

ANALIZA



3.2.7 Raport okresowy POZ Plus

Wpływ pandemii
COVID-19 na
realizację programu
pilotażowego
POZ Plus

7



ANALIZA

3.2.7 Raport okresowy POZ Plus

Wpływ pandemii
COVID-19 na
realizację programu
pilotażowego
POZ Plus

7

© 2021 International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank
1818 H Street NW
Washington DC 20433
Telephone: 202-473-1000
Internet: www.worldbank.org

This work is a product of the staff of The World Bank with external contributions. The findings, interpretations, and conclusions expressed in this work do not necessarily reflect the views of The World Bank, its Board of Executive Directors, or the governments they represent.
The World Bank does not guarantee the accuracy of the data included in this work. The boundaries, colors, denominations, and other information shown on any map in this work do not imply any judgment on the part of The World Bank concerning the legal status of any territory or the endorsement or acceptance of such boundaries.

Rights and Permissions

The material in this work is subject to copyright. Because The World Bank encourages dissemination of its knowledge, this work may be reproduced, in whole or in part, for noncommercial purposes as long as full attribution to this work is given.
Any queries on rights and licenses, including subsidiary rights, should be addressed to World Bank Publications, The World Bank Group, 1818 H Street NW, Washington, DC 20433, USA; fax: 202-522-2625; e-mail: pubrights@worldbank.org.

Spis treści

Słownik pojęć i skrótów	4
Streszczenie	6
Wstęp	7
Metodologia	14
Wyniki	16
Wnioski	36

Słownik pojęć i skrótów

AP-PKUS	System Obsługi Procesu Koordynowanej Opieki Nad Pacjentem
AOS	Ambulatoryjna opieka specjalistyczna
ATC	Klasyfikacja anatomiczno-terapeutyczno-chemiczna
CT	Tomografia komputerowa (ang. <i>Computed Tomography</i>)
DMP	Program zarządzania chorobą (ang. <i>Disease Management Program</i>)
ICD9	Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych, wersja 9.
ICT	Technologie informacyjno-komunikacyjne (ang. <i>Information and Communication Technologies</i>)
IPPZ	Indywidualny Plan Postępowania Zdrowotnego
IPOM	Indywidualny Plan Opieki Medycznej
KLP	Koszty Leczenia Pacjenta
MRI	Rezonans magnetyczny (ang. <i>Magnetic Resonance Imaging</i>)
NFZ	Narodowy Fundusz Zdrowia
PET	Pozytonowa tomografia emisyjna (ang. <i>Positron Emission Tomography</i>)
POZ	Podstawowa opieka zdrowotna
UE	Unia Europejska
WHO	Światowa Organizacja Zdrowia (ang. <i>World Health Organization</i>)

Streszczenie

Wybuch epidemii COVID-19 wywarł wielki, ogromny lub decydujący wpływ na systemy opieki zdrowotnej na całym świecie, także w Polsce. Podczas gdy w kraju w reakcji na pandemię były podejmowane kolejne działania, w pozostałych obszarach systemu ochrony zdrowia również były odczuwane skutki wywołanego pandemią kryzysu w sferze zdrowia publicznego. Dotyczy to także realizacji i wykorzystania świadczeń w ramach programu pilotażowego podstawowej opieki zdrowotnej - POZ Plus.

Liczba świadczeń realizowanych w ramach POZ Plus zaczęła zmniejszać się w marcu, a najniższy poziom zanotowano w kwietniu, co pokrywa się z ogólnym trendem spadkowym wykorzystania świadczeń zarówno w sektorze podstawowej opieki zdrowotnej (POZ), jak i w sektorach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS) oraz opieki szpitalnej. W kwietniu 2020 r. w programie POZ Plus zanotowano 4500 świadczeń DMP oraz ok. 2000 świadczeń bilansowych, co w porównaniu z kwietniem 2019 r. stanowi spadek odpowiednio o 63 proc. i 74 proc. W kwietniu liczba nowych pacjentów zrekrutowanych do programu pilotażowego była bliska zeru; a w okresie od marca do czerwca 2020 r. podpisano zaledwie 909 nowych zgód na udział w programie.

Powrót do standardowego rytmu aktywności świadczeniodawców POZ rozpoczął się w maju, a w czerwcu zanotowano trend wzrostowy. Jednak dane z października prawdopodobnie wykażą kolejny spadek aktywności POZ Plus, ponieważ we wrześniu rozpoczęła się druga fala wzrostu zakażeń. Ponadto pandemia miała bardziej znaczący wpływ na realizację programu bilansowego niż na DMP. Jak można wnioskować najważniejszym zadaniem dla placówek było przywrócenie opieki nad pacjentami z chorobami przewlekłymi w obawie przed ryzykiem pogorszenia stanu pacjentów. Natomiast profilaktyka i promocja zdrowia wśród pacjentów w ramach świadczeń bilansowych stała się kwestią mniej istotną.

Kolejnym efektem pandemii było przyspieszenie wdrażania systemów teleinformatycznych, tj. opartych na technologiach informacyjno-komunikacyjnych (w skrócie ICT, z ang. information and communication technologies)¹ w programie pilotażowym (zwłaszcza w obszarze edukacji zdrowotnej), a także wyzwania związane z realizacją świadczeń w sytuacji ograniczonego kontaktu bezpośredniego między świadczeniodawcą a pacjentem. W okresie od kwietnia do czerwca ponad 56 proc. wizyt edukacyjnych w ramach programu badań bilansowych oraz ponad 40 proc. porad edukacyjnych w ramach programu zarządzania chorobą odbyło się w trybie zdalnym za pomocą narzędzi teleinformatycznych. Przed pandemią nie wykorzystywano komunikacji zdalnej podczas wizyt lekarskich, udzielania porad edukacyjnych czy jakichkolwiek innych świadczeń. Wyjątkiem od tej zasady były konsultacje między lekarzami w programie DMP bez udziału pacjenta.

¹ Przez systemy teleinformatyczne lub inne systemy łączności rozumie się technologie umożliwiające komunikację, w tym połączenia telefoniczne i wideo.

Wśród pacjentów POZ Plus zaobserwowano znaczący spadek liczby wykorzystanych świadczeń w pozostałych obszarach opieki zdrowotnej, tj. w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej i w opiece szpitalnej, co raportowano już w marcu. Jednocześnie liczba recept wystawionych w tej grupie pacjentów była w marcu 2020 r. o 20 proc. wyższa niż w 2019 r.; natomiast 17-proc. spadek w porównaniu z poprzednim rokiem zanotowano w kwietniu 2020 r. Natomiast w przeliczeniu na jednego pacjenta liczba recept w marcu i kwietniu była wyższa niż w roku 2019. Może to sugerować, że pacjenci chcieli się zabezpieczyć na czas zamknięcia gospodarki i wprowadzenia ograniczeń społecznych oraz obawiali się utrudnień w dostępie do leków. Zarówno w bieżącym, jak i poprzednim roku najwięcej recept wystawiono w związku z chorobami układu sercowo-naczyniowego: w 2019 r. było to 124 000, a w 2020 r. 122 000 recept.

Wstęp

Pilotaż POZ Plus

Model opieki koordynowanej powstał w efekcie konsultacji i dyskusji z ekspertami specjalizującymi się w dziedzinie zdrowia publicznego oraz w porozumieniu z przedstawicielami środowiska medycznego i pacjentami. Ten nowatorski model opieki oferuje pacjentom szerszy zakres świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej (POZ), w tym kompleksową opiekę nad pacjentami z często występującymi chorobami przewlekłymi.

Podstawowym celem jest poszerzenie zakresu i usprawnienie modelu realizacji świadczeń w oparciu o potrzeby zdrowotne korzystającej z niego ludności poprzez wysoką jakość świadczeń – aktywną opiekę zdrowotną realizowaną na rzecz pacjentów niezależnie od ich stanu zdrowia, a także kompleksowe łączenie profilaktyki z leczeniem.

Oprócz tradycyjnego pakietu świadczeń POZ w skład programu POZ Plus wchodzi:

(a) profilaktyczne świadczenia bilansowe oraz (b) program zarządzania chorobą (ang. DMP).

- a) **Profilaktyczne świadczenia bilansowe obejmują bilans zdrowia (badanie podmiotowe i przedmiotowe realizowane w oparciu o** kwestionariusz bilansowy oraz pakiet badań diagnostycznych w wersji podstawowej lub pogłębionej), a także wizyty edukacyjne ukierunkowane na rozpoznane czynniki ryzyka i wskazania diagnostyczno-terapeutyczne. Zasadniczym celem badań bilansowych jest identyfikacja pacjentów zdrowych i potencjalnie chorych (stratyfikacja populacji w oparciu o 4 statusy zdrowotne nadawane w podsumowaniu bilansu), co umożliwia zarządzanie liczbą i typem usług przewidzianych dla danej grupy pacjentów. W efekcie powstaje indywidualny plan postępowania zdrowotnego (IPPZ).
- b) Pacjent może trafić **do programu zarządzania chorobą** w następstwie wizyty bilansowej albo niezależnie od niej, a na podstawie dokumentacji medycznej bądź opinii o sytuacji zdrowotnej wydanej przez personel medyczny. DMP obejmuje jedenaście chorób przewlekłych. Pacjenci zakwalifikowani do DMP otrzymują wsparcie w kontroli danej choroby przewlekłej i koordynację na szczeblu POZ, dostęp do konsultacji specjalistycznych na podstawie umowy o współpracy, fizjoterapii i edukacji zdrowotnej. Na zlecenie NFZ zespół Uniwersytetu Medycznego w Łodzi opracował ścieżki diagnostyczno-terapeutyczne dla jedenastu wybranych chorób przewlekłych. Pacjenci w DMP powinni otrzymać wszystkie potrzebne świadczenia i wsparcie na poziomie POZ na podstawie skierowania bez konieczności korzystania z porad specjalistów realizujących świadczenia w zakresie AOS (ambulatoryjna opieka specjalistyczna).

W programie pilotażowym uwzględniono następujące choroby przewlekłe:

- Nadciśnienie tętnicze samoistne (ICD-10: I10, I11, I12, I13)
- Cukrzyca typu 2 (ICD-10: E11, E13, E14)

- Przewlekła choroba wieńcowa (ICD-10: I20, I24, I25)
- Utrwalone migotanie przedsionków (ICD-10: I47, I48)
- Przewlekła niewydolność serca (ICD-10: I50)
- Astma oskrzelowa (ICD-10: J45, J46)
- Przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP) (ICD-10: J41, J42, J43, J44)
- Wole miękkie i guzowate tarczycy (ICD-10: E04, E05)
- Niedoczynność tarczycy (ICD-10: E01, E02, E03)
- Choroba zwyrodnieniowa stawów obwodowych (ICD-10: M15, M16, M18, M19, M20, M21)
- Zespoły bólowe kręgosłupa (ICD-10: M43, M45, M46, M47, M48, M50, M51, M53, M54)

Niniejszy raport dotyczy przebiegu pilotażu w okresie od stycznia do czerwca 2020 r. oraz wpływu COVID-19 na jego realizację. Celem raportu jest przedstawienie, jak epidemia COVID-19 wpłynęła na jakość świadczeń zdrowotnych dla populacji POZ Plus w programie POZ Plus i innych rodzajach świadczeń, oraz zaprezentowanie efektu wprowadzenia nowych rozwiązań odpowiadających na wyzwania związane z pandemią, np. usług telemedycznych. Przedstawione w raporcie informacje mają zarówno poinformować płatnika o efektach pandemii, jak również pomóc w podjęciu decyzji o wprowadzeniu nowych metod w świadczonych usługach.

COVID-19 w Polsce

4 marca 2020 r., czyli 35 dni od poinformowania Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) przez Chiny o pierwszych zachorowaniach na COVID-19, zdiagnozowano w Polsce pierwszy przypadek COVID-19. Od tego czasu pandemia znajduje się w centrum uwagi opinii publicznej i wywiera bezprecedensowy wpływ na funkcjonowanie społeczeństwa, stan gospodarki i kondycję systemów opieki zdrowotnej na świecie. Nie pozostaje też bez wpływu na realizację modelu POZ Plus.

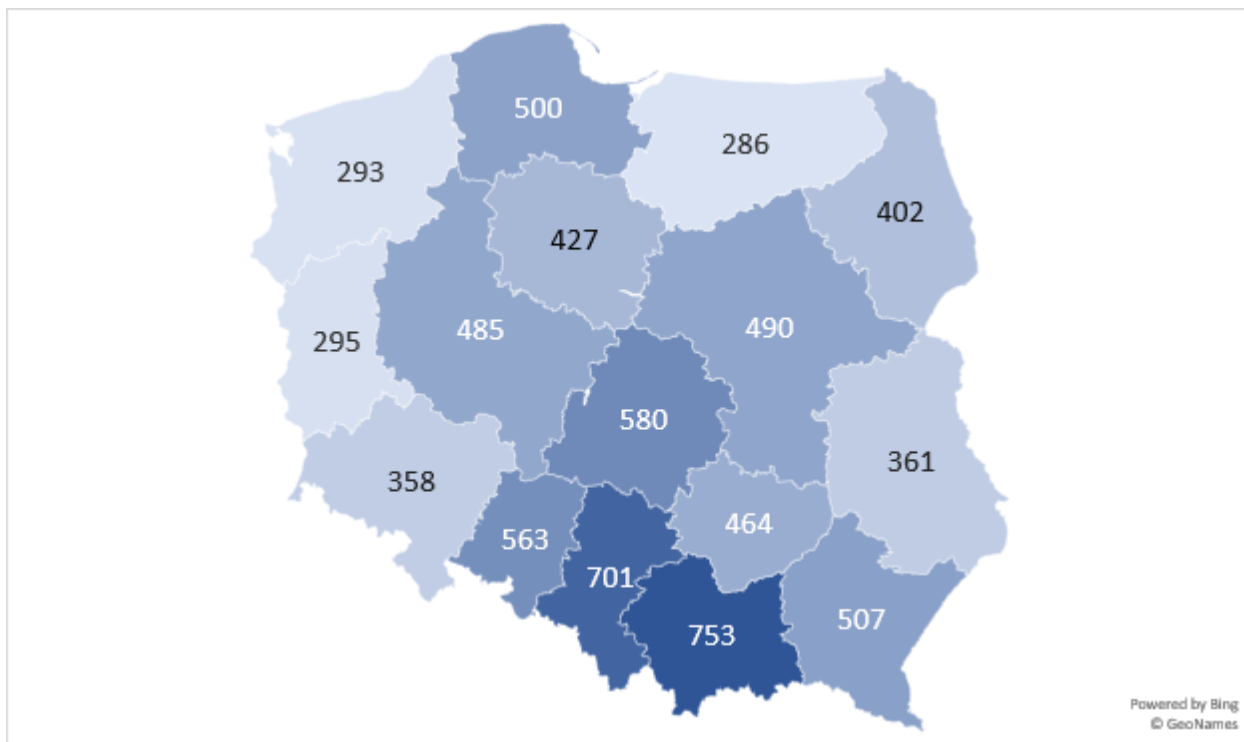
W momencie powstawania niniejszego raportu liczba osób zakażonych COVID-19 w Polsce (dane z 20 października) wynosiła 192 539, liczba przypadków aktywnych 92 862, a dziennych 9 291.² Natomiast średni siedmiodniowy współczynnik reprodukcji wirusa ($R(t)$) osiągnął wartość 1,66, utrzymując się na poziomie powyżej wartości 1 od połowy września.³ Liczba zgonów z powodu COVID-19 wynosiła 3 721. Jesienią 2020 r. w Polsce rozpoczęła się druga fala pandemii z rekordowo wysoką liczbą nowych przypadków zakażeń zgłaszanych każdego dnia. Występowały znaczne różnice regionalne: większość przypadków miała miejsce w trzech województwach: śląskim (31 683), mazowieckim (26 600) i małopolskim (26 696). Biorąc pod uwagę liczbę ludności, najwyższy wskaźnik w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców dotyczył województw: małopolskiego, śląskiego i łódzkiego (Ryc. 1). Według stanu na dzień 20 października 2020 r. w Polsce nie było ani jednego powiatu bez COVID-19. Po upływie siedmiu dni liczba łóżek szpitalnych COVID-19 w Polsce wynosiła 20 704 – z czego 64 proc. zajętych; a liczba respiratorów 1 594 – z czego 68 proc. zajętych.

² Ministerstwo Zdrowia, konto na Twitterze w dniu 20 października 2020 r.

³ Adam Gapiński na podstawie danych Michała Rogalskiego bit.ly/covid19-Rt.

RYC. 1
2020 r.

Liczba przypadków COVID-19 w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców w Polsce (stan na dzień 20 października)

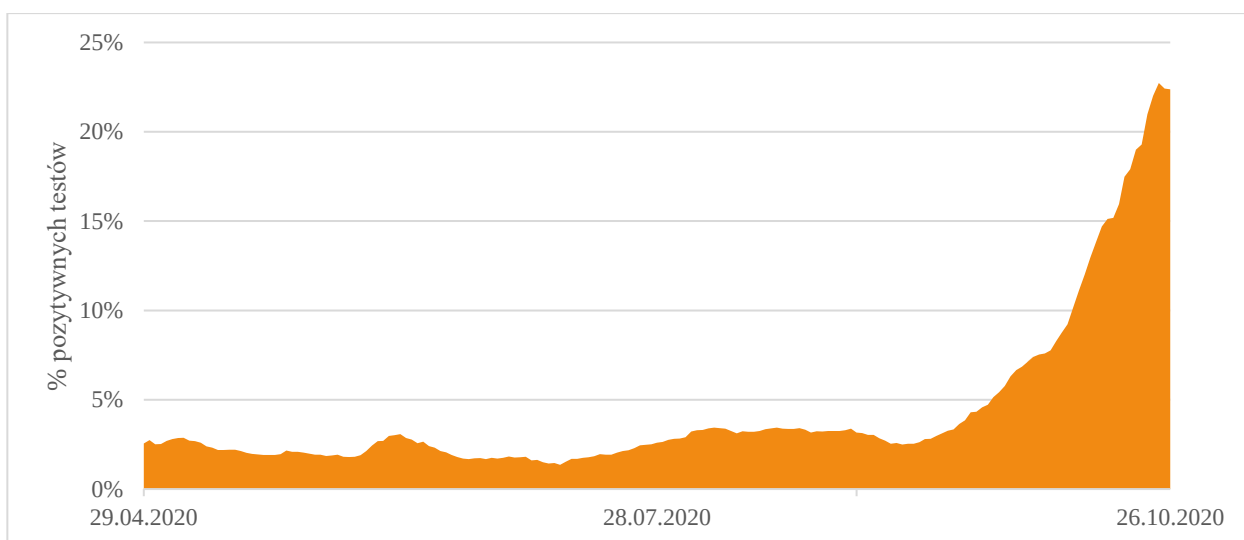


Źródło: Piotr Tarnowski na podstawie obliczeń A. Gapińskiego i danych M. Rogalskiego

Od początku epidemii do końca września 2020 r. odsetek pozytywnych testów (w stosunku do ogółu przeprowadzonych) utrzymywał się poniżej 5 proc. W październiku gwałtownie wzrósł do ponad 20 proc. (ryc. 2).

RYC. 2

Dobowy odsetek pozytywnych testów w Polsce

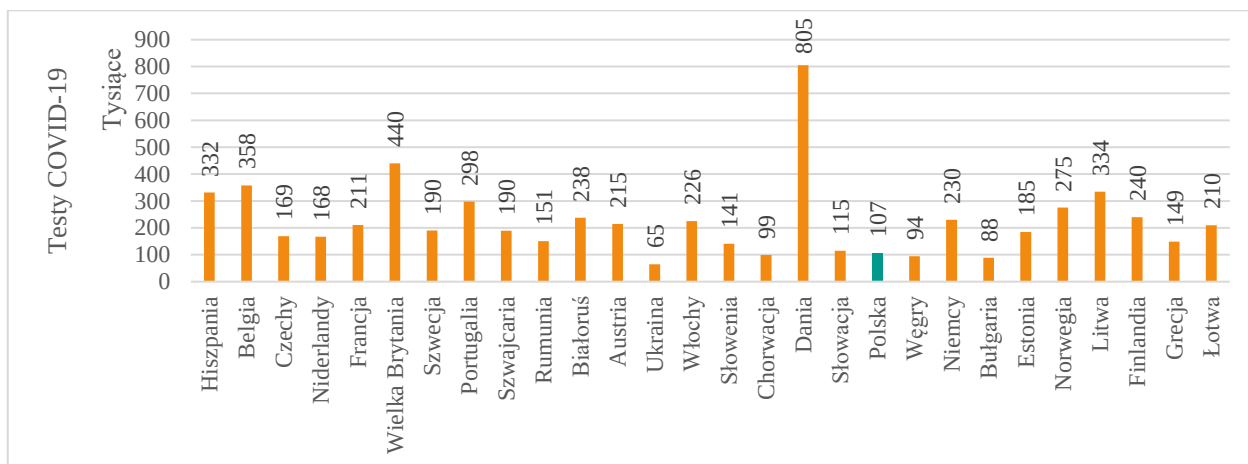


Źródło: Piotr Tarnowski na podstawie obliczeń A. Gapińskiego i danych M. Rogalskiego

W Polsce – podobnie jak w większości krajów – pandemia koronawirusa przeciążyła system ochrony zdrowia. W ciągu kilku pierwszych miesięcy możliwości wykonywania testów były ograniczone ze względu nie tylko na małą ilość dostępnych testów, ale także

laboratoriów wykonujących analizy. (W lutym funkcjonowały dwa takie laboratoria – oba w Warszawie – w październiku 221.4 W październiku 2020 r. Polska była jednym z krajów o najniższej liczbie wykonywanych testów w Unii Europejskiej (UE) (ryc. 3).

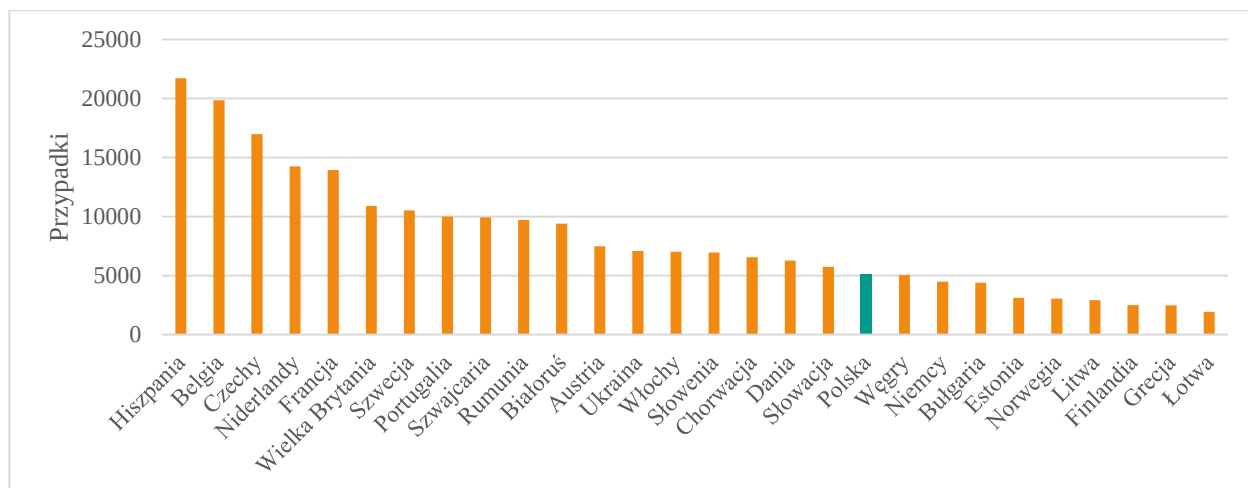
RYC. 3 Liczba testów COVID-19 na milion mieszkańców (stan na dzień 20 października 2020 r.)



Źródło: worldometers.info⁵

W trakcie powstawania raportu Polska notowała mniej przypadków COVID-19 na milion mieszkańców (5 089 na milion) niż większość krajów UE. Liczba zgonów z powodu COVID-19 (na milion mieszkańców) również należała do najniższych: Polska – 98, Belgia – 900, Słowacja – 18 (ryc. 4 i 5).

RYC. 4 Liczba wszystkich przypadków COVID-19 na milion mieszkańców (stan na dzień 20 października 2020 r.)

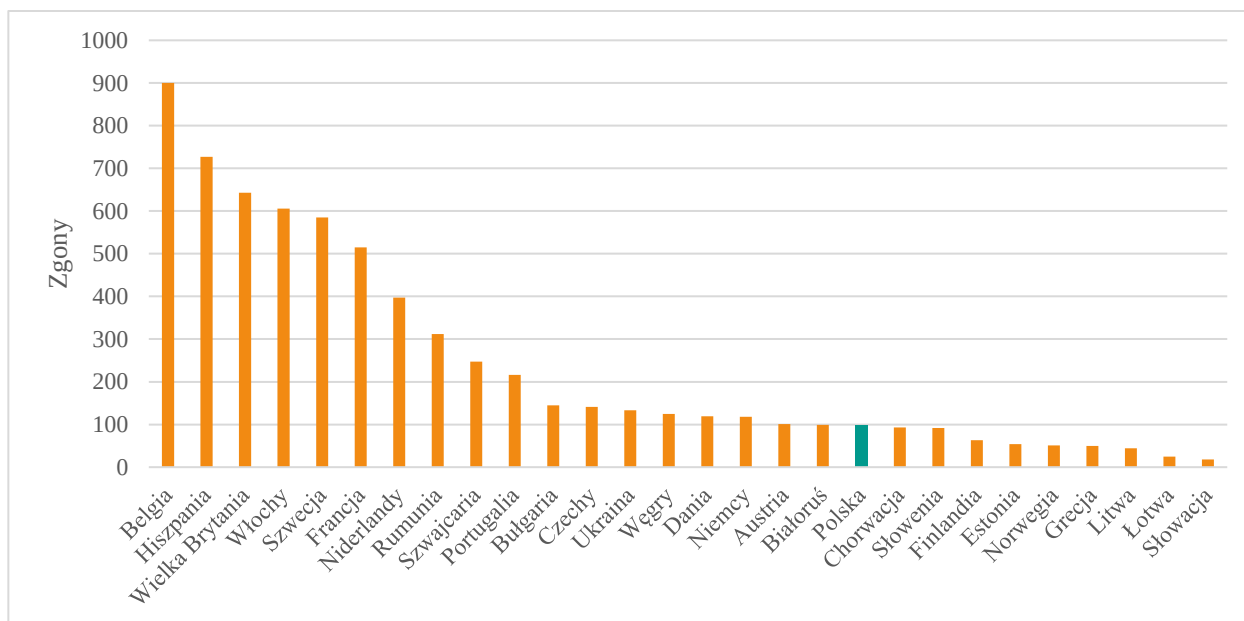


Źródło: worldometers.info⁶

⁴ <https://www.gov.pl/web/zdrowie/lista-laboratoriow-covid>.

⁵ <https://www.worldometers.info/coronavirus/>.

⁶ <https://www.worldometers.info/coronavirus/>.

RYC. 5 Liczba zgonów na milion mieszkańców (stan na dzień 20 października 2020 r.)Źródło: worldometers.info⁷.

W marcu 2020 r. polskie władze wprowadziły obostrzenia, by powstrzymać rozprzestrzenianie się wirusa. W wyniku częściowego zamrożenia gospodarki i ograniczenia mobilności (zamknięto szkoły i uczelnie, wprowadzono tryb telepracy oraz egzekwowano wysokie kary za łamanie przepisów sanitarnych), w kwietniu transmisja COVID-19 została znacznie ograniczona.

TABELA 1 Kalendarium COVID-19 w Polsce

Data	Kalendarium wydarzeń
31 grudnia 2019 r.	Chiny informują WHO o nietypowych przypadkach zapalenia płuc występujących wśród mieszkańców miasta Wuhan w prowincji Hubei
7 stycznia 2020 r.	WHO ogłasza, że przyczyną zachorowań jest nowy wirus z rodziny Corona – zidentyfikowano wirusa (nCoV)
30 stycznia 2020 r.	WHO ogłasza globalne zagrożenie
4 marca 2020 r.	Pacjent „0” zdiagnozowany w Zielonej Górze
11 marca 2020 r.	WHO ogłasza pandemię COVID-19
12 marca 2020 r.	Pierwszy śmiertelny przypadek koronawirusa w Polsce
15–16 marca 2020 r.	Wszystkie granice Polski zostają zamknięte
16 marca 2020 r.	Zamknięcie wszystkich placówek oświatowych i szkół wyższych
20 marca 2020 r.	Ogłoszenie stanu epidemii w Polsce
24 marca 2020 r.	Blokada gospodarki i życia społecznego
31 marca 2020 r.	Kolejne restrykcje: ograniczenie liczby osób przebywających w sklepach/urzędach pocztowych itp. Zamknięcie parków i innych terenów rekreacyjnych na świeżym powietrzu W godz. 10.00 - 12.00 sklepy otwarte tylko dla osób starszych.
3 kwietnia 2020 r.	Zakaz wstępu do lasów i parków narodowych
20 kwietnia 2020 r.	Pierwszy etap stopniowego zdejmowania obostrzeń: otwarcie parków i lasów, sklepów
4–6 maja 2020 r.	Drugi etap stopniowego zdejmowania obostrzeń: otwarcie żłobków i przedszkoli, galerii handlowych, hoteli, muzeów itd.

⁷ <https://www.worldometers.info/coronavirus/>. (proszę wyrównać do prawej ten link)

	Przywrócenie wykonywania zabiegów rehabilitacyjnych
18 maja 2020 r.	Trzeci etap znoszenia obostrzeń; w woj. śląskim najwyższe statystyki zachorowań w związku ze środowiskiem pracy górników
30 maja 2020 r.	Czwarty etap łagodzenia obostrzeń: - Zasłanianie twarzy i nosa nie jest już wymagane na otwartej przestrzeni oraz w miejscach, w których można zachować bezpieczny dystans od innych - Zniesienie limitu osób w sklepach i Kościołach - Od 6 czerwca: działalność mogą wznowić kina, teatry, siłownie, baseny itd. - Od 6 czerwca: możliwość organizacji wesel do 150 uczestników
13–16 czerwca 2020 r.	Otwarcie granic i przywrócenie lotów międzynarodowych
2 czerwca 2020 r.	Liczba potwierdzonych przypadków COVID-19 w Polsce wzrasta do 35 000; dzienny przyrost zachorowań na poziomie ok. 250–300 przypadków
7–9 sierpnia 2020 r.	Przywrócenie ograniczeń na szczeblu lokalnym w zależności od liczby przypadków, podział na powiaty „zielone”, „żółte” i „czerwone”
14 sierpnia 2020 r.	Ogłoszenie rozporządzenia MZ z 12 sierpnia 2020 r. w sprawie standardu organizacyjnego teleporady w warunkach podstawowej opieki zdrowotnej
26 sierpnia 2020 r.	Adam Niedzielski obejmuje funkcję ministra zdrowia
24 października 2020 r.	Całe terytorium kraju w czerwonej strefie; powrót ostrych restrykcji

Źródło: Duszyński i in. 2020.⁸

Wpływ pandemii SARS-CoV-2 na świadczenia opieki zdrowotnej w Polsce

Wybuch pandemii COVID-19 wywarł silny wpływ na realizację świadczeń zdrowotnych: świadczeniodawcy musieli wprowadzić najwyższe środki ostrożności (dezynfekcja, rękawiczki, stroje ochronne, maski itp.) oraz ograniczyć tradycyjne wizyty pacjentów i w miarę możliwości przełożyć zabiegi operacyjne. Ponadto wybrane szpitale musiały zawiesić działalność niezwiązaną z COVID-19 w związku z przekształceniem w tzw. szpitale jednoimiennie przyjmujące i leczące wyłącznie pacjentów z pozytywnym wynikiem testu na COVID-19.⁹

15 marca 2020 r. w celu minimalizacji ryzyka transmisji infekcji COVID-19, NFZ wydał zalecenia dotyczące zasad udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, rekomendując ich ograniczenie do niezbędnego minimum lub czasowe zawieszenie udzielania świadczeń wykonywanych planowo lub zgodnie z przyjętym planem postępowania leczniczego. Dotyczyło to przede wszystkim planowanych pobyków w szpitalach w celu przeprowadzenia diagnostyki oraz zabiegów diagnostycznych, leczniczych i operacyjnych, prowadzenia rehabilitacji leczniczej, świadczeń z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, stomatologii, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS), badań diagnostycznych wykonywanych ambulatoryjnie takich jak: tomografia komputerowa (CT), rezonans magnetyczny (MRI), pozytonowa tomografia emisyjna (PET), gastroscopia, kolonoskopia, USG oraz badań profilaktycznych i przeprowadzania szczepień. Ponadto zalecono całkowite zawieszenie

⁸ Duszyński, J., Afelt, A., Ochab-Marcinek, A., Owczuk, R., Pyrc, K., Rosińska, M., Rychard, A., Smiatcz, T., 2020. *Zrozumieć COVID-19: opracowanie zespołu ds. COVID-19 przy Prezesie Polskiej Akademii Nauk.*

⁹ Od 1 czerwca w jednoimiennych szpitalach COVID-19 na obszarach o najniższej liczbie nowych zakażeń rozpoczął się stopniowy powrót do normalnego rytmu pracy.

udzielania świadczeń w mammobusach (mobilne aparaty mammograficzne) i dentobusach (mobilne zespoły stomatologiczne).¹⁰

W związku z COVID-19 NFZ zachęcał świadczeniodawców POZ oraz AOS do świadczenia opieki z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub innych systemów łączności (ICT)¹¹ – o ile zakres niezbędnych czynności do zrealizowania na rzecz pacjenta nie wymagał osobistej obecności personelu medycznego.¹²

1 kwietnia 2020 r. procedury rehabilitacyjne zostały zawieszone – zarówno w instytucjach publicznych, jak i prywatnych – z wyjątkiem sytuacji, w których rehabilitacja była absolutnie konieczna ze względu na stan zdrowia pacjenta. Dozwolone było przeprowadzenie rehabilitacji za pomocą systemów teleinformatycznych, np. hybrydowej telerehabilitacji kardiologicznej.¹³

Ponadto w trosce o poprawę płynności finansowej i zachowanie poziomu przychodów świadczeniodawców w dobie COVID-19 oraz przyspieszenie przepływów finansowych do podmiotów leczniczych, które w celu minimalizacji ryzyka transmisji COVID-19 ograniczyły zakres działalności i czasowo zmniejszyły liczbę udzielanych planowych świadczeń – od 14 marca do 4 września 2020 r. NFZ zmienił zasady rozliczania świadczeń dla ogółu świadczeniodawców. Umożliwiono im miesięczne rozliczanie realizacji świadczeń z oddziałami wojewódzkimi NFZ niezależnie od ich faktycznej realizacji. 5 września 2020 r. przywrócono zasady rozliczeniowe i sprawozdawcze, które obowiązywały przed wybuchem pandemii.^{14 15}

27 marca 2020 r. NFZ skierował do świadczeniodawców programu POZ Plus komunikat, zalecając im ograniczanie osobistych kontaktów z pacjentami w celu minimalizacji ryzyka transmisji infekcji COVID-19. W komunikacie wskazano na możliwość czasowych odstępstw w realizacji programu pilotażowego POZ Plus w obszarze świadczeń bilansowych i programu zarządzania chorobą.

Wykaz czasowych odstępstw dla profilaktycznych świadczeń bilansowych:

- ograniczenie intensywności zapraszania na badania bilansowe;
- przesunięcie terminów wykonania badania bilansowego;
- możliwość zamknięcia badania bilansowego bez osobistego udziału pacjenta w przypadku, gdy wszystkie niezbędne informacje zostały zgromadzone oraz znane są wyniki wykonanych przez pacjenta wymaganych badań diagnostycznych. Zamknięcie bilansu może odbyć się w formie porady telefonicznej z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub innych systemów łączności, w trakcie której należy omówić z pacjentem IPPZ (Indywidualny Plan Postępowania Zdrowotnego);
- możliwość odbycia wizyt edukacyjnych specjalistycznych psychologicznych i dietetycznych w formie porady telefonicznej z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub innych systemów łączności;

¹⁰ NFZ (2020a). Komunikat dla świadczeniodawców w sprawie zasad udzielania świadczeń opieki zdrowotnej. <https://www.nfz.gov.pl/aktualnosci/aktualnosci-centrali/komunikat-dla-swiadczeniodawcow-w-sprawie-zasad-udzielania-swiadczen-opieki-zdrowotnej,7646.html> Dostęp: 20 października 2020 r.

¹¹ Przez systemy teleinformatyczne lub inne systemy łączności rozumie się technologie umożliwiające komunikację, w tym połączenia telefoniczne i wideo.

¹² NFZ (2020c). Komunikat dla świadczeniodawców: <https://www.nfz.gov.pl/aktualnosci/aktualnosci-centrali/komunikat-dla-swiadczeniodawcow,7644.html> Dostęp: 20 października 2020.

¹³ Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 31 marca 2020 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. Z 2020r. Poz. 566) <https://dziennikustaw.gov.pl/D2020000056601.pdf>

¹⁴ NFZ (2020d). Komunikat dla świadczeniodawców w sprawie zmiany zasad rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej. <https://www.nfz.gov.pl/aktualnosci/aktualnosci-centrali/komunikat-dla-swiadczeniodawcow,7642.html> Dostęp: 20 października 2020.

¹⁵ NFZ (2020e). Komunikat dla świadczeniodawców. <https://www.nfz.gov.pl/aktualnosci/aktualnosci-centrali/komunikat-dla-swiadczeniodawcow,7801.html> Dostęp: 20 października 2020.

- możliwość realizacji wizyt edukacyjnych indywidualnych (w tym kontrolnych) w formie porady telefonicznej z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub innych systemów łączności wprowadzona na cały okres realizacji programu pilotażowego POZ Plus.

Wykaz czasowych odstępstw dla programu zarządzania chorobą (DMP):

- ograniczenie włączania do programu zarządzania chorobą pacjentów o niepotwierdzonym wcześniej rozpoznaniu, zwłaszcza jeśli potwierdzenie rozpoznania wymaga kompleksowej diagnostyki;
- możliwość odbycia porad kontrolnych i specjalistycznych (pacjent – lekarz) w formie porady telefonicznej z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub innych systemów łączności;
- możliwość odbycia porad dietetycznych i edukacyjnych indywidualnych w formie porady telefonicznej z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub innych systemów łączności.

Ponadto zmiany w programie pilotażowym POZ Plus objęły wprowadzenie grupowej edukacji zdrowotnej (2–6 osób o podobnym profilu ryzyka; nie dotyczy wizyt edukacyjnych specjalistycznych). Z uwagi na wybuch pandemii i jej skutki dla realizacji pilotażu, przedłużono także o trzy miesiące okres realizacji świadczeń zdrowotnych w ramach pilotażu POZ Plus do września 2021 r. (pierwszy termin był wyznaczony na czerwiec 2021 r.).¹⁶

Metodologia

W przedmiotowym raporcie przedstawiono wyniki ilościowej analizy wykorzystania świadczeń zdrowotnych w grupie pacjentów POZ Plus, tj. osób, które podpisały zgodę na udział w programie pilotażowym POZ Plus. Koncentrując się na okresie pandemii COVID-19 od marca do czerwca 2020 r. – oraz w celach porównania również stycznia i lutego 2020 r. – w analizie zaprezentowano wpływ pandemii na wykorzystanie i realizację świadczeń opieki zdrowotnej wśród pacjentów POZ Plus, biorąc pod uwagę zarówno świadczeniodawców POZ Plus jak i cały system ochrony zdrowia.

Analiza opiera się wyłącznie na danych NFZ dotyczących aktywności pacjentów, które pochodzą z następujących baz danych: AP-PKUŚ (System Obsługi Procesu Koordynowanej Opieki Nad Pacjentem) oraz KLP (Koszty Leczenia Pacjenta). Dane obejmują aktywność pacjentów do końca czerwca 2020 r. Co najważniejsze, dane bazowe ograniczają się do grupy pacjentów POZ Plus, czyli takich, którzy podpisali zgodę na udział w pilotażu POZ Plus (prawie 60 000 pacjentów). Dlatego też:

¹⁶ Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia (2020). Zarządzenie Nr 124/2020/DaiI z dnia 10 sierpnia 2020 r. Zmieniające zarządzenie w sprawie programu pilotażowego opieki koordynowanej w podstawowej opiece zdrowotnej „POZ PLUS”.

- dane pochodzące z bazy AP-PKUŚ dotyczą liczby podpisanych zgód i wykonanych bilansów oraz programów zarządzania chorobą (DMP). Informacje te zawierają szczegóły dotyczące realizacji pilotażu na poziomie indywidualnym, tj. konkretnego pacjenta, który wyraził zgodę na udział w programie;
- dane KLP zawierają informacje na temat wszystkich rozliczonych świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych i oferowanych beneficjentom pilotażu, czyli osobom, które podpisały zgodę na wzięcie udziału w pilotażu programu POZ Plus;

Do analizy danych zastosowano Power BI MS oraz MS Excel z wykorzystaniem połączonych zestawów danych dostarczonych przez NFZ.

Aby klarownie wykazać wpływ pandemii do analizy danych zastosowano podejście dwutorowe:

- **porównanie do wyników w miesiącach sprzed pandemii – stycznia i lutego 2020 r.** Podejście to opiera się na hipotezie, że wykorzystanie świadczeń zdrowotnych powinno się utrzymywać na mniej więcej takim samym poziomie, jaki obserwowano w miesiącach poprzedzających pandemię. Przypadek COVID-19 po raz pierwszy zgłoszono w Polsce w marcu, dlatego ten miesiąc uznano za punkt odcięcia, w którym mogą uwidocznić się skutki pandemii.
- **porównanie do poziomu realizacji świadczeń w analogicznym okresie w 2019 r.** Podejście oparte na założeniu, że poziom świadczenia usług w 2020 r. powinien odzwierciedlać tendencje zaobserwowane w 2019 r.

Od marca 2020 r. świadczeniodawcy mogli realizować świadczenia POZ Plus z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub innych systemów łączności (ICT). Byli oni zobowiązani do zgłaszania produktów telemedycznych przy użyciu zwykłego kodu produktu, a model realizacji świadczeń oznaczali zgodnie z kodami Międzynarodowej Klasyfikacji Procedur Medycznych, wersja 9 (ICD9). Do filtrowania świadczeń realizowanych przy użyciu ICT zastosowano następujące kody:

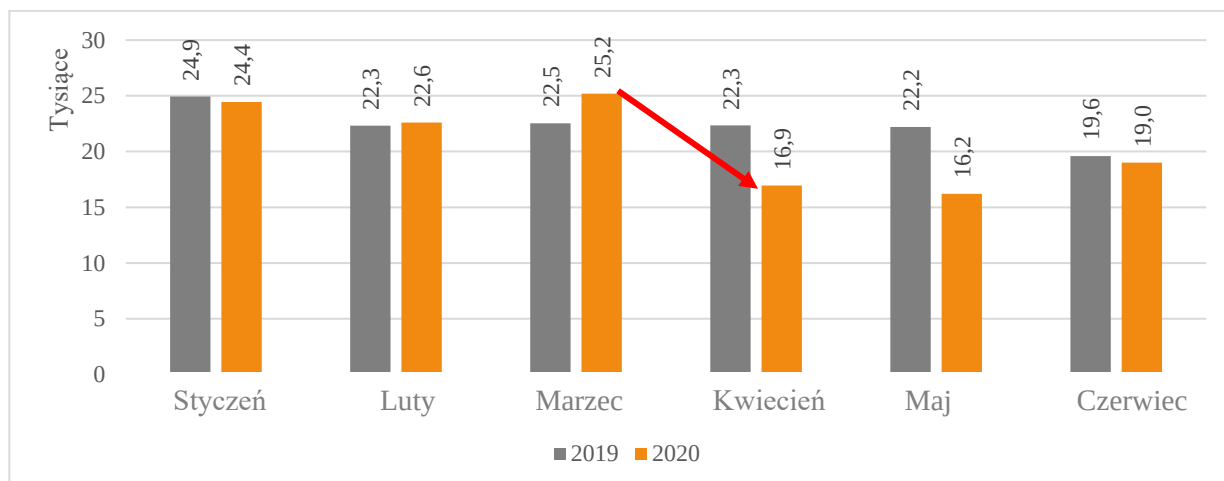
- 89.0098 – wizyta z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności, dla wizyt edukacyjnych i dietetycznych
- 89.0099 – porada lekarska za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności dla bilansów podstawowych i pogłębionych, a także wizyt kontrolnych i konsultacji specjalistycznych (lekarz – pacjent)
- 94.471 – porada psychologiczna z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych dla wizyt edukacyjnych psychologicznych

Wyniki

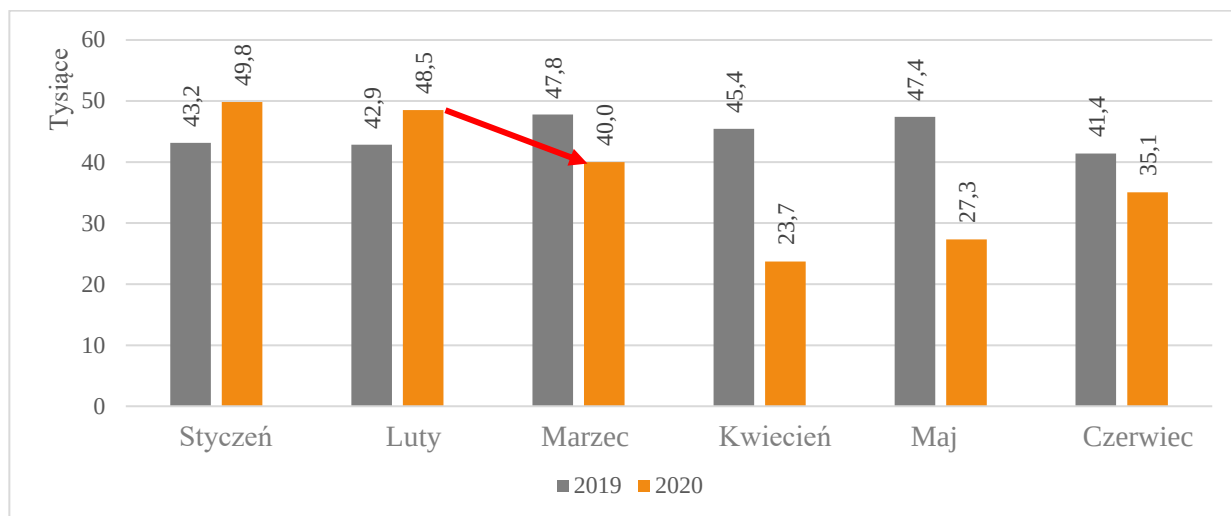
3.1. Ogólne wykorzystanie świadczeń zdrowotnych w okresie pandemii COVID-19 w grupie pacjentów POZ Plus

Liczba bazowych świadczeń POZ (czyli tych zapewnianych na szczeblu POZ zgodnie z dotychczasowym, tradycyjnym modelem opieki) zrealizowanych na rzecz pacjentów POZ Plus w lutym i marcu 2020 r. była wyższa od liczby świadczeń zrealizowanych w tych samych miesiącach roku 2019. Z powodu pandemii liczba świadczeń zrealizowanych w POZ spadła w okresie od kwietnia do czerwca, a liczby te były w 2020 r. niższe niż w analogicznych miesiącach poprzedniego roku (ryc. 6). Kiedy do bazowych świadczeń POZ dodamy świadczenia zrealizowane w ramach pilotażu POZ spadek będzie zauważalny już w marcu, czyli miesiąc wcześniej (ryc. 7). Na tej podstawie można wnioskować, że w marcu pacjenci nadal odwiedzali placówki POZ, lecz korzystali przeważnie z bazowej puli świadczeń, natomiast wykorzystanie świadczeń pilotażowych POZ Plus było mniejsze. Innymi słowy, zaobserwowany w marcu spadek ogólnej liczby świadczeń w placówkach POZ (ryc. 7) wynikał ze spadku aktywności w POZ Plus, podczas gdy z bazowych świadczeń POZ korzystano z taką samą albo nawet większą intensywnością niż w 2019 r. (ryc. 6).

RYC. 6 Liczba świadczeń bazowych POZ

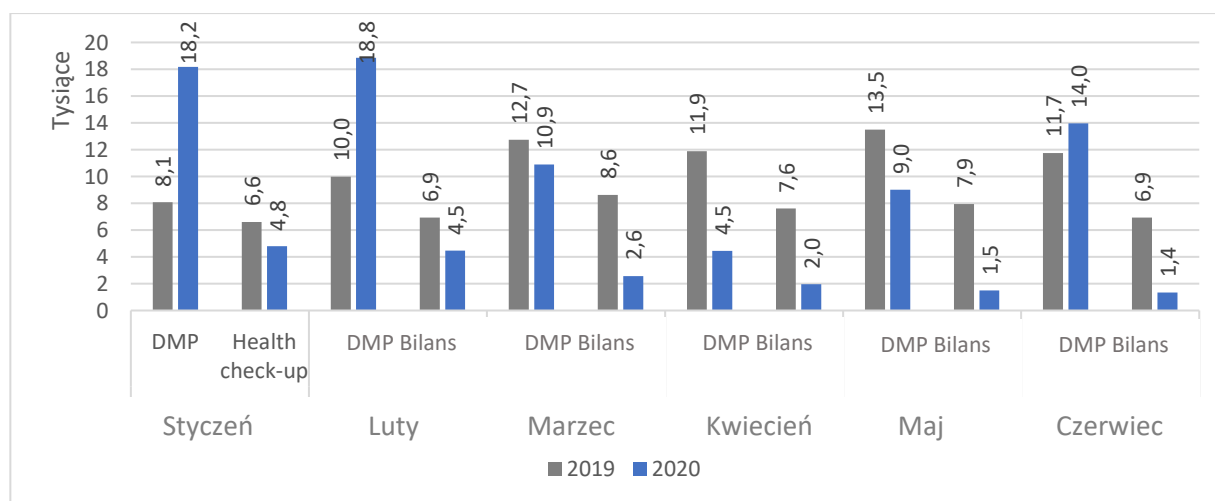


Źródło: Analiza BŚ na podstawie danych KLP NFZ

RYC. 7 Liczba świadczeń bazowych POZ oraz świadczeń POZ Plus

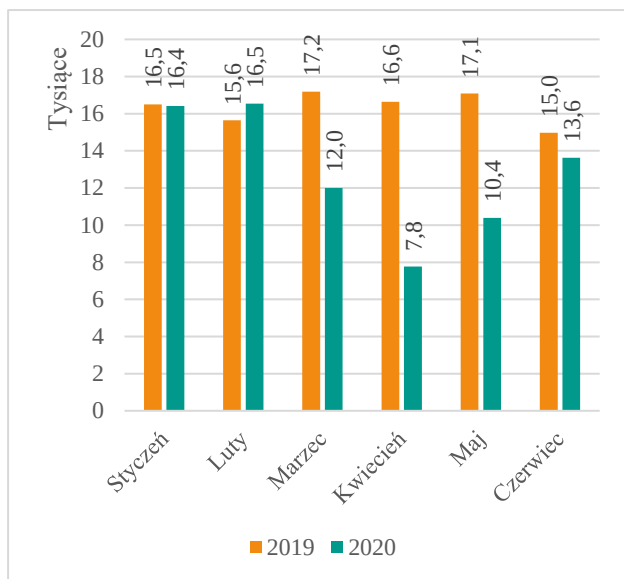
Źródło: Analiza BŚ na podstawie danych KLP NFZ

Jednocześnie marcowy spadek liczby świadczeń POZ Plus wynika przede wszystkim ze znacznego spadku liczby świadczeń bilansowych (ryc. 8)

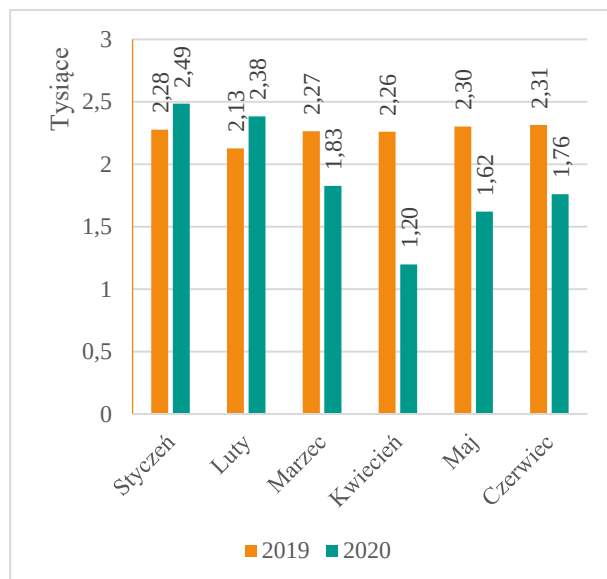
RYC. 8 Liczba świadczeń w programie pilotażowym POZ Plus w 2019 i 2020 r.

Źródło: Analiza BŚ na podstawie danych KLP NFZ.

Istotny spadek aktywności pacjentów POZ Plus zanotowano również w sektorze AOS i w sektorze opieki szpitalnej. Na ryc. 9 i 10 podsumowano odpowiednio liczbę świadczeń AOS i opieki szpitalnej udzielonych pacjentom POZ Plus w okresie od stycznia do czerwca w 2019 r. i w 2020 r. Wyraźnie widać spadek liczby świadczeń na obu wymienionych poziomach opieki w marcu 2020 r. w porównaniu z analogicznym miesiącem poprzedniego roku. W grupie pacjentów POZ Plus wykorzystanie świadczeń AOS było w marcu niższe o 30 proc., a w kwietniu o 53 proc. w porównaniu do poprzedniego roku, kiedy liczba świadczeń szpitalnych udzielonych pacjentom POZ Plus spadła o 19 proc. w marcu i o 47 proc. w kwietniu. W obu kategoriach krzywa trendu zaczęła rosnąć w maju i przez cały czerwiec pięła się w górę.

RYC. 9 Świadczenia AOS udzielone pacjentom POZ Plus w 2019 i 2020 r.

Źródło: Analiza BŚ na podstawie danych KLP NFZ.

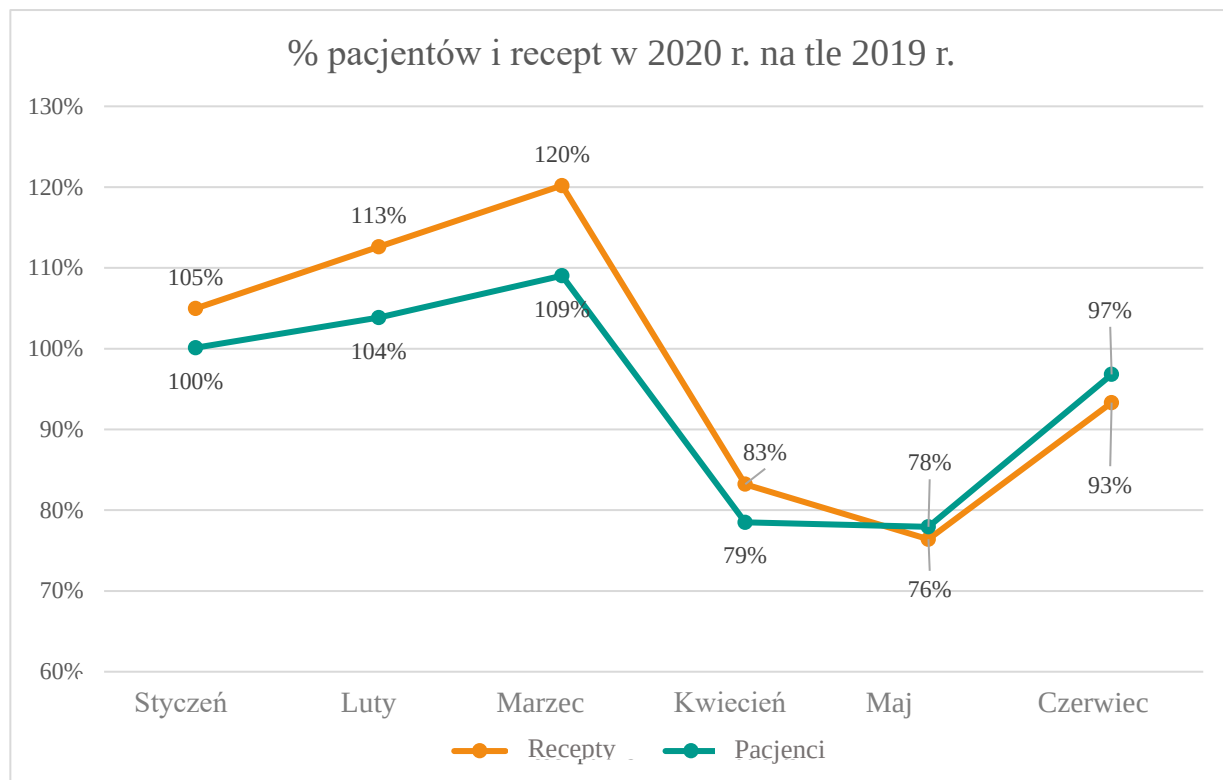
RYC. 10 Świadczenia szpitalne udzielone pacjentom POZ Plus w 2019 i 2020 r.

Źródło: Analiza BŚ na podstawie danych KLP NFZ.

Od stycznia do marca 2020 r. liczba zrealizowanych recept, jak również liczba pacjentów, którzy je zrealizowali, była o 5–20 punktów procentowych wyższa niż w analogicznym miesiącach 2019 r. Za marcowy szczyt odpowiada raczej liczba recept niż liczba pacjentów. Na ryc. 11 pokazano zależność między liczbą pacjentów i liczbą recept w 2020 r. w porównaniu z 2019 r. Wartości powyżej 100 proc. świadczą o tym, że w 2020 r. odnotowano więcej recept lub pacjentów, a wartości poniżej wskazują, że w 2020 r. liczby te były niższe. W kwietniu obie wartości spadły do poziomów poniżej 2019 r., by w maju i czerwcu ponownie wykazać tendencję zwykłą (ryc. 11).

RYC. 11
w 2019 r.¹⁷

Liczba pacjentów, którzy zrealizowali recepty oraz liczba recept w 2020 r. jako odsetek analogicznych wartości



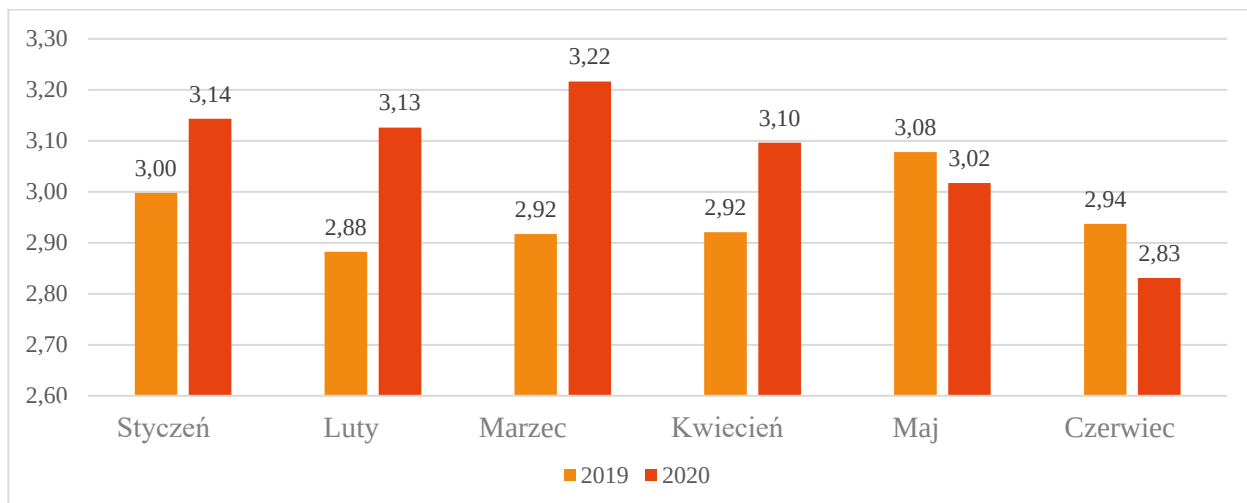
Źródło: Analiza BŚ na podstawie danych KLP NFZ.

Co ciekawe, od stycznia do kwietnia 2020 r. liczba zrealizowanych recept na jednego pacjenta była wyższa w porównaniu z rokiem poprzednim; sytuacja ta zmieniła się w maju i czerwcu 2020 r. – wówczas zrealizowano mniej recept na jednego pacjenta niż w analogicznych miesiącach w 2019 r. (ryc. 12).

RYC. 12Liczba recept w przeliczeniu na jednego pacjenta według daty wystawienia recepty¹⁸

¹⁷ Dane obejmują wyłącznie leki wydawane na receptę i wyłącznie recepty zrealizowane; analiza nie uwzględnia recept niezrealizowanych. Miesiące na wykresach przedstawiają miesiąc wystawienia recepty przez personel medyczny, a nie dzień wykupienia leku przez pacjenta.

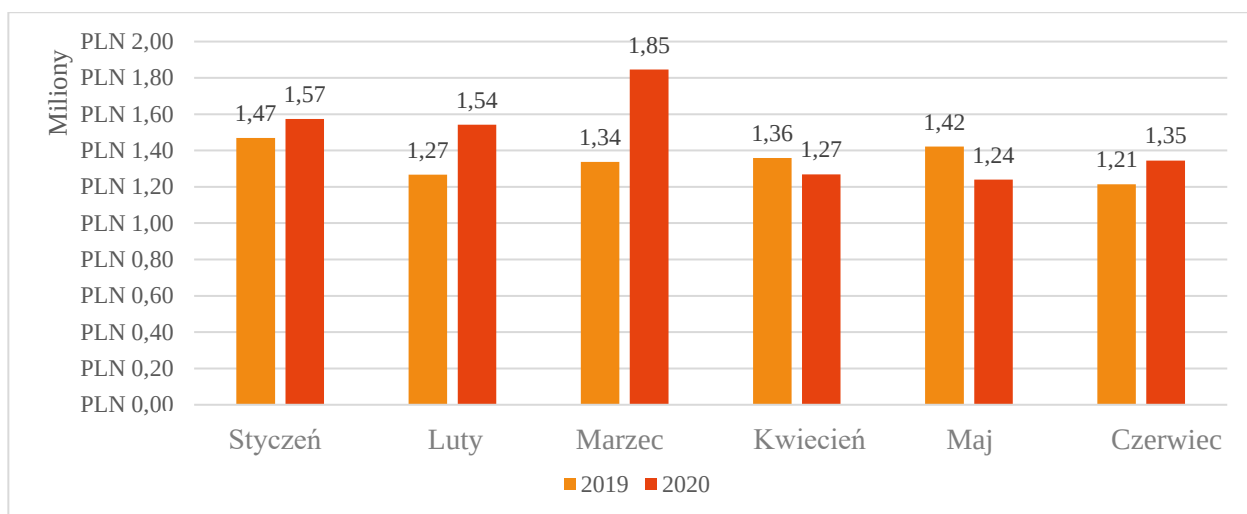
¹⁸ Dane obejmują wyłącznie leki wydawane na receptę i wyłącznie recepty zrealizowane; analiza nie uwzględnia recept niezrealizowanych. Miesiące na wykresach przedstawiają miesiąc wystawienia recepty przez personel medyczny, nie wykupienia leku przez pacjenta.



Źródło: Analiza BŚ na podstawie danych KLP NFZ.

W marcu 2020 r. kwota refundacji recept przez NFZ była najwyższa (średnia kwota refundacji recept w tym miesiącu wyniosła 31,72 zł, tj. o ok. 4 zł więcej niż w 2019 r.). W kwietniu 2020 r., w ślad za spadkiem trendu zakupu leków przez pacjentów na taką skalę, spadła również kwota refundacji z NFZ (ryc. 13).

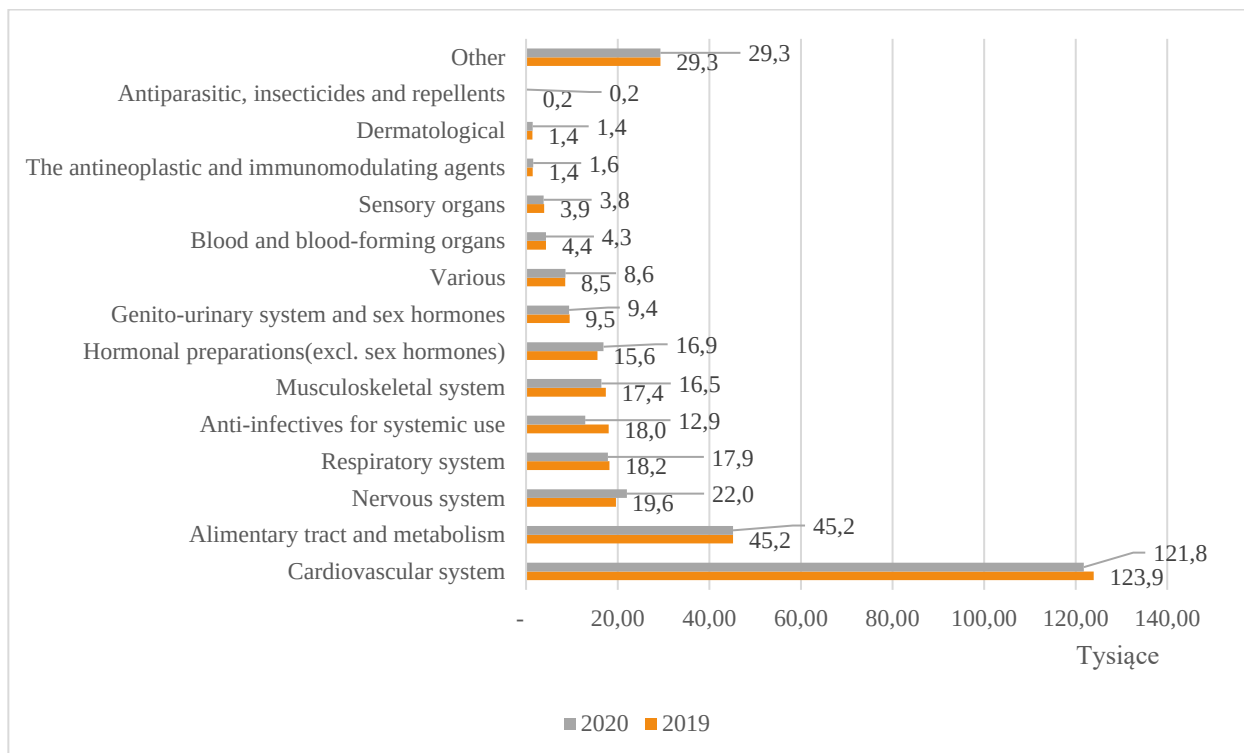
RYC. 13 Refundacja recept przez NFZ (kwoty) według daty wystawienia recepty (w mln zł)¹⁷



Źródło: Analiza BŚ na podstawie danych KLP NFZ.

Na ryc. 14 zestawiono liczbę recept w okresie od stycznia do czerwca 2019 r. i 2020 r. według pierwszego poziomu klasyfikacji anatomiczno-terapeutyczno-chemicznej (ATC). W każdym roku największa liczba recept ma związek z chorobami układu sercowo-naczyniowego.

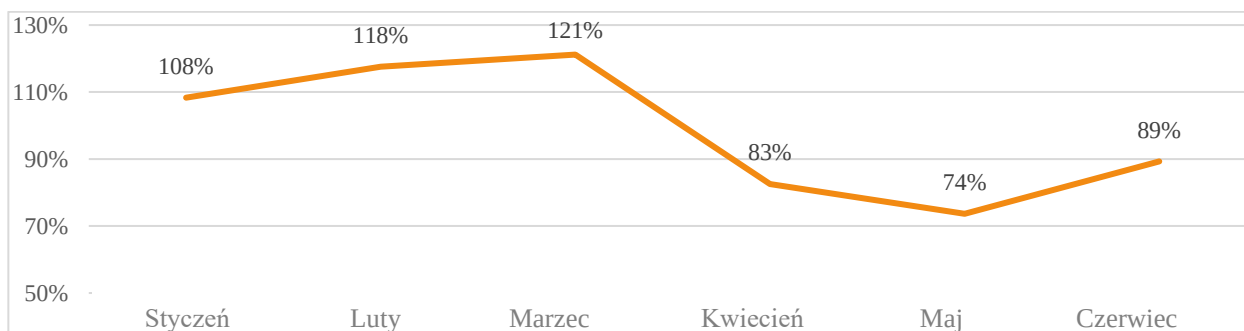
RYC. 14 Kwota wystawionych i zrealizowanych recept według pierwszego poziomu ATC w okresie od stycznia do czerwca w 2019 i 2020 r.¹⁷



Źródło: Analiza BŚ na podstawie danych KLP NFZ.

Na ryc. 15 przedstawiono miesięczny rozkład liczby recept dla poziomu „C” w klasyfikacji ATC (układ sercowo-naczyniowy) w porównaniu z rokiem 2019. Liczba recept w 2020 r. wzrastała do marca, natomiast w maju spadła do najniższej wartości, czyli 74 proc. poziomu z 2019 r. W czerwcu zaczęła ponownie rosnąć (ryc. 15), podobnie jak to miało miejsce w przypadku liczby recept ogółem pokazanej na ryc. 11.

RYC. 15 Liczba recept wystawionych w związku z chorobami układu sercowo-naczyniowego (pierwszy poziom klasyfikacji ATC oznaczony literą „C”) w 2020 r. na tle 2019 r. (%)



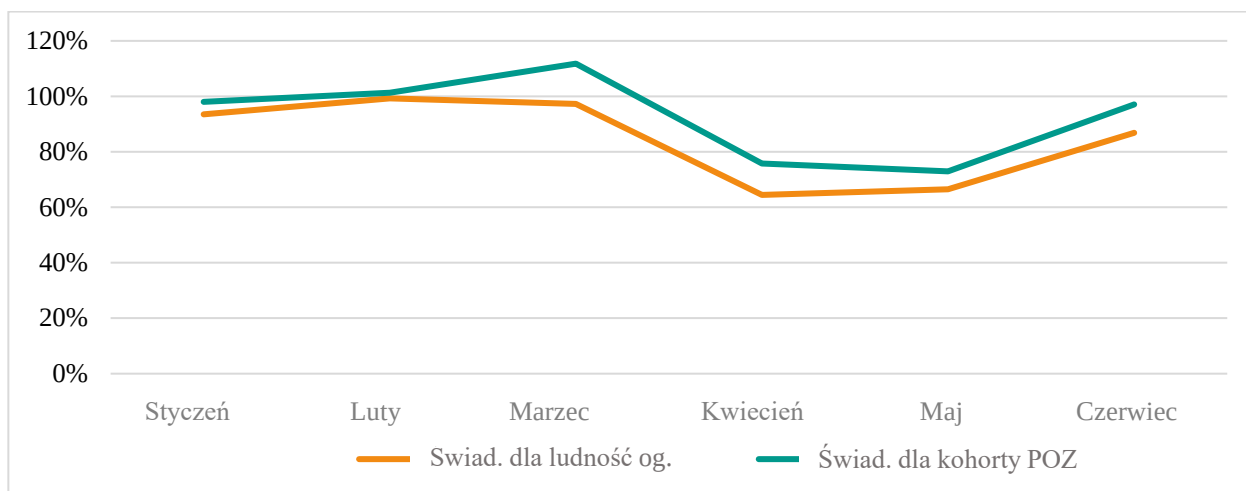
Źródło: Analiza BŚ na podstawie danych KLP NFZ.

3.1.1. Wykorzystanie świadczeń opieki zdrowotnej przez pacjentów POZ Plus i ludność ogółem w 2020 r. w porównaniu z rokiem 2019

Jak zaznaczono w poprzednim rozdziale profil wykorzystania świadczeń opieki zdrowotnej w czasie pandemii COVID-19 uległ istotnym zmianom, zwłaszcza w miesiącach blokady gospodarki i ograniczeń w funkcjonowaniu społeczeństwa (tj. od końca marca). Pacjenci i świadczeniodawcy ograniczyli liczbę wizyt w przypadkach niewymagających natychmiastowej

reakcji. Co ciekawe, zarówno w przypadku grupy pacjentów POZ Plus, jak i ludności ogółem, do marca ze świadczeń POZ korzystano na porównywalnym poziomie co w 2019 r. W stosunku do poziomu z 2019 r. spadek świadczeń udzielanych przez POZ zaobserwowano w kwietniu, natomiast w AOS i opiece szpitalnej już w marcu odnotowano znaczny spadek liczby realizowanych świadczeń (ryc.16–18). Reasumując, zmiana liczby świadczeń w grupie pacjentów POZ Plus jest większa niż dla ludności ogółem. Wyjątkami są: maj i czerwiec w AOS oraz czerwiec w opiece szpitalnej.

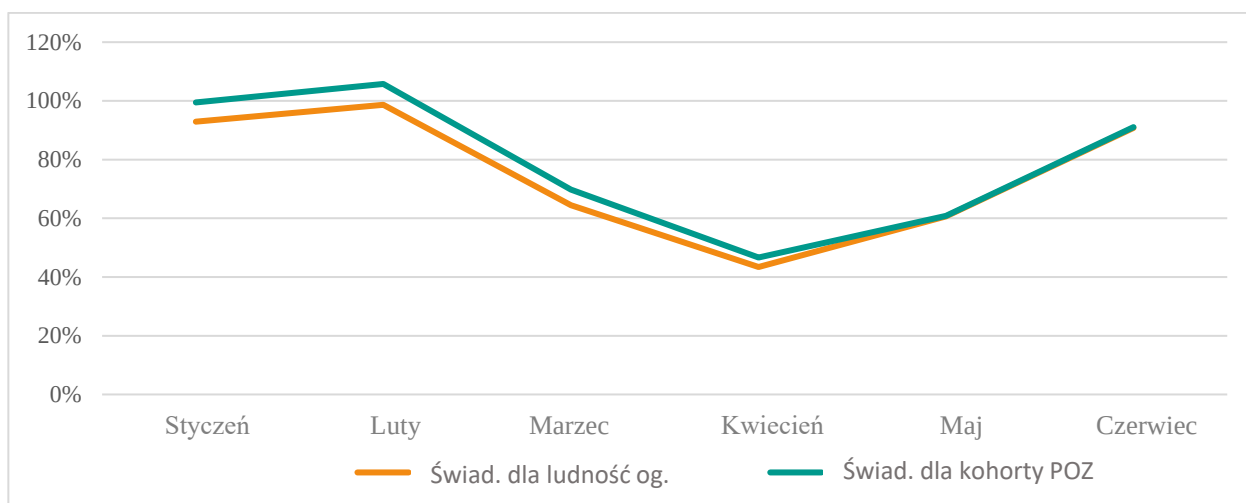
RYC. 16 Liczba świadczeń POZ w 2020 r. jako odsetek liczby świadczeń POZ sprawozdanych w 2019 r. (100% = liczba świadczeń wykonanych w 2019 r.) – ludność Polski ogółem oraz grupa pacjentów POZ Plus



Źródło: Analiza BŚ na podstawie danych KLP NFZ.

W kwietniu 2020 r., w którym wprowadzono najsilniejsze restrykcje, tylko 43 proc. ludności ogółem i 47 proc. pacjentów POZ Plus – w porównaniu do kwietnia 2019 r. – skorzystało z ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (ryc. 17).

RYC. 17 Liczba świadczeń AOS w 2020 r. jako odsetek liczby świadczeń AOS sprawozdanych w 2019 r. (100% = liczba świadczeń wykonanych w 2019 r.) – ludność Polski ogółem oraz grupa pacjentów POZ Plus

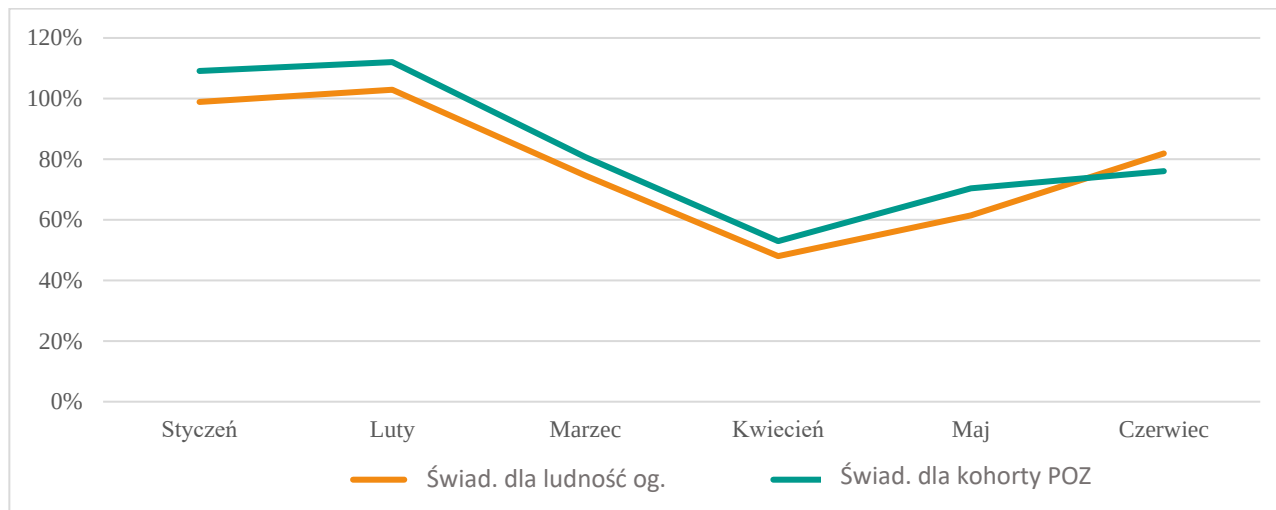


Źródło: Analiza BŚ na podstawie danych KLP NFZ.

W porównaniu do kwietnia 2019 r. liczba osób, którym udzielono świadczeń szpitalnych w kwietniu 2020 r. wyniosła 48 proc. dla ludności ogółem oraz 53 proc. w grupie pacjentów POZ Plus. W maju odsetek ten wzrósł odpowiednio do 61 proc. i 70 proc. W czerwcu 2020 r.

liczba świadczeń szpitalnych udzielonych pacjentom POZ Plus była o 34 proc. niższa niż w czerwcu 2019 r., a także o 18 proc. niższa dla ludności ogółem (ryc. 18).

RYC. 18 Liczba świadczeń szpitalnych w 2020 r. jako odsetek liczby świadczeń POZ sprawozdanych w 2019 r. (100% = liczba świadczeń wykonanych w 2019 r.) – ludność Polski ogółem oraz grupa pacjentów POZ Plus



Źródło: Analiza BŚ na podstawie danych KLP NFZ.

3.2 Wpływ pandemii COVID-19 na działania pilotażowe POZ Plus

Do realizacji programu pilotażowego POZ Plus przystąpiono w czerwcu 2018 r. W ciągu dwóch lat w pilotażu wzięło udział 58 926 osób; w tym czasie zrezygnowało z udziału jedynie 899 osób (1,5 proc. populacji pilotażu). Podpisano 47 325 zgód na przystąpienie do DMP i złożono 1000 rezygnacji (ok. 2 proc.). Wśród DMP ponad połowa procesów była związana z naciśnięciem samoistnym i zespołem bólowym kręgosłupa. Do końca czerwca 2020 r. świadczeniodawcy zgłosili realizację 35 460 bilansów pogłębionych oraz 2 807 bilansów podstawowych, co w sumie daje 93,3 proc. wymaganej przez NFZ minimalnej liczby zrealizowanych bilansów.

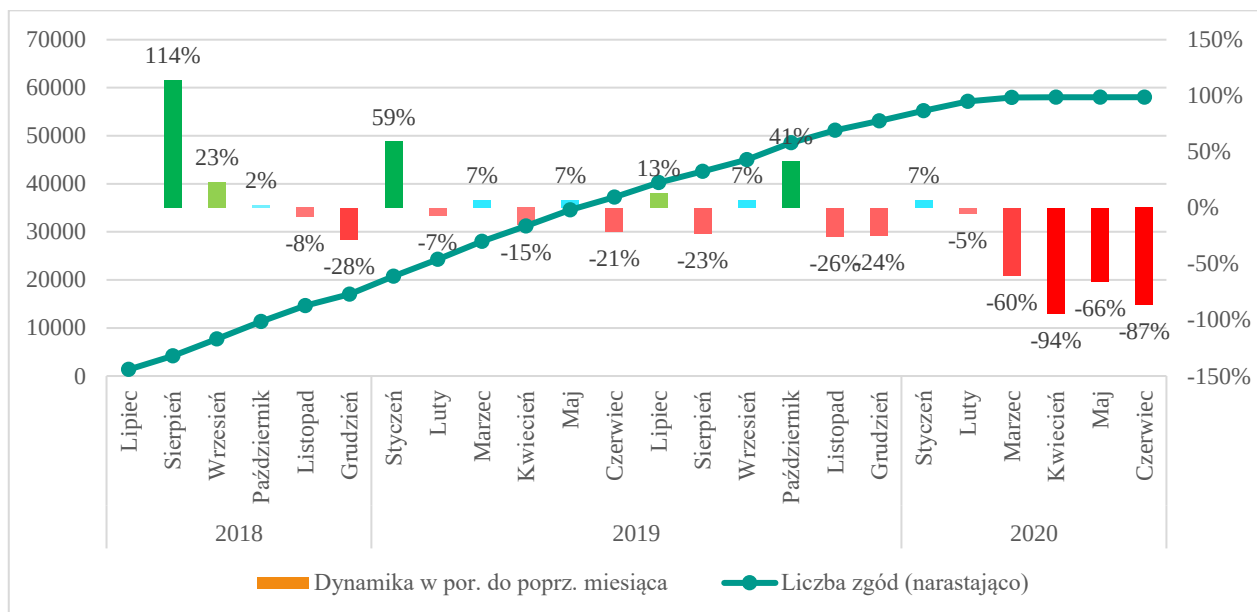
3.2.1. Wpływ pandemii na liczbę zgód na udział w pilotażu POZ Plus i w programie DMP – rekrutacja

Liczba podpisanych zgód świadczy o liczbie pacjentów uczestniczących w programie. Nowe zgody (miesięczna dynamika) pokazują liczbę kolejnych osób przystępujących do programu w danym miesiącu, zatem dynamika miesięczna jest dobrym wskaźnikiem aktywności rekrutacyjnej placówki i pozostałych czynników wpływających na rekrutację.

Z powodu pandemii COVID-19 od marca podpisywano znacznie mniej zgód, aż do niemal zerowego wyniku w czerwcu. Licząc narastająco, od marca do czerwca podpisano 909 nowych zgód, podczas gdy w styczniu i lutym 2020 r. podpisano w sumie 4 317 zgód. Na ryc. 19 przedstawiono łączną liczbę podpisanych przez pacjentów zgód na udział w programie POZ Plus (do czerwca 2020 r. podpisano ich 58 027 – nie wliczono zgód osób, które zrezygnowały z programu 899 osób), a także dynamikę podpisywania nowych zgód w porównaniu do poprzedniego miesiąca (słupki) – wartości ujemne wskazują na spadek ich liczby na tle poprzedniego miesiąca. W ciągu dwóch ostatnich lat zaobserwowano spadek nowych zgód na udział w POZ Plus w corocznym sezonie grypowym (listopad –styczeń) i w trakcie wakacji

letnich (czerwiec – sierpień). Z powodu COVID-19 od marca do czerwca 2020 r. świadczeniodawcy zaobserwowali bezprecedensowy spadek liczby nowych zgód na przystąpienie do programu POZ Plus (ryc. 19).

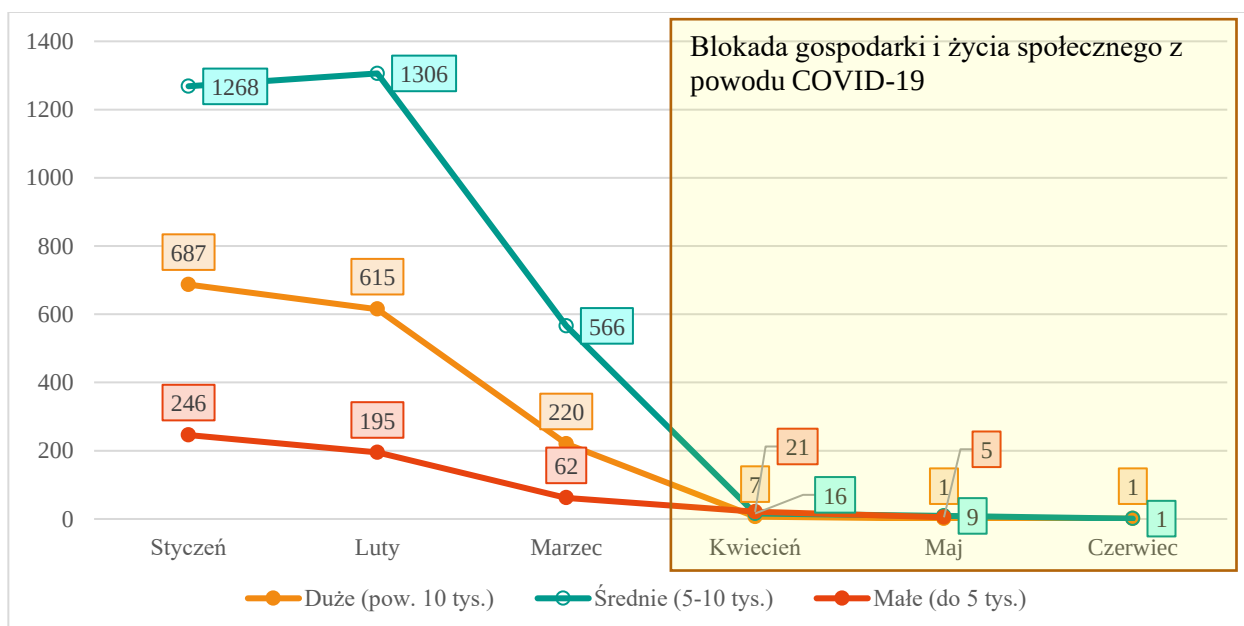
RYC. 19 Liczba nowych zgód na udział w POZ Plus oraz ich miesięczna dynamika



Źródło: Analiza BŚ na podstawie danych AP-PKUS NFZ.

Wydaje się, że małe placówki (do 5 tys. zapisanych pacjentów) nieco dłużej starały się podtrzymać rekrutację nowych pacjentów, notując w kwietniu spadek o 66 proc. w porównaniu z marcem, podczas gdy placówki duże (ponad 10 tys. pacjentów) i średnie (5 tys. do 10 tys. pacjentów) zanotowały od marca spadek o 97 proc. (ryc. 20).

RYC. 20 Miesięczny rozkład nowych zgód na przystąpienie do POZ Plus według wielkości placówki



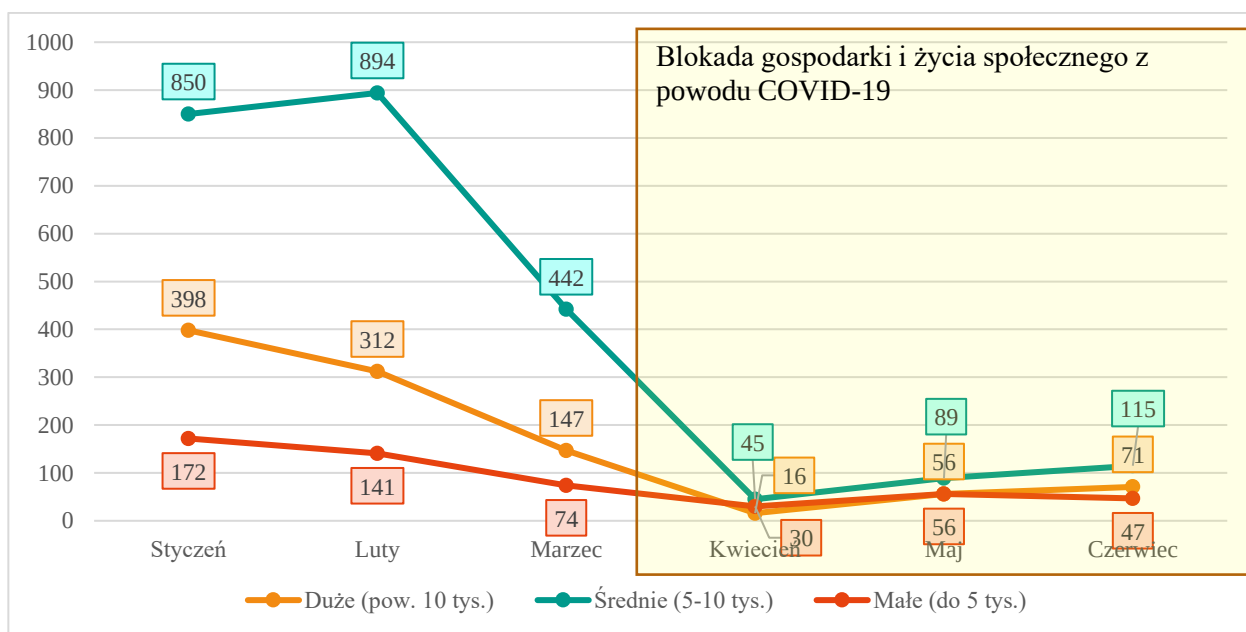
Źródło: Analiza BŚ na podstawie danych AP-PKUS NFZ.

Pilotaż obejmuje jedenaście jednostek chorobowych (schorzeń) w ramach programu zarządzania chorobą (DMP) (wykaz chorób znajduje się w rozdziale 1.1). Aby wziąć udział w programie DMP

pacjent musi podpisać zgodę osobno dla każdego ze schorzeń (zatem pacjenci z wieloma schorzeniami podpisują więcej niż jeden formularz zgody).

Podobnie jak w przypadku liczby zgód na przystąpienie do pilotażu POZ Plus, liczba zgód na przystąpienie do DMP (dla wszystkich chorób) zaczęła się zmniejszać w marcu 2020 r. Od marca nastąpił znaczny spadek liczby nowych zgód (o ponad 51 proc. w porównaniu z lutym), przy czym najniższy poziom odnotowano w kwietniu – było to 91 nowych zgód, czyli o 86 proc. mniej niż w marcu 2020 r. Łącznie w okresie od marca do czerwca 2020 r. podpisano 1 188 nowych zgód DMP, podczas gdy w pierwszych dwóch miesiącach bieżącego roku liczba nowych zgód wyniosła 2 767. Jednak w przeciwieństwie do zgód na udział w POZ Plus, w przypadku DMP placówki szybko odwróciły ten spadkowy trend i pomimo sytuacji epidemiologicznej w kraju starają się zaprosić do programu coraz więcej pacjentów – ich liczba powoli rosła w maju (201) i czerwcu 2020 r. (233). Na ryc. 21 przedstawiono liczbę nowych zgód DMP w podziale na różne kategorie placówek w zależności od ich wielkości. Jak wynika z danych, w marcu i kwietniu 2020 r. wszystkie rodzaje placówek zanotowały spadki i we wszystkich w maju i czerwcu zanotowano wzrost rekrutacji do programu DMP – z wyjątkiem małych placówek, w których w czerwcu podpisano mniej zgód niż w maju (56 w maju i 47 w czerwcu 2020 r.). Biorąc pod uwagę wielkość placówek, w okresie od marca do czerwca większa część populacji podpisała zgody na przystąpienie do DMP w małych placówkach (0.7%) niż w średnich (0.4%) i dużych (0.3%) placówkach.

RYC. 21 Miesięczny rozkład nowych zgód na przystąpienie do DMP według wielkości placówki



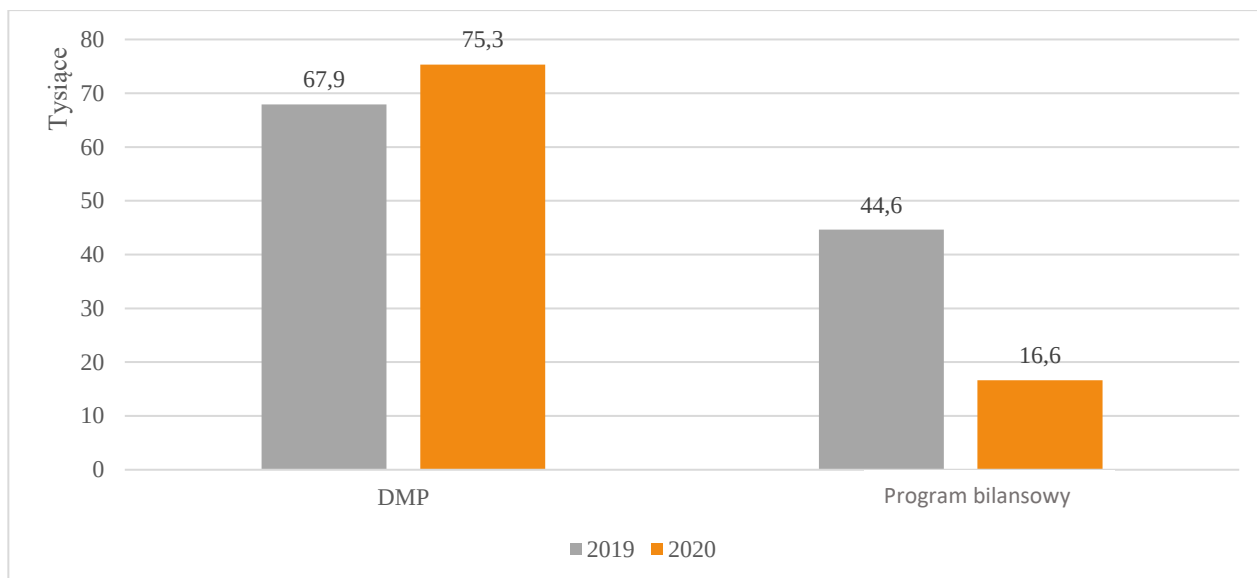
Źródło: Analiza BŚ na podstawie danych AP-PKUS NFZ.

3.2.2. Wpływ pandemii na poszczególne aspekty pilotażu POZ Plus – profilaktyczne świadczenia bilansowe i program zarządzania chorobą

Porównując okres od stycznia do czerwca w 2019 i 2020 r. można zauważyć, że w 2020 r. udzielono więcej świadczeń z zakresu DMP, ale dużo mniej profilaktycznych świadczeń bilansowych (ryc. 22). Jak pokazano na ryc. 23, ogólny wzrost liczby świadczeń DMP w 2020 r. jest zasadniczo pochodną świadczeń zrealizowanych w styczniu i lutym przed pandemią COVID-19 oraz w czerwcu, który był pierwszym pandemicznym miesiącem, w którym odnotowano więcej świadczeń DMP w 2020 r. niż w 2019 r. Co ciekawe, od kwietnia rosła liczba świadczeń DMP, w przeciwieństwie do świadczeń bilansowych, które nadal wykazywały trend

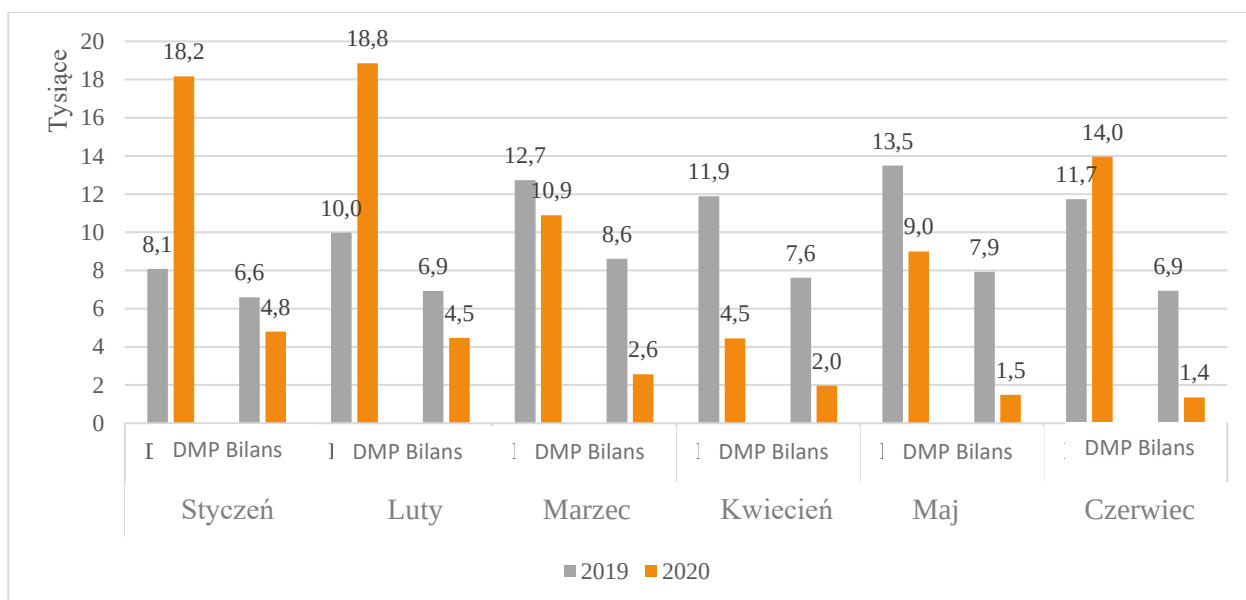
spadkowy (ryc. 23). Spadek w liczbie wykonanych świadczeń bilansowych może być również konsekwencją wysycenia populacji tymi świadczeniami, większość placówek wykonała lub była bliska wykonania zamierzonej liczby bilansów w programie. Niewykluczone, że jest to jednak efekt zmniejszonego zainteresowania pacjentów lub mniejszego zaangażowania personelu.

RYC. 22 Liczba świadczeń POZ Plus w okresie styczeń–czerwiec w 2019 i 2020 r.



Źródło: Analiza BŚ na podstawie danych KLP NFZ.

RYC. 23 Liczba świadczeń POZ Plus w programie pilotażowym w 2019 i 2020 r.

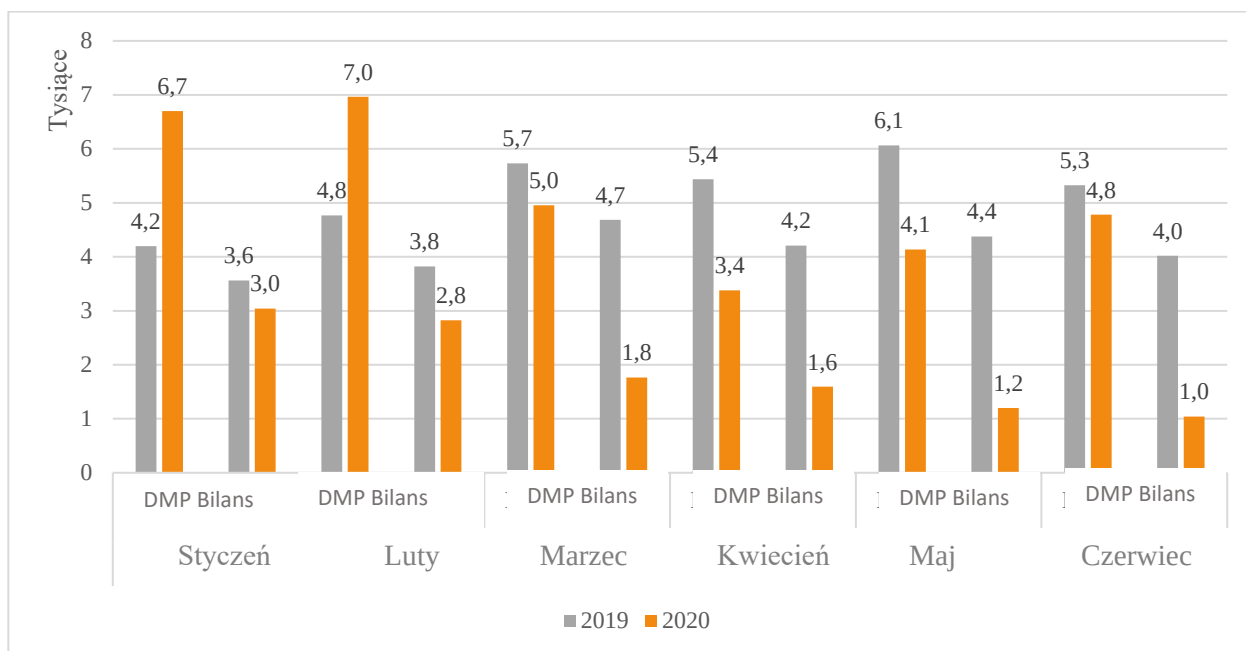


Źródło: Analiza BŚ na podstawie danych KLP NFZ.

Podobny trend jak w przypadku liczby świadczeń (ryc. 23) zaobserwowano w odniesieniu do liczby pacjentów (ryc. 24). Na ryc. 24 zestawiono liczbę pacjentów, którzy skorzystali ze świadczeń bilansowych i DMP w 2019 i 2020 r. Inaczej niż przy liczbie świadczeń, w liczbie pacjentów DMP – pomimo wysokich poziomów w miesiącach poprzedzających pandemię – nie zanotowano odbicia po zniesieniu blokady gospodarki i do czerwca 2020 r. wartości odnotowane w 2019 r. nie powtórzyły się. (Ryc. 24). Jako że liczba świadczeń w czerwcu 2020 r. była wyższa niż w analogicznym miesiącu w 2019 r. wydaje się, że w przeliczeniu na jednego pacjenta

świadczeniodawcy udzielali więcej świadczeń DMP w czerwcu 2020 r. niż w 2019 r. – można to uzasadnić intensywną realizacją świadczeń fizjoterapeutycznych w tym konkretnym miesiącu.

RYC. 24 Liczba pacjentów POZ Plus korzystających ze świadczeń bilansowych i DMP w 2019 i 2020 r.



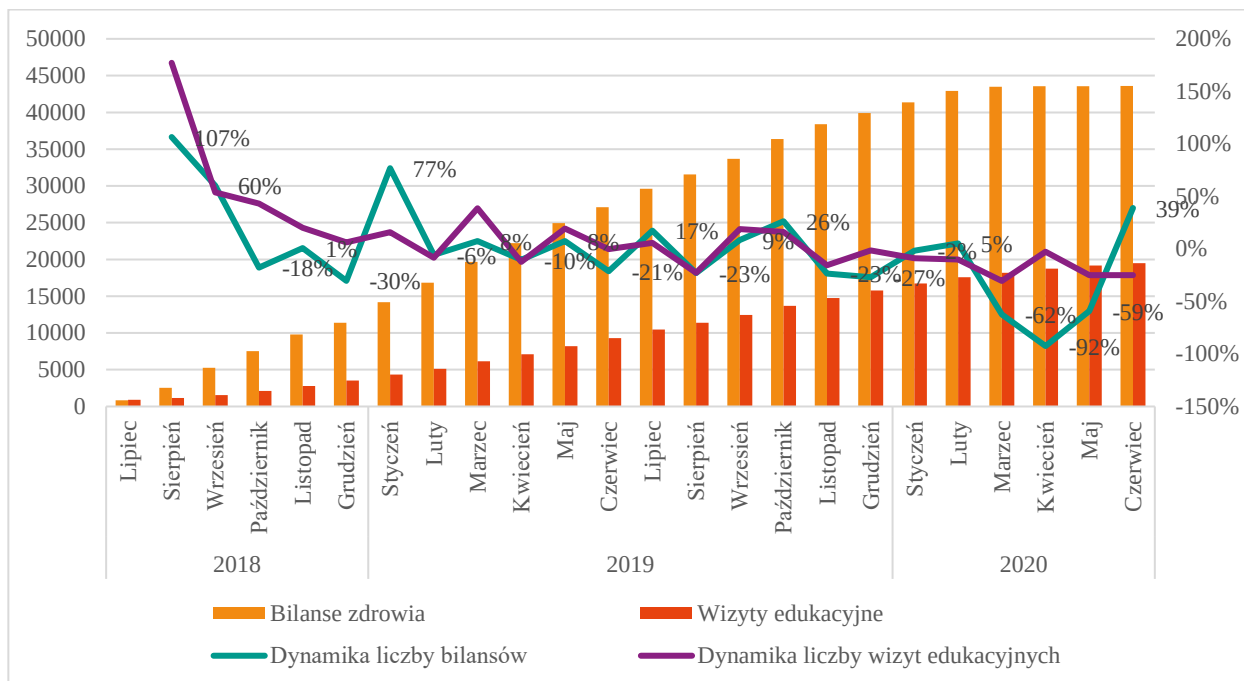
Źródło: Analiza BŚ na podstawie danych KLP NFZ.

3.2.3. Wpływ pandemii na profilaktyczne świadczenia bilansowe

Od marca 2020 r. liczba nowych bilansów zdrowia (podstawowych i pogłębionych) znacznie spadła. Nie odnotowano natomiast spadku liczby wizyt edukacyjnych; edukację zdrowotną z powodzeniem prowadzono z użyciem systemów ICT. Prawdopodobną przyczyną była niechęć pacjentów do odwiedzania placówki opieki zdrowotnej tylko i wyłącznie w celu odbycia wizyty edukacyjnej, w związku z czym w poprzednich miesiącach odnotowano znaczny spadek liczby takich wizyt. Na ryc. 25 przedstawiono skumulowaną liczbę pacjentów, którzy rozpoczęli badania bilansowe i wizyty edukacyjne w okresie od lipca 2018 r. do czerwca 2020 r. (kolumny) oraz dynamikę liczby pacjentów, którzy przystąpili do nowego procesu w porównaniu z poprzednim miesiącem (wiersze). Z danych wynikają dwa ważne wnioski: a) liczba pacjentów, którzy mieli wykonany bilans znacznie przewyższa liczbę pacjentów, którzy odbyli wizytę edukacyjną, oraz b) w miesiącach pandemicznych – w porównaniu do poprzednich – nie odnotowano znacznego spadku liczby pacjentów na wizytach edukacyjnych (pierwszych i kontrolnych). Nie da się tego powiedzieć o liczbie pacjentów zgłaszających się na nowe badania bilansowe, która wyraźnie skurczyła się w okresie od marca do maja 2020 r.

RYC. 25
kontrolnych)

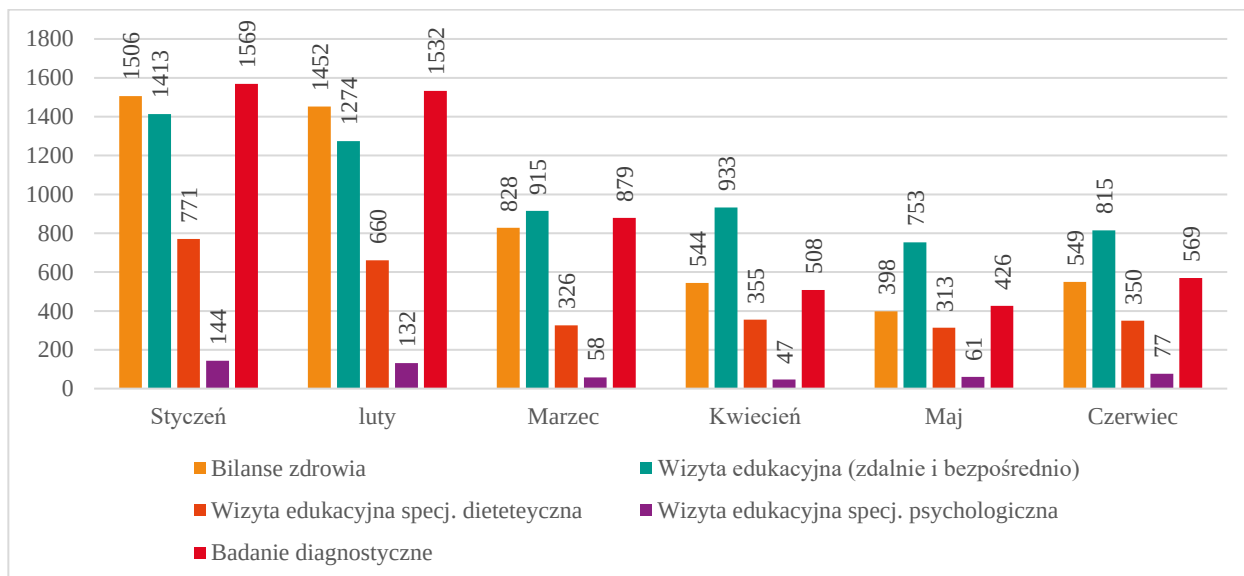
Łączna liczba i miesięczna dynamika liczby pacjentów na bilansach i wizytach edukacyjnych (pierwszych i



Źródło: Analiza BŚ na podstawie danych KLP NFZ.

Liczba pacjentów z nowymi badaniami bilansowymi, a tym samym diagnostycznymi, znacznie spadła od marca 2020 r., a spadkowy trend utrzymał się do czerwca 2020 r. Przyjmuje się, że pandemia COVID-19 znacząco zakłóciła proces rekrutacji do profilaktycznych świadczeń bilansowych. Jednak uczestnicy programu, nadal korzystali ze świadczeń edukacyjnych, co było możliwe po części dzięki rozwiązaniom telemedycznym (ryc. 26).

RYC. 26 Liczba pacjentów korzystających z profilaktycznych świadczeń bilansowych w danym miesiącu 2020 r. (wizyty edukacyjne to suma wszystkich świadczeń tego typu – pierwszych i kontrolnych)



Źródło: Analiza BŚ na podstawie danych KLP NFZ.

W tabeli 2 zestawiono liczbę świadczeń bilansowych w 2019 i 2020 r. Zestawienie potwierdza wcześniej zaobserwowaną przez świadczeniodawców tendencję (ryc. 25 i 26) do wyhamowania działań rekrutacyjnych i koncentracji podejmowanych wysiłków na edukacji zdrowotnej, której prowadzenie i monitorowanie w miesiącach poprzedzających pandemię COVID-19 stanowiło spore wyzwanie.

TABELA 2 Profilaktyczne świadczenia bilansowe w 2019 i 2020 r.

Rodzaj świadczenia bilansowego	2019	2020	Liczba świadczeń zrealizowanych w 2020 r. w porównaniu do 2019 r. (%)
Styczeń			
Bilanse zdrowia	2 016	1 499	74
Edukacja zdrowotna	2 390	2 312	97
Badanie diagnostyczne	3 199	2 145	67
Luty			
Bilanse zdrowia	2 154	1 451	67
Edukacja zdrowotna	2 433	2 063	85
Badanie diagnostyczne	3 464	2 023	58
Marzec			
Bilanse zdrowia	2863	827	29
Edukacja zdrowotna	3,067	1 288	42
Badanie diagnostyczne	4 216	1 077	26
Kwiecień			
Bilanse zdrowia	2 434	532	22
Edukacja zdrowotna	2 879	1 325	46
Badanie diagnostyczne	3 614	526	15
Maj			
Bilanse zdrowia	2 529	309	12
Edukacja zdrowotna	3 082	1 055	34
Badanie diagnostyczne	3 780	388	10
Czerwiec			
Bilanse zdrowia	2 131	239	11
Edukacja zdrowotna	2 834	996	35
Badanie diagnostyczne	3 301	290	9
Maj			
Bilanse zdrowia	2 529	309	12
Edukacja zdrowotna	3 082	1 055	34
Badanie diagnostyczne	3 780	388	10
Czerwiec			
Bilanse zdrowia	2 131	239	11
Edukacja zdrowotna	2 834	996	35
Badanie diagnostyczne	3 301	290	9

Źródło: Analiza BŚ na podstawie danych KLP NFZ.

3.2.4. Wpływ pandemii na program zarządzania chorobą

Analizując liczbę świadczeń udzielonych w ramach DMP w 2020 i 2019 r. trzeba zauważyć, że pierwsze dwa miesiące roku charakteryzowały się w porównaniu z rokiem poprzednim dużym

wzrostem (więcej pacjentów uczestniczących w programie, a zatem więcej udzielonych świadczeń) – co szczególnie odzwierciedlała zwiększona liczba zrealizowanych świadczeń fizjoterapeutycznych. W marcu odnotowano spadek liczby niektórych świadczeń, w tym porad, konsultacji, badań diagnostycznych i laboratoryjnych, przy jednoczesnym niewielkim wzroście liczby świadczeń edukacyjnych, wysokospecjalistycznych badań diagnostycznych i fizjoterapii. W kwietniu edukacja była jedynym świadczeniem udzielanym w większej liczbie niż w roku poprzednim, natomiast w maju 2020 r. wszystkie świadczenia były poniżej poziomu z roku 2019. Czerwcowe wartości liczbowe wskazują na powolny powrót do ilościowego poziomu świadczenia opieki z 2019 r. (tabela 3).

TABELA 3 Świadczenia DMP w 2019 i 2020 r.

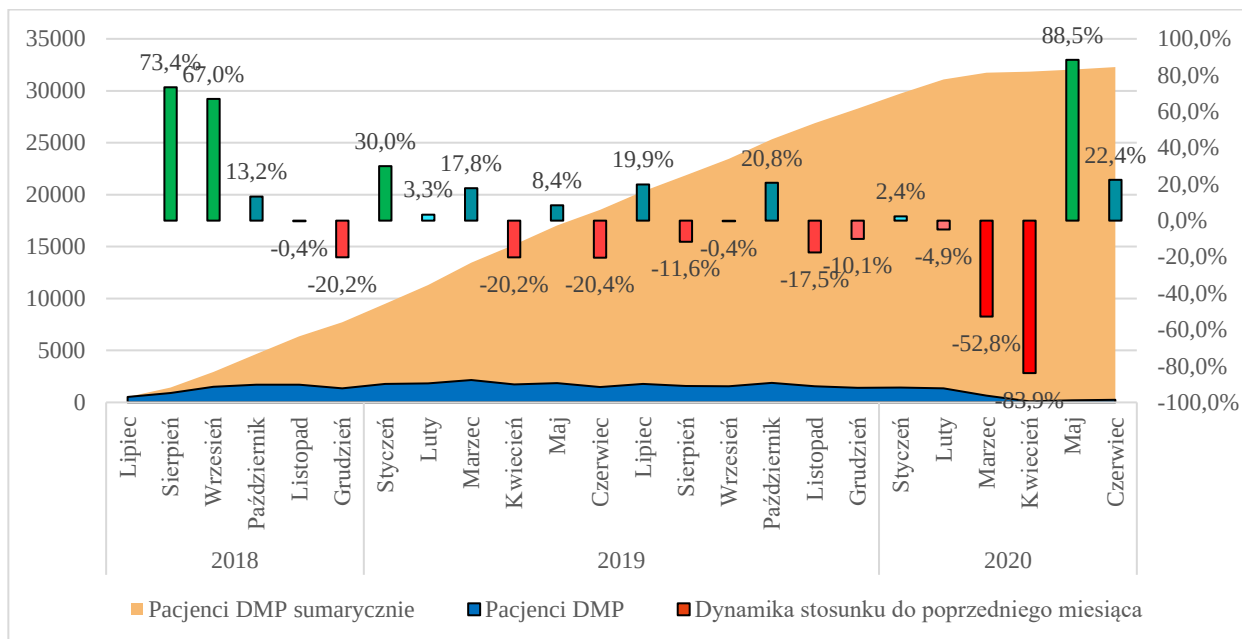
Rodzaj świadczenia DMP	2019	2020	Pula świadczeń zrealizowanych w 2020 r. w porównaniu do 2019 r. (%)
Styczeń			
Porada (wstępna, kompleksowa, kontrolna)	3 393	3 915	115
Konsultacja	1 436	2 894	202
Badanie diagnostyczne	893	1 345	151
Edukacja zdrowotna	327	729	223
Wysokospecjalistyczne badanie diagnostyczne	117	306	262
Badanie laboratoryjne	81	88	109
Fizjoterapia	2 193	9 826	448
Luty			
Porada (wstępna, kompleksowa, kontrolna)	3 732	4 193	112
Konsultacja	1 614	2 961	183
Badanie diagnostyczne	1 047	1 522	145
Edukacja zdrowotna	453	605	134
Wysokospecjalistyczne badanie diagnostyczne	136	320	235
Badanie laboratoryjne	86	114	133
Fizjoterapia	3 412	10 081	295
Marzec			
Porada (wstępna, kompleksowa, kontrolna)	4 524	2 668	59
Konsultacja	2 151	1 904	89
Badanie diagnostyczne	1 369	840	61
Edukacja zdrowotna	443	601	136
Wysokospecjalistyczne badanie diagnostyczne	181	206	114
Badanie laboratoryjne	110	73	66
Fizjoterapia	4 610	5 123	111
Kwiecień			
Porada (wstępna, kompleksowa, kontrolna)	3 692	2 652	72
Konsultacja	2 107	982	47
Badanie diagnostyczne	1 341	190	14
Edukacja zdrowotna	379	645	170
Wysokospecjalistyczne badanie diagnostyczne	223	55	25
Badanie laboratoryjne	111	23	21
Fizjoterapia	4 708	46	1

Maj			
Porada (wstępna, kompleksowa, kontrolna)	3 869	2 704	70
Konsultacja	2 449	1429	58
Badanie diagnostyczne	1 617	372	23
Edukacja zdrowotna	579	409	71
Wysokospecjalistyczne badanie diagnostyczne	316	125	40
Badanie laboratoryjne	83	62	75
Fizjoterapia	5 297	4 258	80
Czerwiec			
Porada (wstępna, kompleksowa, kontrolna)	3 249	2 941	91
Konsultacja	2 193	2 025	92
Badanie diagnostyczne	1 246	639	51
Edukacja zdrowotna	330	394	119
Wysokospecjalistyczne badanie diagnostyczne	239	154	64
Badanie laboratoryjne	73	82	112
Fizjoterapia	5 074	8 223	162

Źródło: Analiza BŚ na podstawie danych KLP NFZ.

W marcu i w kwietniu 2020 r. – podobnie jak w przypadku badań bilansowych – nastąpił znaczny spadek liczby nowych świadczeń dla pacjentów w programie zarządzania chorobą. Jednak w odniesieniu do DMP placówki szybko odwróciły ten spadkowy trend i już w maju 2020 r. dostarczyły produkty DMP – zanotowano wzrost o prawie 90 proc. w stosunku do kwietnia. Na ryc. 27 podano liczbę pacjentów, którym udzielono świadczeń DMP od lipca 2018 r. do czerwca 2020 r. Wskaźniki wzrostu miesiąc do miesiąca (kolumny) sugerują sezonowo niską liczbę chorych w okresach letnich i świątecznych – wartości ujemne. W marcu 2020 r. liczba pacjentów zmniejszyła się o ponad połowę w stosunku do lutego, a w kwietniu skurczyła się jeszcze bardziej, bo o 84 proc. w stosunku do marca. Z kolei w maju 2020 r. odnotowano bardzo duży wzrost liczby pacjentów, prawie o 89 proc. w porównaniu z kwietniem 2020 r. – z 104 do 196 osób.

RYC. 27 Liczba pacjentów – narastająco i nienarastająco – którym udzielono świadczeń DMP oraz wzrost liczby pacjentów DMP w ujęciu miesiąc do miesiąca (wszystkie choroby)

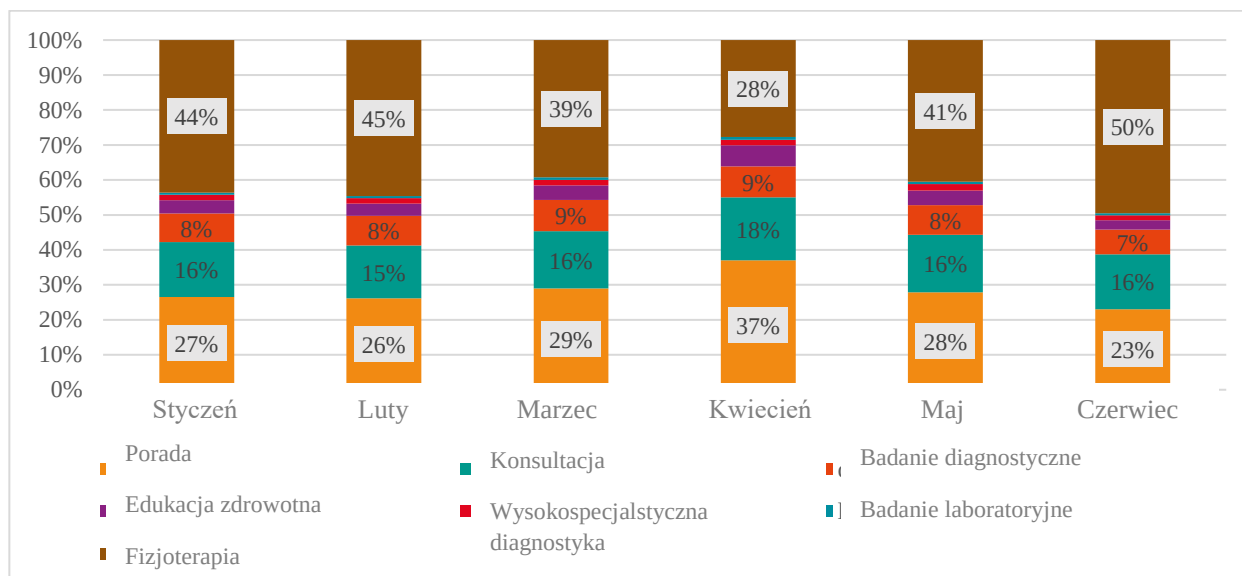


Źródło: Analiza BŚ na podstawie danych KLP NFZ.

Na ryc. 28 przedstawiono udział różnych kategorii świadczeń w ogólnej puli świadczeń DMP w 2020 r.; wśród produktów DMP zrealizowanych na rzecz pacjentów dominuje fizjoterapia i porady. W styczniu i lutym 2020 r. 45 proc. wszystkich świadczeń DMP było związanych z fizjoterapią; w marcu i kwietniu 2020 r. udział ten zmniejszył się odpowiednio do 39 i 28 proc. Następnie udział fizjoterapii w całkowitej puli świadczeń DMP wzrósł, by w czerwcu osiągnąć maksymalny poziom w 2020 r. tj. 50 proc. W kwietniu 2020 r. największy odsetek stanowiły porady – było to 37 proc. ogółu świadczeń DMP (ryc. 28).

RYC. 28

Udział poszczególnych kategorii świadczeń DMP w kolejnych miesiącach w 2020 r.



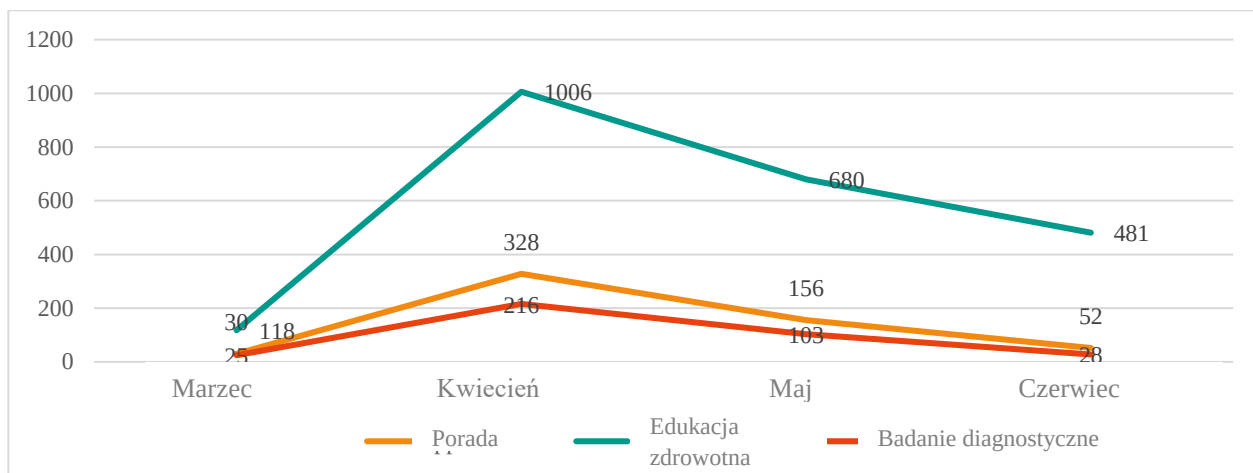
Źródło: Analiza BŚ na podstawie danych KLP NFZ.

3.2.5. Wpływ pandemii na wdrażanie systemów ICT w procesie realizacji świadczeń POZ Plus

Gdyby szukać pozytywnych, ogólnoswiatowych skutków pandemii, jednym z nich byłoby zapewne przyspieszone wdrażanie i zastosowanie systemów ICT do realizacji świadczeń zdrowotnych. Również NFZ zezwolił świadczeniodawcom POZ Plus na realizowanie opieki z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub innych systemów łączności, pod warunkiem, że zdrowie pacjenta nie wymaga bezpośredniego kontaktu z personelem medycznym (patrz rozdział 1.3). W związku z tym od marca 2020 r. placówki zaczęły realizować świadczenia POZ Plus z wykorzystaniem połączeń telefonicznych lub komunikatorów wideo.

Na ryc. 29 podsumowano liczbę profilaktycznych świadczeń bilansowych, których udzielono za pośrednictwem narzędzi ICT lub innych systemów łączności w rozbiciu na kategorie świadczeń. Większość z nich dotyczy edukacji zdrowotnej (pomarańczowa linia). W maju zanotowano spadek liczby telewizyt; jak zaznaczono powyżej na ryc. 23, może to wynikać z ogólnego spadku liczby profilaktycznych świadczeń bilansowych.

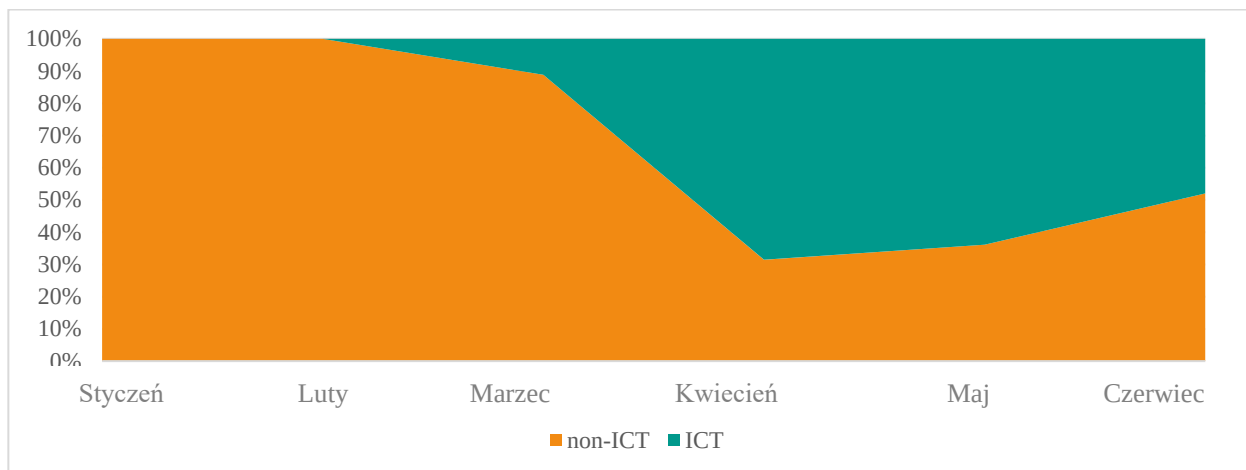
RYC. 29 Telewizyty w realizacji profilaktycznych świadczeń bilansowych w rozbiciu na kategorie świadczeń



Źródło: Analiza BŚ na podstawie danych KLP NFZ.

Świadczeniodawcy zaczęli korzystać z systemów teleinformatycznych w edukacji zdrowotnej już w marcu 2020 r., jednak to w kwietniu i kolejnych miesiącach nastąpiła zasadnicza zmiana w podejściu do realizacji tych świadczeń – od kwietnia 2020 r. ponad 50 proc. wszystkich świadczeń edukacyjnych realizowano z wykorzystaniem tych narzędzi. Tendencja ta utrzymała się do czerwca i uważa się, że będzie mieć długotrwały wpływ na tryb udzielania świadczeń w programie pilotażowym. Na ryc. 30 przedstawiono (kolorem zielonym) świadczenia edukacyjne z użyciem ICT jako odsetek ogółu wizyt edukacyjnych zrealizowanych w ramach programu bilansowego.

RYC. 30 Świadczenia edukacyjne w po bilansie w 2020 r. w podziale na świadczenia udzielone z użyciem i bez użycia ICT (jako % ogółu świadczeń edukacyjnych po bilansie)

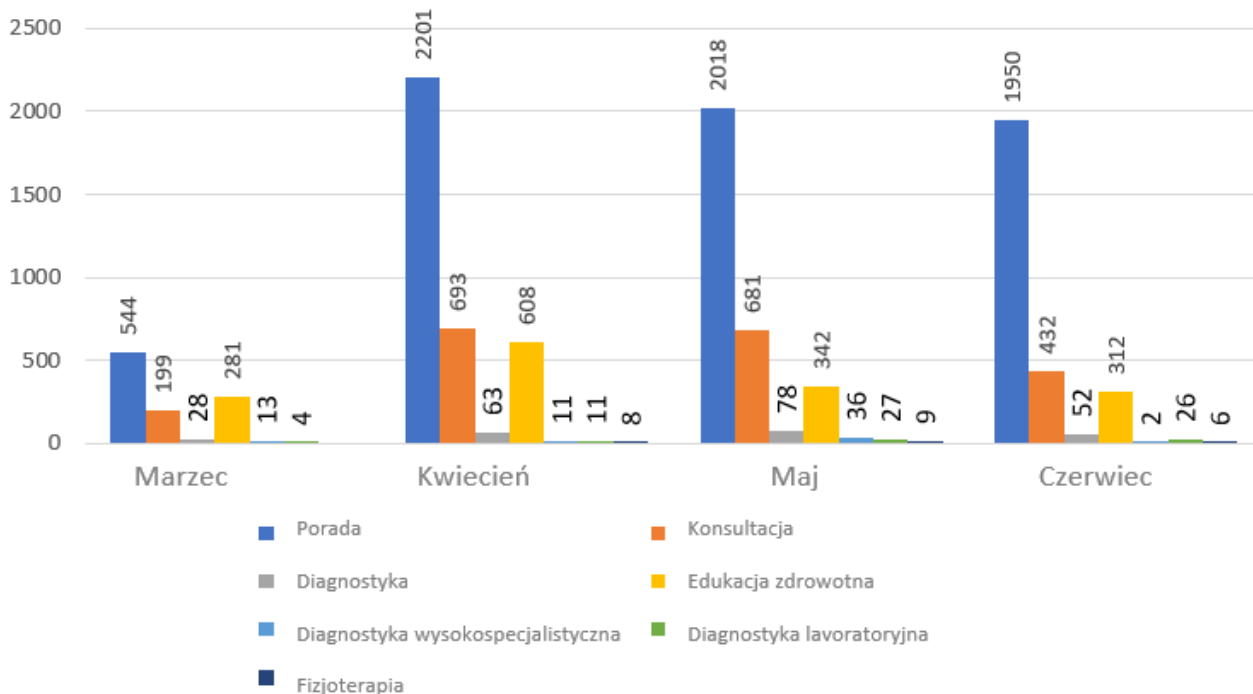


Źródło: Analiza BŚ na podstawie danych KLP NFZ.

W marcu 2020 r. świadczeniodawcy zaczęli również realizować świadczenia DMP z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub innych systemów łączności – dotyczy to zwłaszcza porad i konsultacji jak pokazano na ryc. 31. Największa liczba świadczeń udzielonych z użyciem ICT przypada na kwiecień 2020 r. Następnie liczba wszystkich kategorii świadczeń z użyciem ICT zaczęła spadać. Począwszy od maja świadczenia udzielane w trybie tradycyjnym przeważają nad telemedycznymi. Nasuwa się więc wniosek, że w odróżnieniu od programu bilansowego – DMP charakteryzuje się częstszą realizacją świadczeń w ramach bezpośredniego kontaktu pacjenta z lekarzem (ryc. 31 i 32).

RYC. 31

Liczba świadczeń DMP udzielonych z użyciem ICT i innych systemów łączności

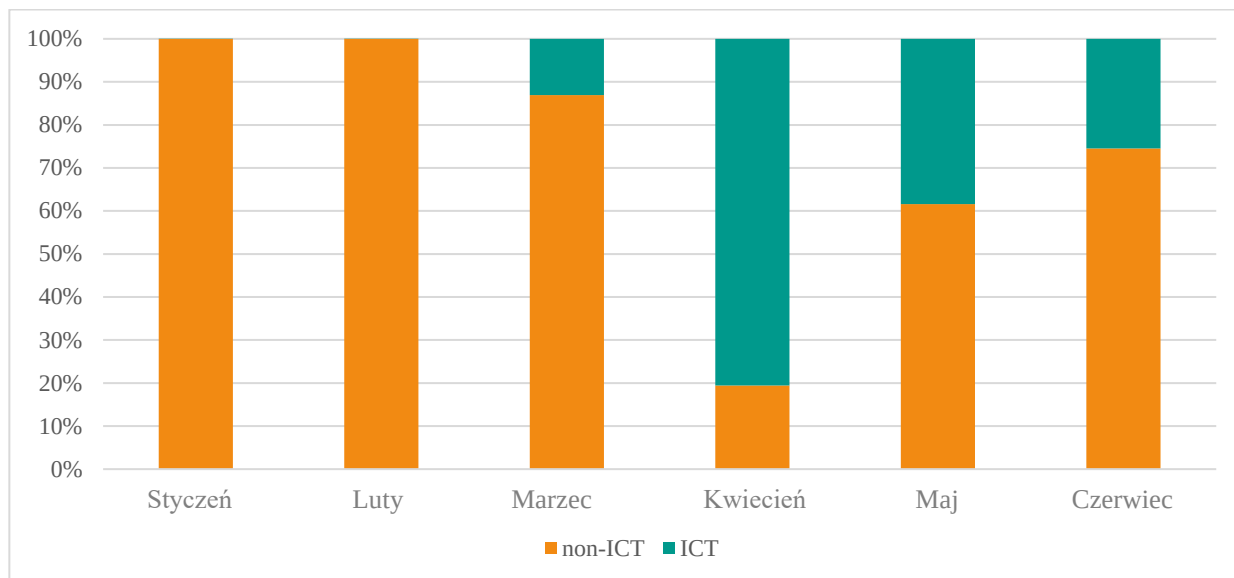


Źródło: Analiza BŚ na podstawie danych KLP NFZ.

RYC. 32

Świadczenia DMP)

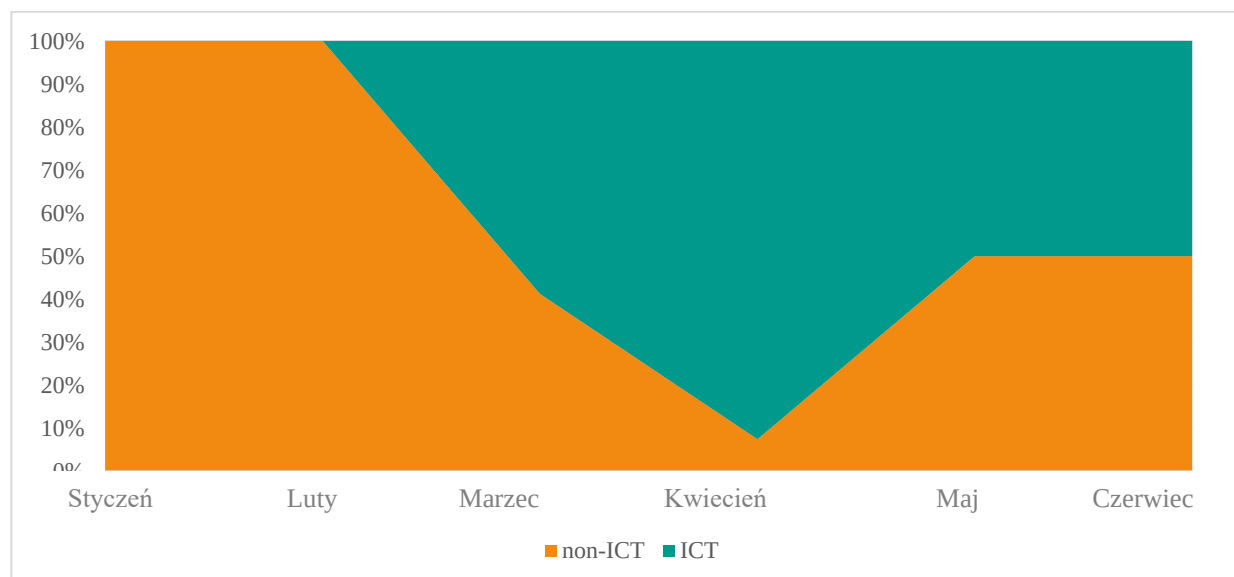
Świadczenia DMP w 2020 r. w podziale na świadczenia udzielone z użyciem i bez użycia ICT (jako % ogółu świadczeń DMP)



Źródło: Analiza BŚ na podstawie danych KLP NFZ.

Podobną tendencję można zauważyć w świadczeniach edukacyjnych z puli DMP, co ilustruje ryc. 33 – narzędzia teleinformatyczne wykorzystywano w celach edukacyjnych głównie w marcu (ok. 60 proc.) i w kwietniu 2020 r. (ok. 90 proc.). W maju i w czerwcu 2020 r. zaledwie połowa ogółu świadczeń edukacyjnych w DMP odbyła się z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub innych systemów łączności.

RYC. 33 Świadczenia edukacyjne DMP w 2020 r. w podziale na świadczenia udzielone z użyciem i bez użycia ICT (jako % ogółu świadczeń edukacyjnych DMP)



Źródło : Analiza BŚ na podstawie danych KLP NFZ.

Wnioski

Pandemia COVID-19 wywarła bezprecedensowy wpływ na ogólny przebieg realizacji świadczeń opieki zdrowotnej, również w ramach pilotażu POZ Plus. Liczba realizowanych świadczeń zaczęła spadać w marcu 2020 r., kiedy w Polsce odnotowano pierwsze przypadki zakażeń, a najniższy poziom osiągnęła w kwietniu w trakcie ogólnokrajowych restrykcji w obszarach gospodarczym i społecznym. Trend spadkowy pod względem liczby świadczeń w POZ Plus był odzwierciedleniem ogólnego spadku w zakresie wykorzystania świadczeń zdrowotnych w POZ, AOS i w lecznictwie zamkniętym w Polsce. Wzrost liczby wykupionych leków na receptę w okresie styczeń – kwiecień 2020 r. w porównaniu z rokiem poprzednim może wskazywać na to, że pacjenci chcieli się zabezpieczyć na czas restrykcyjnych obostrzeń w obawie przed problemami z zaopatrzeniem w leki w trakcie pandemii lub na chęć lekarzy na zmniejszenie liczby kontaktów z pacjentem.

Świadczeniodawcy POZ Plus zaczęli wracać do wcześniejszej aktywności w maju, z trendem wzrostowym odnotowanym w czerwcu. Można z tego wnioskować, że po zniesieniu ograniczeń, korzystanie z opieki zdrowotnej zaczęło się normalizować. Jednak wraz z drugą falą zakażeń z września 2020 r., spodziewany jest kolejny spadek w październiku 2020 r., odnotowany w danych sprawozdawczych za ten okres.

Przedstawione w niniejszym raporcie dane prowadzą do kilku zasadniczych wniosków.

Po pierwsze, pandemia mocniej uderzyła w realizację profilaktycznych świadczeń bilansowych niż w program zarządzania chorobą. Placówki koncentrowały się przede wszystkim na przywróceniu opieki nad pacjentami z chorobami przewlekłymi w obawie przed ryzykiem zaostrzenia stanu pacjenta, a nie na profilaktyce i promocji zdrowia wśród pacjentów w ramach świadczeń bilansowych. Niewykluczone są również takie przyczyny spadku świadczeń w bilansowych, jak koncentracja lekarzy na profilaktyce infekcji COVID czy trudności w przeprowadzeniu bilansu.

Po drugie, pandemia przyspieszyła wdrażanie systemów opartych na technologiach informacyjno-komunikacyjnych (ICT) w kontekście programu pilotażowego. Od marca 2020 r. w stosownych przypadkach świadczeniodawcy mogli realizować świadczenia z wykorzystaniem narzędzi ICT; jest to duża zmiana w strategii realizacji pilotażowych świadczeń, szczególnie w zakresie edukacji zdrowotnej. Do lutego 2020 r. obserwowano niski poziom wykonania świadczeń edukacyjnych następujących po wizycie bilansowej i poradzie DMP. W okresie od początku pilotażu do czerwca 2020 r. 60% osób, które otrzymały świadczenia w ramach profilaktycznych świadczeń bilansowych, odbyło wizyty edukacyjne, natomiast w przypadku DMP tylko 22% osób skorzystało z porady edukacyjnej. Przyczyn tego niepokojącego zjawiska upatrywano w unikaniu wizyt kontrolnych i edukacji zdrowotnej oraz niechęci pacjentów do odwiedzania placówki w celach edukacyjnych. Kiedy NFZ zezwolił placówkom na prowadzenie edukacji zdrowotnej z wykorzystaniem narzędzi ICT świadczeniodawcy zaczęli zgłaszać wyraźną poprawę w gotowości pacjentów do dalszego kontaktu, co znalazło odzwierciedlenie w danych przedstawionych w niniejszym raporcie. Wpływ na to mogła mieć również zmiana organizacji

pracy w placówce. Planując i wdrażając program pilotażowy – niezależnie od jego rodzaju – trzeba przede wszystkim dostosować różne tryby realizacji świadczeń do potrzeb pacjenta, a następnie je przetestować. W omawianym przypadku zastosowanie telemedycyny zostało wymuszone warunkami pandemii, jednak podejście to okazało się skuteczne.

Po trzecie, edukacja zdrowotna z wykorzystaniem systemów ICT jest częściej świadczona w przypadku populacji bilansowej niż w przypadku populacji DMP. W kwietniu 2020 r. większość działań edukacyjnych po bilansach i w ramach DMP odbyła się z wykorzystaniem ICT lub innych narzędzi komunikacyjnych, lecz w kolejnych miesiącach udział teleświadczeń w DMP zaczął się stopniowo obniżać, podczas gdy w programie bilansowym niezmiennie stanowił ok. 50 proc. ogółu świadczeń edukacyjnych.