwagę wzięto pierwszy kontakt pacjenta w POZ (kod rodzaju świadczenia 1) z kodem głównym ICD10 odpowiadającym danej chorobie. Dane na temat aktywności pacjentów ograniczały się do okresu: styczeń 2015 r. – czerwiec 2019 r. Kontakty poza tym okresem, również wcześniejsze, nie zostały uwzględnione w analizie.

Jako najwcześniejszy kontakt AOS („AOS”) wzięto pod uwagę najbliższą datę kontaktu w AOS (rodzaj świadczenia 2) z kodem ICD10 rozpoznania głównego odpowiadającym chorobie DMP, od daty kontaktu w POZ z pierwszym podejrzeniem rozpoznania choroby („POZ”). Dane na temat aktywności pacjentów ograniczały się do okresu: styczeń 2015 r. – czerwiec 2019 r. Kontakty poza tym okresem, również wcześniejsze, nie zostały uwzględnione w analizie.

„Świadczenie w DMP” to data jakiegokolwiek świadczenia (porada/konsultacja/badanie/wizyta), które pacjent otrzymał w ramach DMP, najbliższe dacie podpisania zgody na udział w projekcie POZ Plus.

„Pierwsze świadczenie bilansowe” to data jakiegokolwiek świadczenia (porada/badanie/wizyta), które pacjent otrzymał w ramach profilaktycznych świadczeń bilansowych, najbliższa dacie podpisania zgody na udział w projekcie POZ Plus.

„DMP porada kompleksowa” to data najwcześniejszego kontaktu, którego produktem była porada kompleksowa w DMP, liczona od daty podpisania zgody na udział w projekcie POZ Plus.

„DMP badanie” to data najwcześniejszego kontaktu, którego produktem było badanie w DMP, liczona od daty podpisania zgody na udział w projekcie POZ Plus.

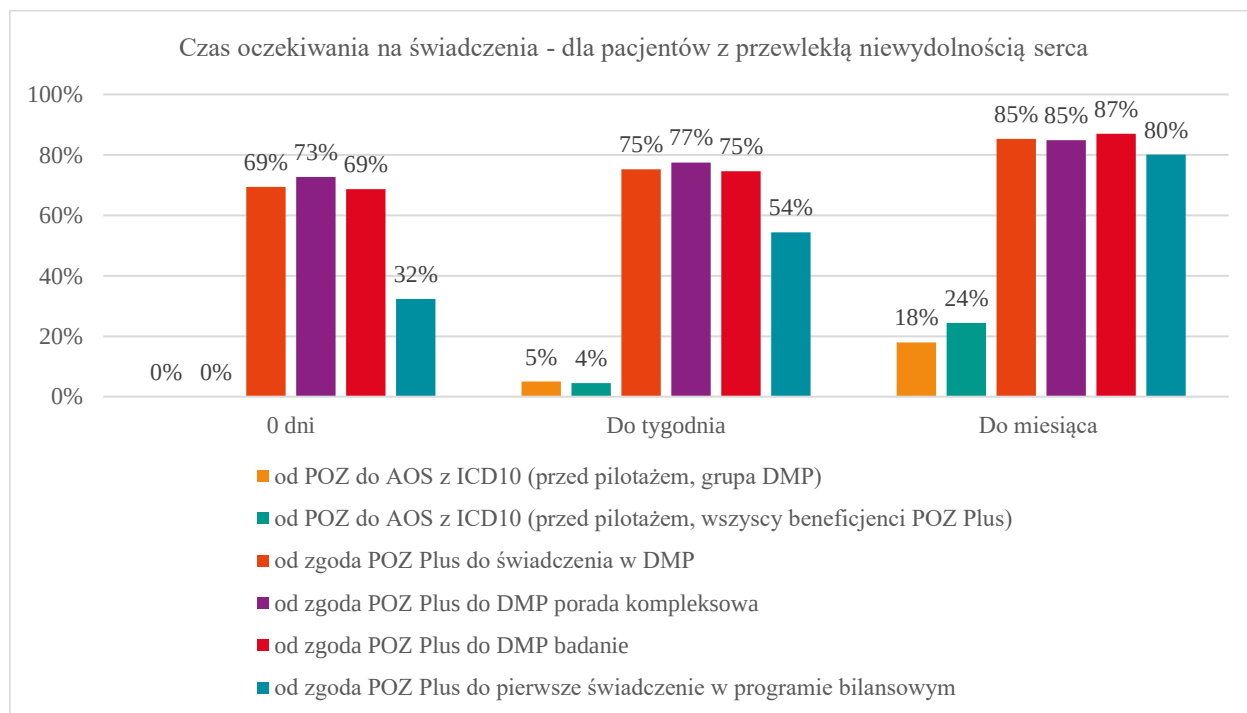
W ramach DMP, stanowiącego część projektu POZ Plus, ponad 77% osób otrzymało indywidualny plan opieki medycznej w przeciągu tygodnia od podpisania zgody na udział w POZ Plus. Porównano czas oczekiwania na świadczenia adresowane do pacjentów z przewlekłą niewydolnością serca między „starym” modelem opieki POZ, a nowym modelem opieki zaproponowanym w ramach projektu POZ Plus. W nowym modelu opieki koordynowanej zauważono szybszy dostęp do świadczeń. W „starym” modelu opieki opartym głównie na świadczeniach AOS, tylko 5% pacjentów otrzymało opiekę specjalistyczną w przeciągu tygodnia od jej pierwszego zdiagnozowania w POZ (Tabela 2, Wykres 50).

Tabela 2. Liczba i procent pacjentów według czasu oczekiwania na wybrane świadczenia - przewlekła niewydolność serca.

	0 dni	Do tygodnia	Do miesiąca
od „POZ” do „AOS” z ICD10 (przed pilotażem, grupa DMP)	0%	5% (2)	17,95% (7)
od „POZ” do „AOS” z ICD10 (przed pilotażem, wszyscy beneficjenci POZ Plus)	0%	4,44% (2)	24,4% (11)
od „zgoda POZ Plus” do „świadczenie w DMP”	69,42% (227)	75,23% (246)	85,32% (279)
od „zgoda POZ Plus” do „DMP porada kompleksowa”	72,69% (197)	77,49% (210)	84,87% (230)
od „zgoda POZ Plus” do „DMP badanie”	68,65% (127)	74,59% (138)	87,03% (161)
od „zgoda POZ Plus” do „pierwsze świadczenie w programie bilansowym”	32,35% (22)	54,4% (37)	80,1% (55)

Źródło: Analiza Banku Światowego na podstawie danych NFZ

WYKRES 50 Czas oczekiwania na świadczenia (% pacjentów) - Przewlekła niewydolność serca.



Źródło: Analiza Banku Światowego na podstawie danych NFZ

Szybciej też otrzymali jakąś formę świadczenia pacjenci z utrwalonym migotaniem przedsionków. W ramach „starego modelu” opieki, wśród pacjentów cierpiących na utrwalone migotanie przedsionków, tylko 4% wszystkich beneficjentów POZ Plus otrzymało opiekę specjalistyczną w przeciągu tygodnia, a około ćwierć - do miesiąca. W nowym mo-

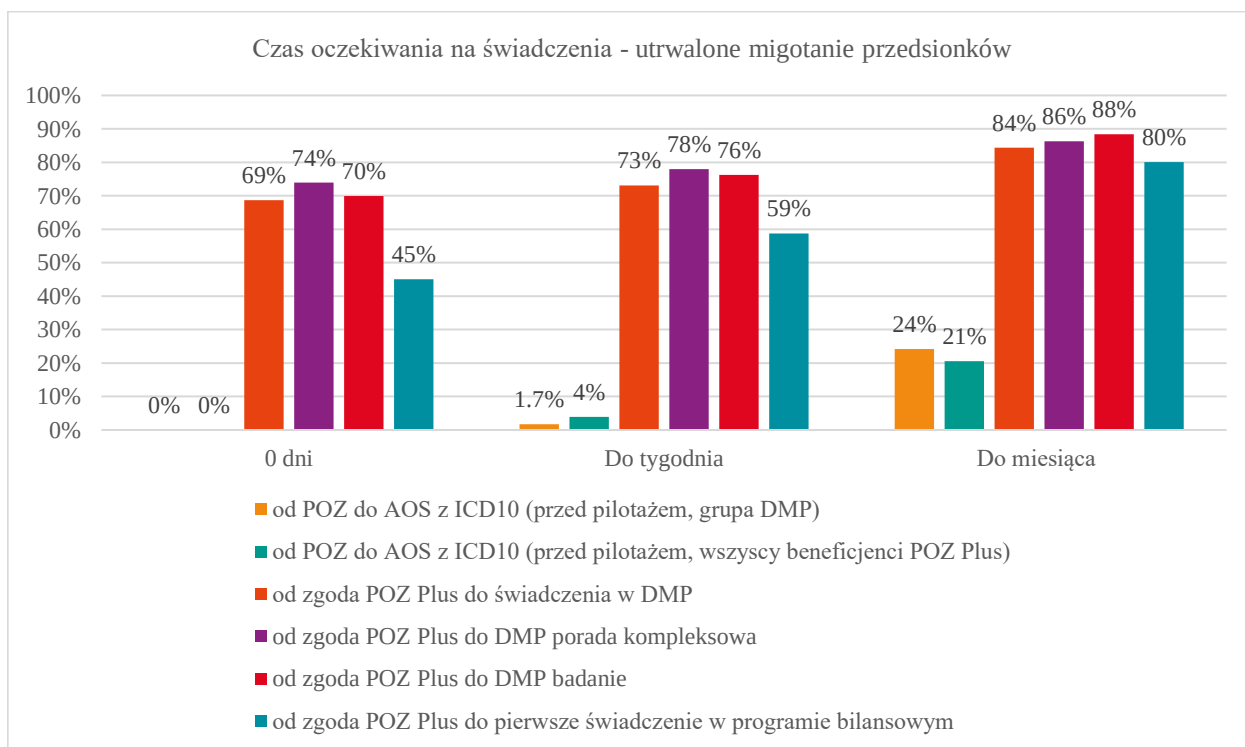
delu POZ Plus, 74% pacjentów w grupie DMP z zakresu migotania przedsionków odbyło poradę kompleksową tego samego dnia, którego podpisało zgodę na przystąpienie do projektu POZ Plus, a 78% w przeciągu tygodnia od jej podpisania (Tabela 3, Wykres 51).

Tabela 3 Liczba i procent pacjentów według czasu oczekiwania na wybrane świadczenia - utrwalone migotanie przedsionków.

	0 dni	Do tygodnia	Do miesiąca
od „POZ” do „AOS” z ICD10 (przed pilotażem, grupa DMP)	0.00%	1.70% (2)	24.23% (27)
od „POZ” do „AOS” z ICD10 (przed pilotażem, wszyscy beneficjenci POZ Plus)	0.00%	3.90% (10)	20.55% (52)
od „zgoda POZ Plus” do „świadczenie w DMP”	68.71% (404)	73.13% (430)	84.35% (496)
od „zgoda POZ Plus” do „DMP porada kompleksowa”	73.94% (366)	77.98% (386)	86.26% (427)
od „zgoda POZ Plus” do „DMP badanie”	69.92% (265)	76.25% (289)	88.39% (335)
od „zgoda POZ Plus” do „pierwsze świadczenie w programie bilansowym”	45.02% (95)	58.77% (124)	80.09% (169)

Źródło: Analiza Banku Światowego na podstawie danych NFZ

WYKRES 51 Czas oczekiwania na świadczenia (% pacjentów) - migotanie przedsionków.



Źródło: Analiza Banku Światowego na podstawie danych NFZ

Tę samą zależność, wskazującą na szybszy dostęp do świadczeń, zauważono w przypadku świadczeń w zakresie przewlekłej choroby wieńcowej. W przypadku projektu POZ Plus, 78% osób w grupie DMP z zakresu choroby wieńcowej odbyło poradę kompleksową tego samego dnia, którego podpisało zgodę na POZ Plus, a 78% osób odbyło pierwsze badanie w ramach DMP w przeciągu tygodnia. Wśród wszystkich beneficjentów projektu

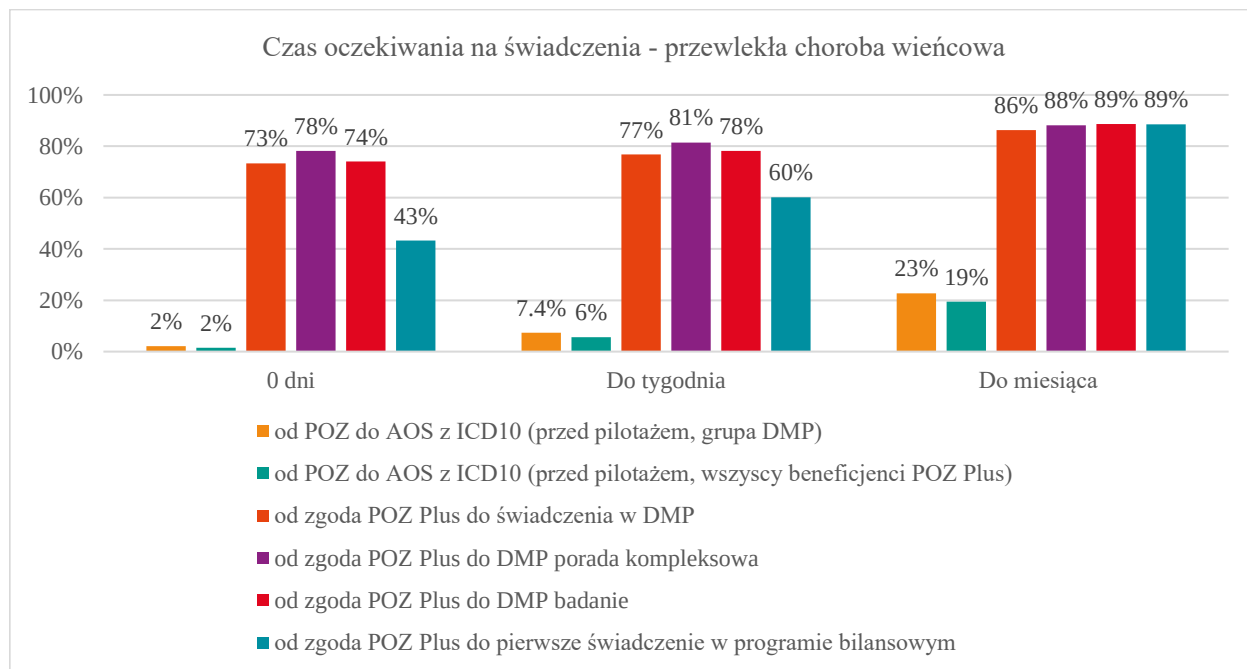
POZ Plus, w okresie przed wdrożeniem pilotażu, 5,7% pacjentów czekało na świadczenia AOS w tej chorobie nie więcej niż tydzień, a około 20% nie więcej niż miesiąc. Wynika z tego, że około 80% pacjentów otrzymało opiekę specjalistyczną w przewlekłej chorobie wieńcowej poniżej miesiąca, od podejrzenia rozpoznania w POZ (Tabela 4, Wykres 52).

Tabela 4. Liczba i procent pacjentów według czasu oczekiwania na wybrane świadczenia - przewlekła choroba wieńcowa.

	0 dni	Do tygodnia	Do miesiąca
od „POZ” do „AOS” z ICD10 (przed pilotażem, grupa DMP)	2,18% (5)	7,42% (17)	22,70% (52)
od „POZ” do „AOS” z ICD10 (przed pilotażem, wszyscy beneficjenci POZ Plus)	1,50% (9)	5,65% (34)	19,47% (117)
od „zgoda POZ Plus” do „świadczenie w DMP”	73,34% (729)	76,76% (763)	86,32% (858)
od „zgoda POZ Plus” do „DMP porada kompleksowa”	78,17% (659)	81,49% (743)	88,14% (687)
od „zgoda POZ Plus” do „DMP badanie”	74,05% (431)	78,18% (455)	88,66% (516)
od „zgoda POZ Plus” do „pierwsze świadczenie w programie bilansowym”	43,24% (64)	60,14% (89)	88,51% (131)

Źródło: Analiza Banku Światowego na podstawie danych NFZ

WYKRES 52 Czas oczekiwania na świadczenia (% pacjentów) - przewlekła choroba wieńcowa.



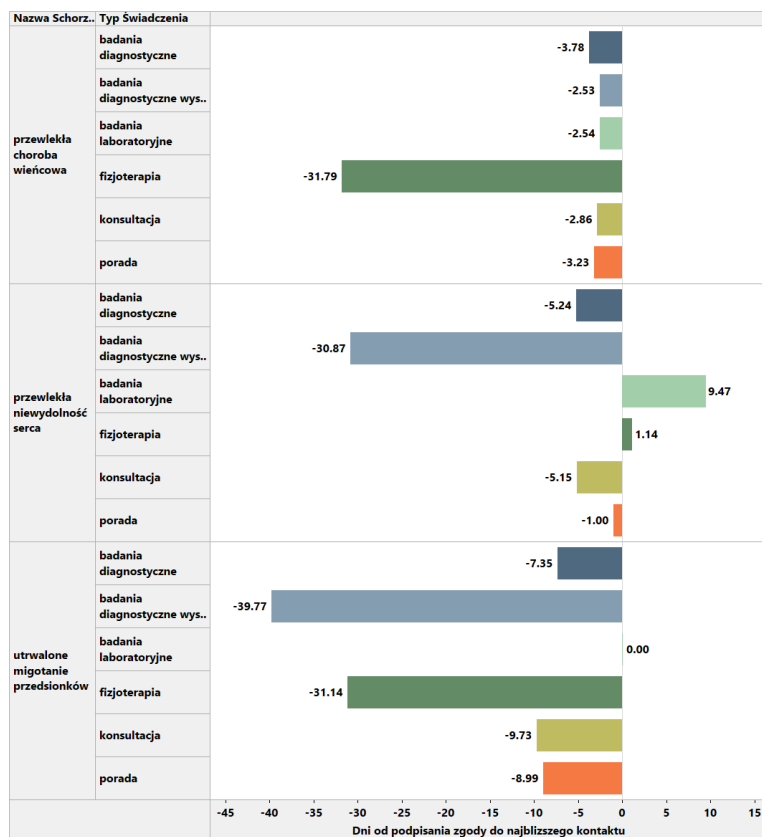
Źródło: Analiza Banku Światowego na podstawie danych NFZ

7. Ciekawe przypadki

Zauważono, że w niektórych przypadkach, data świadczenia AOS z kodem głównym kardiologicznym jest taka sama, jak data podpisania zgody na udział w DMP. Możliwe, że placówki wysyłają pacjentów w DMP do AOS znajdującego się w ich własnej placówce lub na odwrót.

Należy także zwrócić uwagę na fakt, że w wielu przypadkach, niezależnie od choroby, część świadczeń w ramach DMP dostarczana jest przed podpisaniem zgody pacjenta na wejście do ww. programu (Wykres 53).

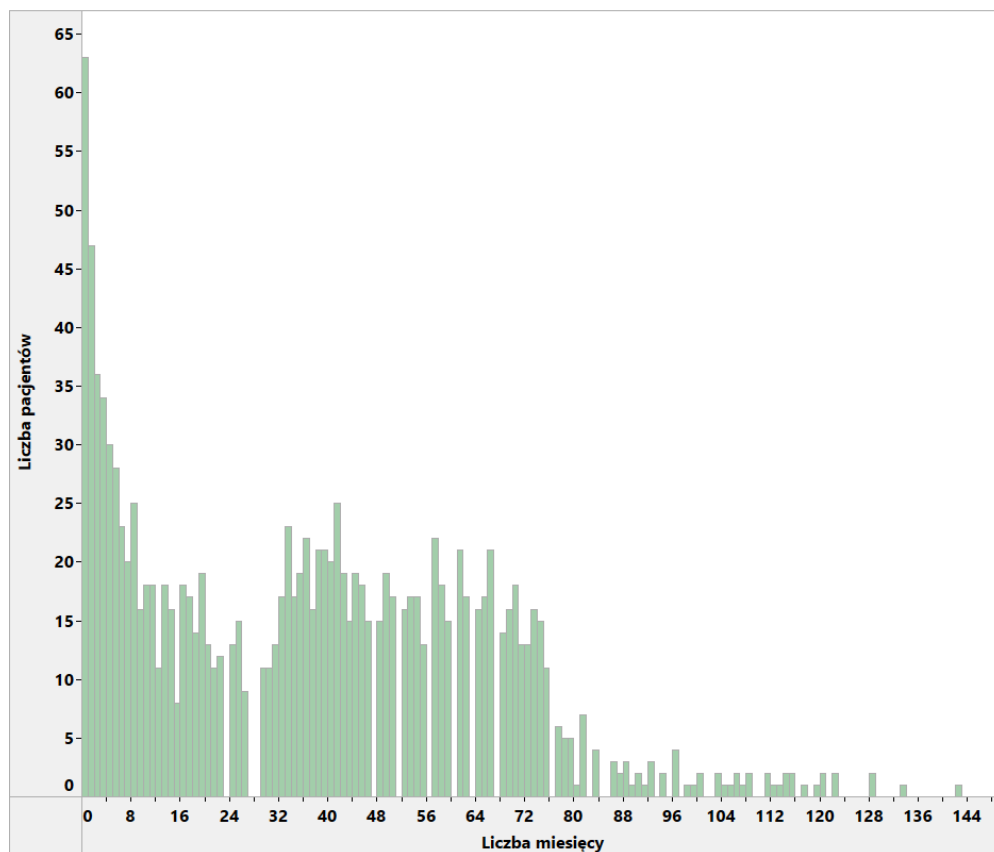
WYKRES 53 Średni czas oczekiwania na świadczenia w programie DMP mierzone od podpisania zgody na udział w danym programie



Źródło: Analiza Banku Światowego na podstawie danych NFZ

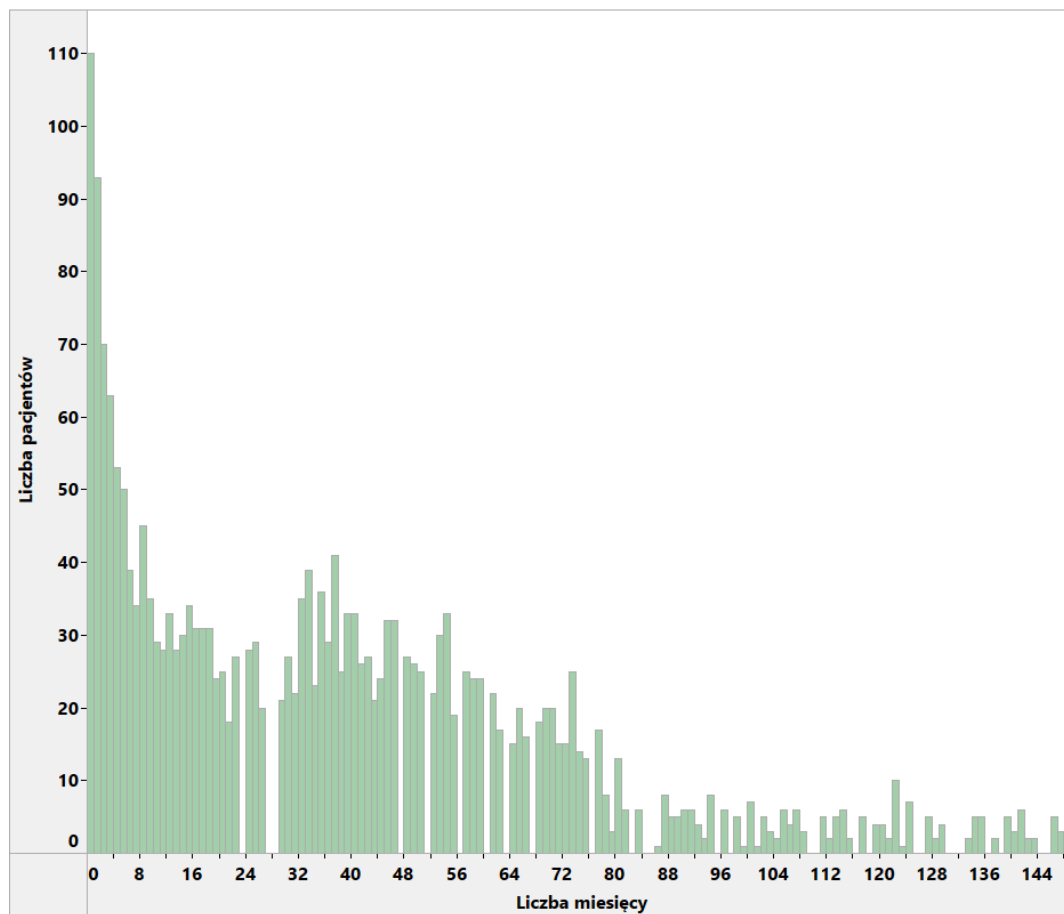
Część pacjentów, pomimo wejścia do DMP nadal korzysta ze świadczeń AOS. Wykresy 54, 55, 56 przedstawiają czas od wystawienia skierowania do wizyty w AOS, dla chorób układu krążenia objętych DMP. Większość pacjentów odnotowuje wizytę w AOS w pierwszym miesiącu od wystawienia zlecenia.

WYKRES 54 Czas (mierzony w miesiącach) od zlecenia do wizyty w AOS (kod główny choroby DMP) w grupie beneficjentów programu DMP w danej chorobie – przewlekła choroba wieńcowa.



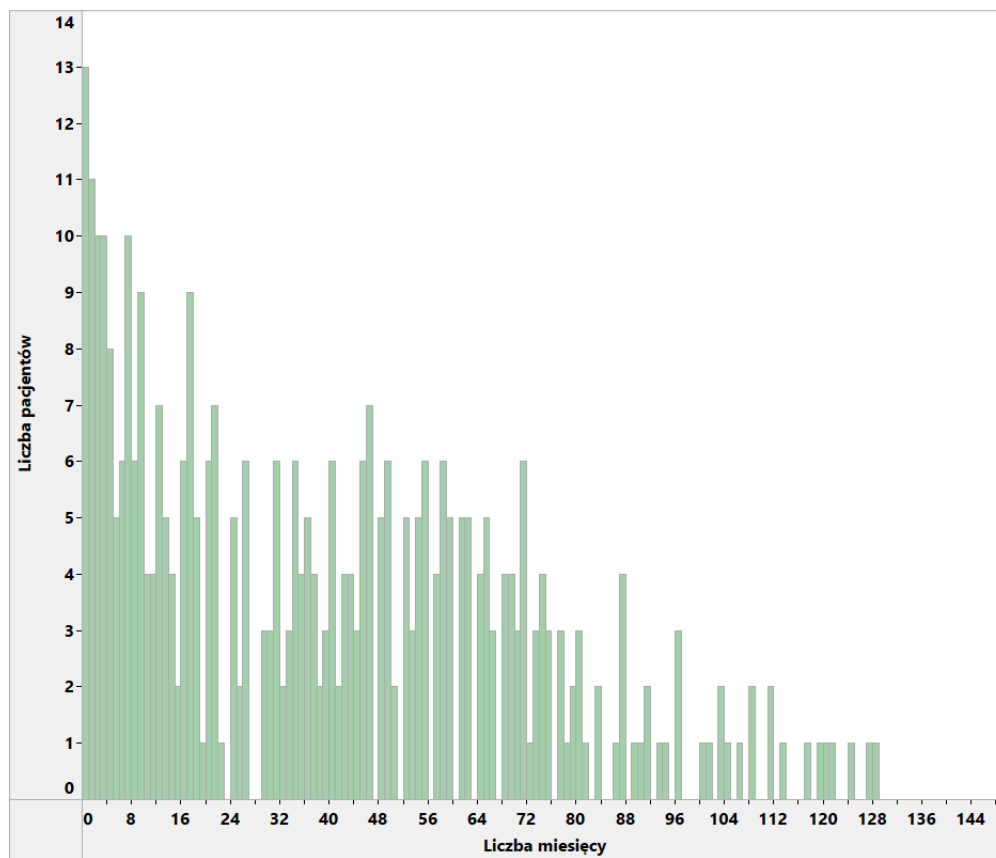
Źródło: Analiza Banku Światowego na podstawie danych NFZ

WYKRES 55 Czas (mierzony w miesiącach) od zlecenia do wizyty w AOS (kod główny choroby DMP) w grupie beneficjentów programu DMP w danej chorobie – utrwalone migotanie przedsionków.



Źródło: Analiza Banku Światowego na podstawie danych NFZ

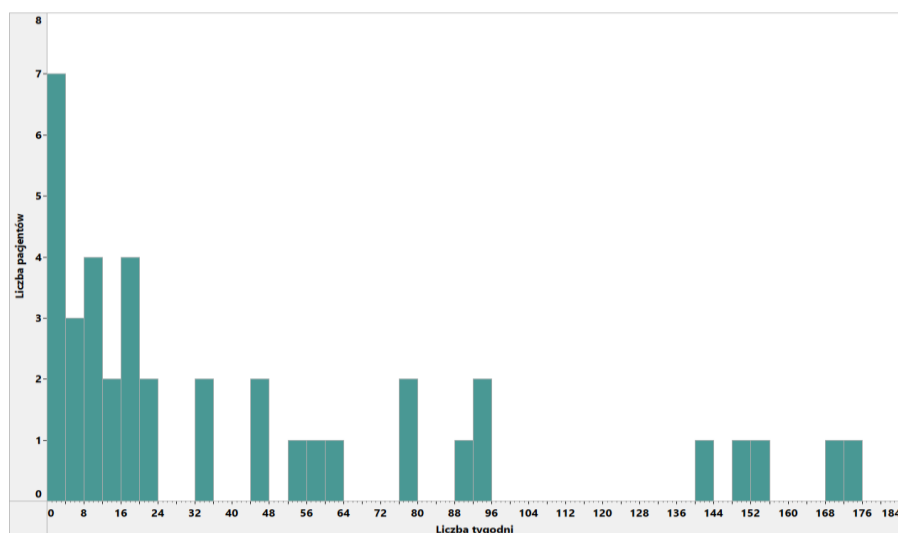
WYKRES 56 Czas (mierzony w miesiącach) od zlecenia do wizyty w AOS (kod główny choroby DMP) w grupie beneficjentów programu DMP w danej chorobie – przewlekła niewydolność serca.



Źródło: Analiza Banku Światowego na podstawie danych NFZ

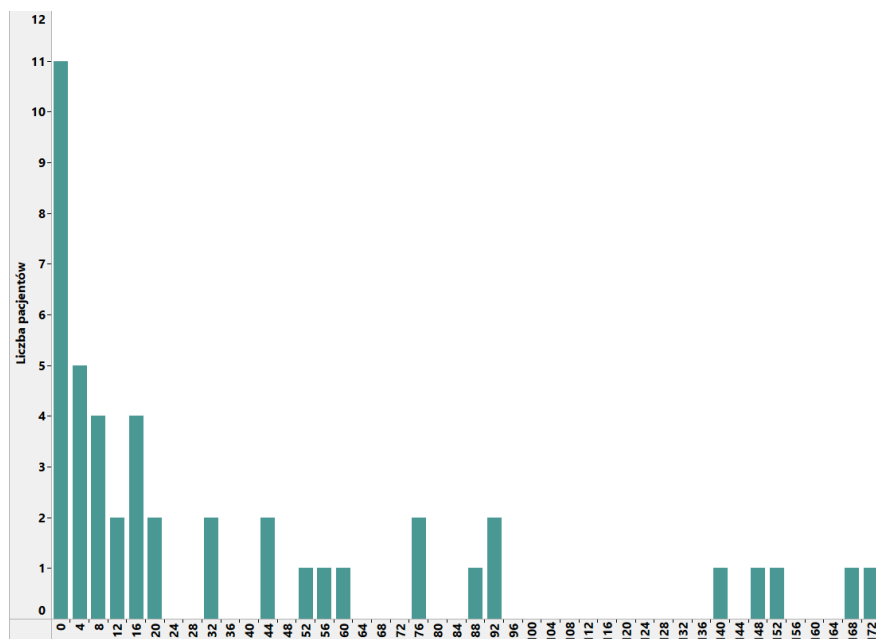
Kolejne wykresy przedstawiają czas mierzony w tygodniach pomiędzy pierwszą wizytą POZ z kodem głównym choroby, do najwcześniejszej wizyty AOS, z tym samym rozpoznaniem głównym. Wykresy te dotyczą wszystkich beneficjentów projektu POZ Plus z poszczególnymi chorobami układu krążenia (wykres 57-65).

WYKRES 57 Czas (w tygodniach) pomiędzy pierwszą wizytą POZ z kodem głównym choroby do najwcześniejszej wizyty AOS z tym samym rozpoznaniem głównym, osoby w grupie programu DMP dla danej choroby (okres od 2015 do podpisania zgody DMP) – przewlekła niewydolność serca.



Źródło: Analiza Banku Światowego na podstawie danych NFZ

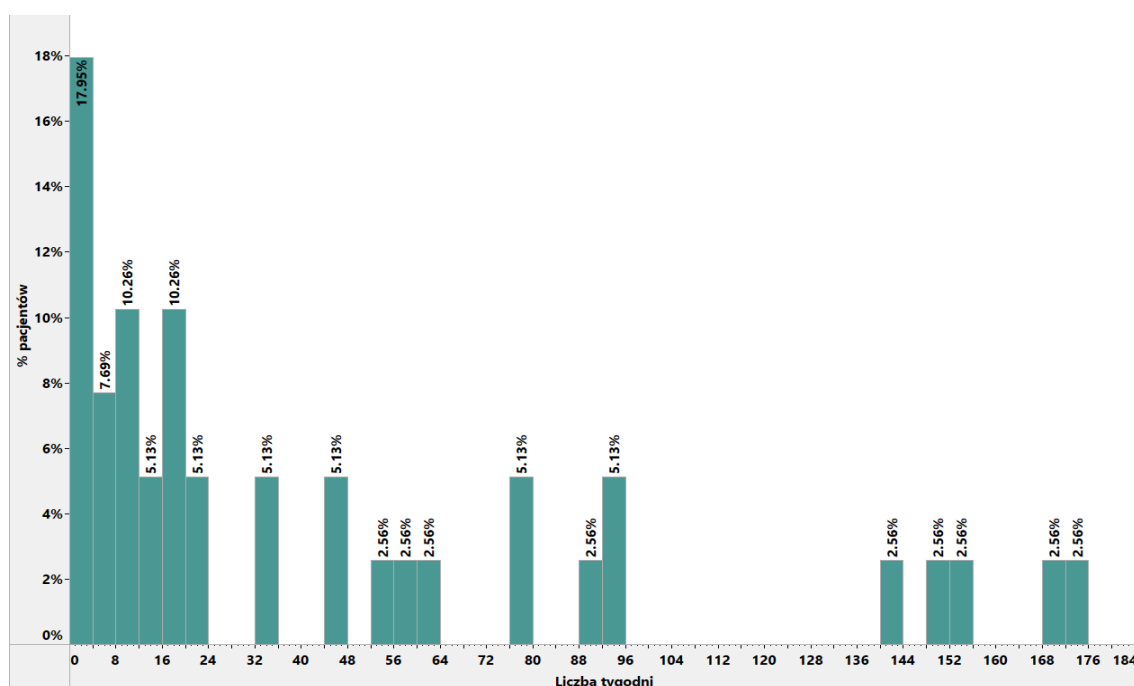
WYKRES 58 Czas (w tygodniach) pomiędzy pierwszą wizytą POZ z kodem głównym choroby do najwcześniejszej wizyty AOS z tym samym rozpoznaniem głównym, wszyscy beneficjenci POZ Plus (okres od 2015 do czerwca 2019) – przewlekła niewydolność serca.



Źródło: Analiza Banku Światowego na podstawie danych NFZ

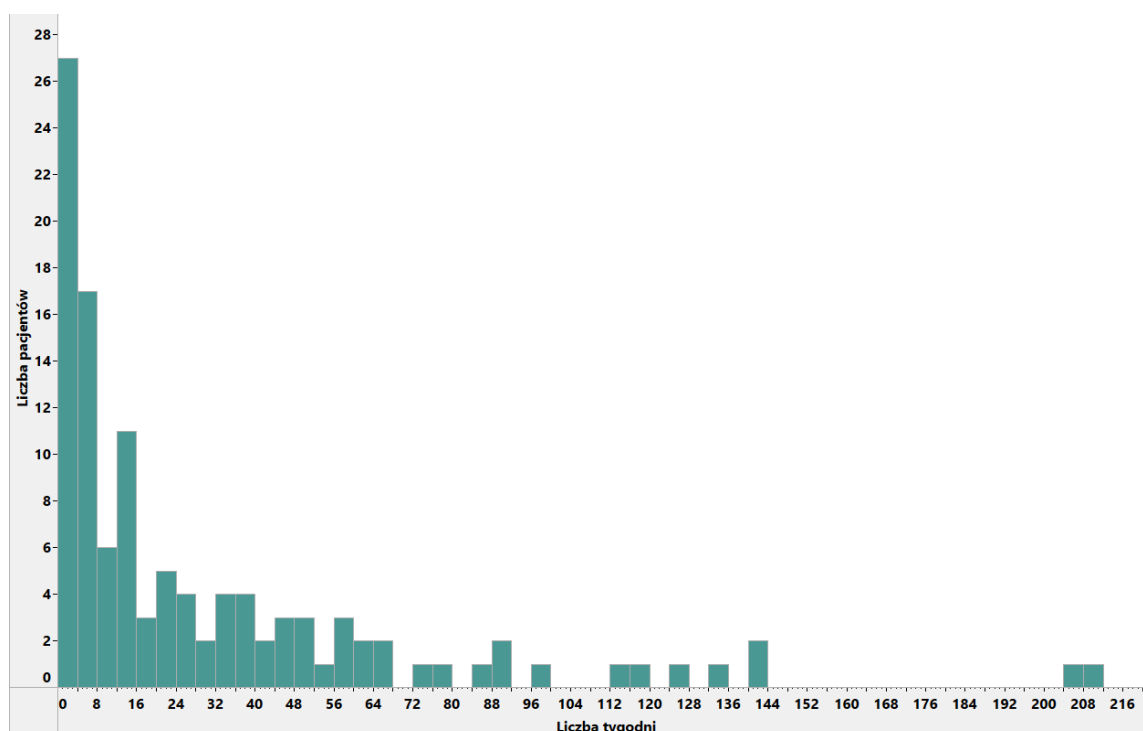
WYKRES 59 Czas (w tygodniach) pomiędzy pierwszą wizytą POZ z kodem głównym choroby do najwcześniejszej wizyty AOS z tym samym rozpoznaniem głównym, procent osób w grupie programu DMP dla danej choroby (okres od 2015 do podpisania zgody DMP)

– przewlekła niewydolność serca (N=39).



Źródło: Analiza Banku Światowego na podstawie danych NFZ

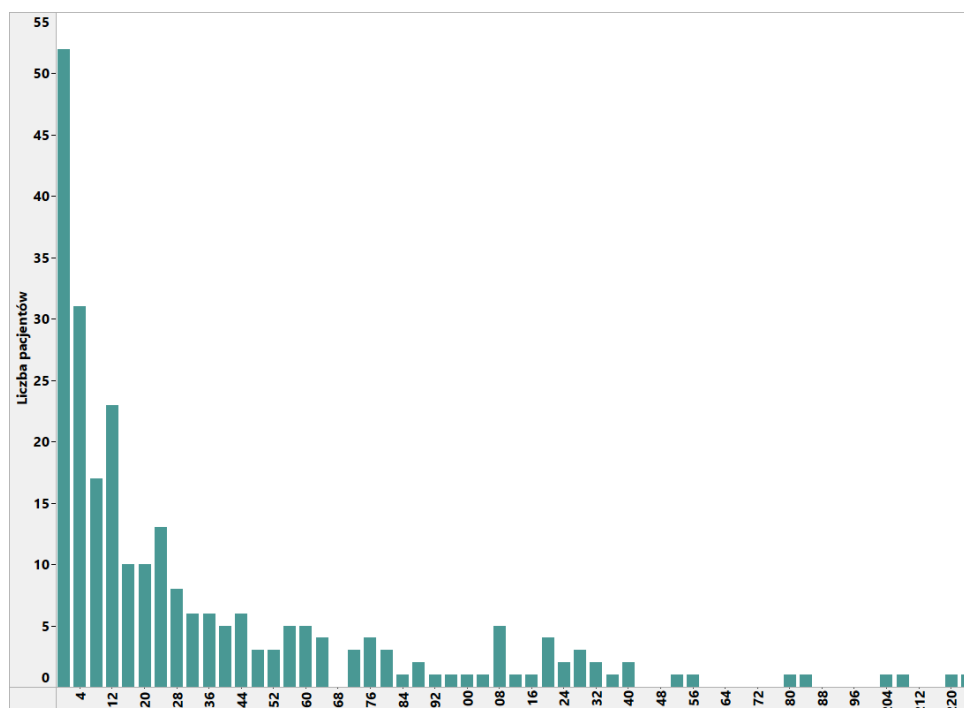
WYKRES 60 Czas (w tygodniach) pomiędzy pierwszą wizytą POZ z kodem głównym choroby do najwcześniejszej wizyty AOS z tym samym rozpoznaniem głównym, osoby w grupie programu DMP dla danej choroby (okres od 2015 do podpisania zgody DMP) – utrwalone migotanie przedsionków.



Źródło: Analiza Banku Światowego na podstawie danych NFZ

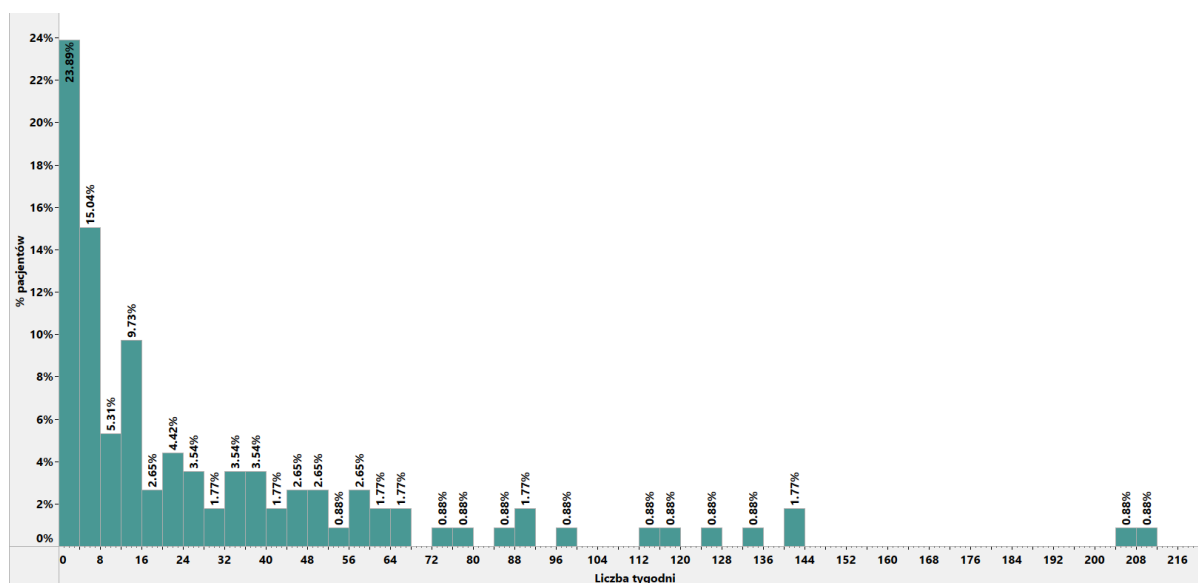
WYKRES 61 Czas (w tygodniach) pomiędzy pierwszą wizytą POZ z kodem głównym choroby do najwcześniejszej wizyty AOS z tym

samym rozpoznaniem głównym, wszyscy beneficjenci POZ Plus (okres od 2015 do czerwca 2019) – utrwalone migotanie przedsionków.



Źródło: Analiza Banku Światowego na podstawie danych NFZ

WYKRES 62 Czas (w tygodniach) pomiędzy pierwszą wizytą POZ z kodem głównym choroby do najwcześniejszej wizyty AOS z tym samym rozpoznaniem głównym, procent osób w grupie programu DMP dla danej choroby (okres od 2015 do podpisania zgody DMP) – utrwalone migotanie przedsionków (N=111)¹⁷

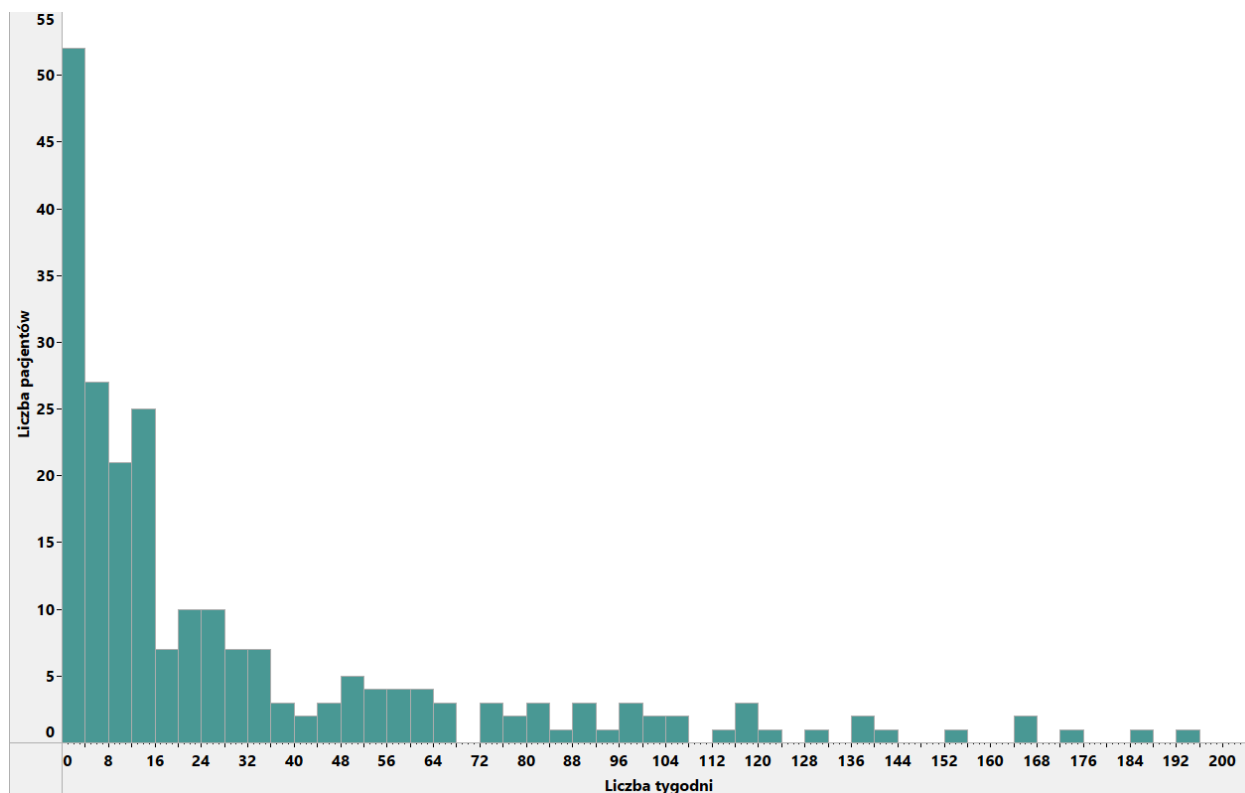


Źródło: Analiza Banku Światowego na podstawie danych NFZ

WYKRES 63 Czas (w tygodniach) pomiędzy pierwszą wizytą POZ z kodem głównym choroby do najwcześniejszej wizyty AOS z tym

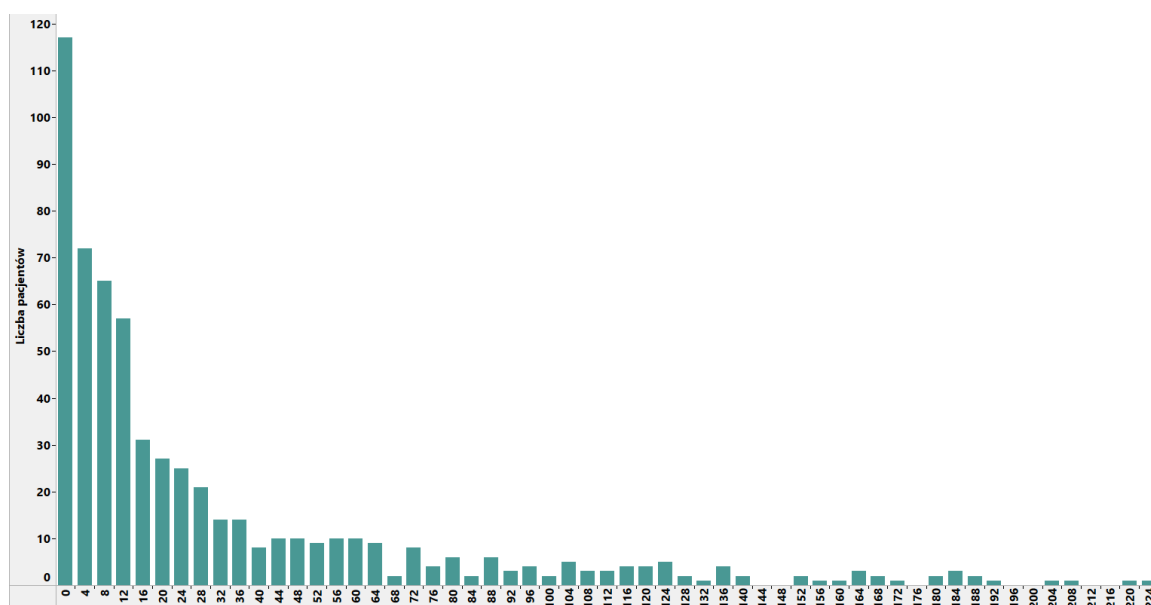
¹⁷ Różnice w liczbie N pacjentów DMP wynikają z eliminacji ID, dla których wartość daty wizyty AOS lub POZ z danym kodem nie istniała 'Null'. Dodatkowo, baza danych zawiera informacje o aktywności pacjenta od stycznia 2015r. Wizyty, które odbyły się wcześniej nie są analizowane.

samym rozpoznaniem głównym, osoby w grupie programu DMP dla danej choroby (okres od 2015 do podpisania zgody DMP) – przewlekła choroba wieńcowa



Źródło: Analiza Banku Światowego na podstawie danych NFZ

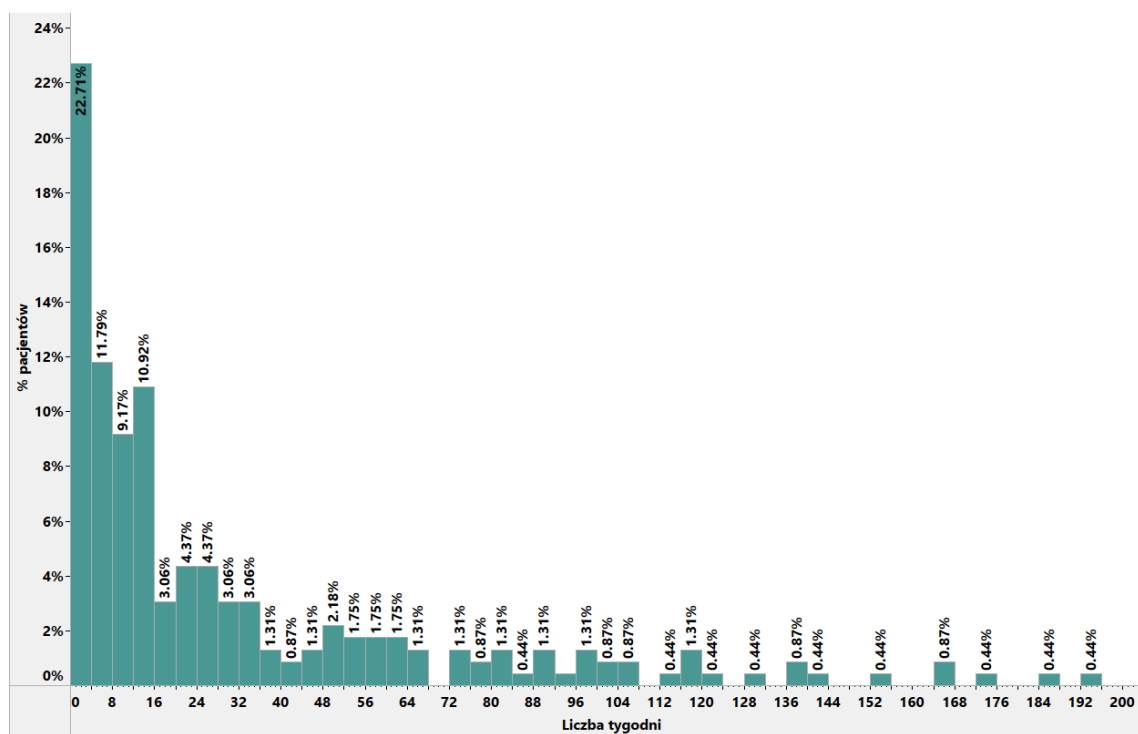
WYKRES 64 Czas (w tygodniach) pomiędzy pierwszą wizytą POZ z kodem głównym choroby do najwcześniejszej wizyty AOS z tym samym rozpoznaniem głównym, wszyscy beneficjenci POZ Plus (okres od 2015 do czerwca 2019) – przewlekła choroba wieńcowa



Źródło: Analiza Banku Światowego na podstawie danych NFZ

WYKRES 65 Czas (w tygodniach) pomiędzy pierwszą wizytą POZ z kodem głównym choroby do najwcześniejszej wizyty AOS z tym samym rozpoznaniem głównym, procent osób w grupie programu DMP dla danej choroby (okres od 2015 do podpisania zgody DMP)

– przewlekła choroba wieńcowa (N=229)



Źródło: Analiza Banku Światowego na podstawie danych NFZ