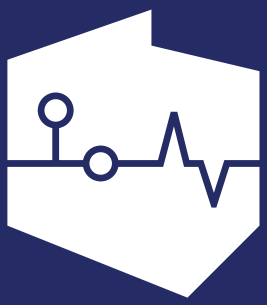


Mapy potrzeb zdrowotnych

Efektywne działanie przez mapowanie

Wpływ pandemii COVID-19 na potrzeby zdrowotne w Polsce

Choroby mięśniowo-szkieletowe

Warszawa
2022

Fundusze Europejskie Wiedza Edukacja Rozwój
Rzeczpospolita Polska
Ministerstwo Zdrowia
Unia Europejska Europejski Fundusz Społeczny

Spis treści

Słownik skrótów 3

1. Wstęp 5

2. Pandemia COVID-19 w Polsce 7

3. Materiały i metody 11

4. Wyniki 31

4.1 Ambulatoryjna opieka specjalistyczna 12

4.2 Leczenie szpitalne 14

5.Podsumowanie 31

Słownik skrótów

COVID-19 – ostra choroba zakaźna układu oddechowego wywołana zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 (ang. *coronavirus disease 2019*)

EWP – ewidencja wjazdu do Polski

GUS – Główny Urząd Statystyczny

KRPC-19 – Krajowy Rejestr Pacjentów z COVID-19

MSWiA – Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Administracji

MZ – Ministerstwo Zdrowia

NFZ – Narodowy Fundusz Zdrowia

NIZP PZH-PIB – Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego
PZH – Państwowy Instytut Badawczy

POZ – podstawowa opieka zdrowotna

RPWDL – Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą

SARS-CoV-2 – drugi koronawirus ciężkiego ostrego zespołu oddechowego, (ang. *severe acute respiratory syndrome coronavirus 2*)

WSSE – wojewódzka stacja sanitarno-epidemiologiczna

01

Wstęp

Głównym celem dokumentu jest podsumowanie wpływu pandemii COVID-19 na realizację świadczeń udzielanych w chorobach mięśniowo-szkieletowych.

Istotnym elementem mającym wpływ na realizację świadczeń oraz na poprawę bezpieczeństwa pacjentów były działania realizowane przez Ministra Zdrowia w zakresie walki z pandemią i przeciwdziałaniu jej skutkom. Najważniejsze z tych działań zostały opisane w dokumencie pt. „Wpływ pandemii COVID-19 na potrzeby zdrowotne w Polsce, Choroby zakaźne”[1] .

1 https://basiw.mz.gov.pl/api/download/file?fileName=MPZ_2020/analizy/220131_Wp%C5%82yw_pandemii_COVID-19_na_potrzeby_zdrowotne.pdf, dostęp w dniu 11.02.2022 r.

Rozdział drugi

niniejszego raportu przedstawia podstawowe informacje na temat przebiegu pandemii COVID-19 w Polsce. Wykorzystano dane z wojewódzkich stacji sanitarno-epidemiologicznych i z rejestru w zakresie liczby zakażeń i zgonów z powodu COVID-19.

Rozdział trzeci

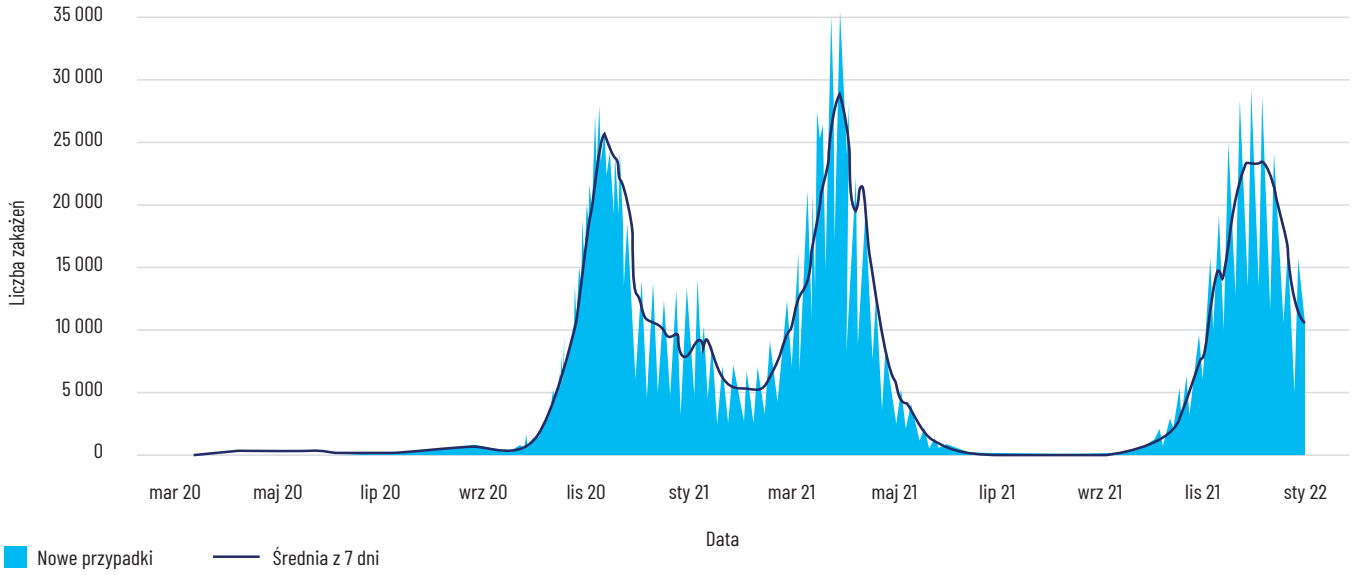
został poświęcony omówieniu metod, słowników oraz danych, wykorzystanych w analizie. Natomiast, w rozdziale czwartym opisano wyniki analiz. Przeanalizowano dane Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ) za lata 2015-2020 w zakresie liczby realizowanych świadczeń w chorobach mięśniowo-szkieletowych. Dodatkowo, realizację świadczeń w latach 2019-2020 przeanalizowano także w ujęciu miesięcznym oraz w podziale na województwa. W dokumencie uwzględniono świadczenia w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna (AOS) oraz leczenie szpitalne (LSz). W piątym rozdziale podsumowano najważniejsze wnioski z przeprowadzonej analizy.

02

Pandemia COVID-19 w Polsce

W dniu 4 marca 2020 r. wykryto w Polsce pierwszy przypadek COVID-19. Wydarzenie to zapoczątkowało tzw. pierwszą falę zakażeń. Analizując dotychczasowy przebieg pandemii w Polsce (Rysunek 1) obserwujemy, że pierwsza fala wiosną 2020 r. wyraźnie różni się pod względem raportowanych wartości zakażeń od kolejnych jesienią 2020 r., wiosną 2021 r. oraz jesienią 2021 r. Odnotowywano wtedy podobne maksymalne wartości wykrytych zakażeń (ponad 25 tys. dziennie). Z dotychczasowego przebiegu pandemii, na podstawie dwóch fal jesiennych, można wysnuć ostrożne wnioski o sezonowym charakterze zakażeń.

Rysunek 1. Liczba zakażeń COVID-19 w Polsce



Źródło: Opracowanie MZ na podstawie danych MZ

Na dzień 31 grudnia 2021 r. w Polsce odnotowano w sumie 4 081 432 zakażeń oraz 97 806 przypadków śmiertelnych. Rzeczywista liczba przypadków zakażeń może być wyższa, co wynika m.in. z bezobjawowych przebiegów, podczas których zakażeni nie wiedzą, że mieli kontakt z wirusem i nie poddają się testom. Wniosek taki wspiera także literatura naukowa[2], która dostarcza wiedzę o epidemiologicznych własnościach wirusa, takich jak jego śmiertelność. Na podstawie przesłanek z literatury, a także znajomości liczby zgonów z powodu COVID-19, szacować można liczbę wszystkich infekcji, w tym bezobjawowych.

W trakcie trwania pandemii można było zaobserwować zmieniające się postawy społeczne. Jedną z nich był popularny w trakcie pierwszej fali, czyli wiosną 2020 r., ruch „Zostań w domu", który zachęcał do samoizolacji. Był to również okres największej niepewności co do tego, jak pandemia rozwinie się w Polsce i na świecie. Spowodowało to rezygnację ludzi z wizyt u lekarza bądź odroczenie terminów udzielania świadczeń.

Jesień 2020 r. przyniosła kolejną falę, tym razem bardziej niebezpieczną, co wiązało się z istotnym zapotrzebowaniem na miejsca szpitalne na oddziałach zakaźnych oraz na sprzęt medyczny przeznaczony do pomocy pacjentom z COVID-19. Okres ten mógł spowodować przypływ lęku w społeczeństwie, który objawiał się dystansowaniem społecznym, ale również obawą przed zgłaszaniem się do szpitala z dolegliwościami niezwiązanymi z wirusem. W tym czasie teleporady zaczęły pełnić istotną rolę w bieżącej opiece nad pacjentami, osiągając 35% wszystkich świadczeń realizowanych w POZ. Jednocześnie był to czas największej liczby zgonów (z dowolnej przyczyny).

2 Meyerowitz-Katz G, Merone L. A systematic review and meta-analysis of published research data on COVID-19 infection fatality rates. Int J Infect Dis. 2020; https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7524446/#, dostęp w dniu 02.12.2021 r.

Pogłębiona analiza wysokiej liczby zgonów w 2020 r. opublikowana została przez MZ w R*aporcie o zgonach w Polsce w 2020 r.*[3]. Dokładny raport przedstawiający przyczyny zgonów w 2020 r. – *Umieralność i zgony według przyczyn w 2020 roku*[4] - został przygotowany przez GUS.

Podczas fali jesiennej w 2020 r. najwięcej zakażeń w przeliczeniu na 100 tysięcy ludności zarejestrowano w listopadzie (1,58 tys. dla Polski). Jednocześnie w tym miesiącu najwyższe wskaźniki w przeliczeniu na ludność osiągnęły województwa: opolskie (1,93 tys.), wielkopolskie (1,80 tys.) oraz śląskie (1,78 tys.).

Tabela 1. Liczba zakażeń wirusem SARS-CoV-2 na 100 tys. ludności w 2020 r. w podziale na województwa.

WOJEWÓDZTWA	MARZEC	KWIECIEŃ	MAJ	CZERWIEC	LIPIEC	SIERPIEŃ	WRZESIEŃ	PAŹDZIERNIK	LISTOPAD	GRUDZIEŃ
dolnośląskie	9	45	36	11	12	28	38	477	1 775	622
kujawsko-pomorskie	4	23	2	4	6	26	66	923	1 665	1 394
lubelskie	6	11	6	7	16	29	53	702	1 564	742
lubuskie	4	4	3	3	25	29	32	585	1 491	915
łódzkie	9	31	25	61	35	54	60	850	1 540	815
małopolskie	6	21	10	15	52	116	109	939	1 546	371
mazowieckie	10	35	21	26	26	54	62	722	1 229	703
opolskie	7	33	25	30	25	46	75	809	1 930	761
podkarpackie	4	11	3	12	31	53	68	834	1 412	369
podlaskie	3	29	6	33	11	28	64	569	1 493	673
pomorskie	2	16	5	5	10	70	103	659	1 544	1 062
śląskie	6	44	134	95	77	96	47	560	1 783	618
świętokrzyskie	4	18	17	26	14	37	56	746	1 490	426
warmińsko-mazurskie	4	6	2	4	8	37	53	502	1 653	1 493
wielkopolskie	4	37	20	14	31	56	60	794	1 801	933
zachodniopomorskie	4	19	8	4	7	24	41	531	1 614	1 417
Polska	**6**	**28**	**29**	**27**	**30**	**57**	**63**	**709**	**1 582**	**796**

Źródło: Opracowanie MZ na podstawie danych WSSE oraz z systemu EWP

Podobny trend dotyczy liczby zgonów. Najwięcej zgonów z powodu COVID-19 lub COVID-19 z chorobami współistniejącymi zarejestrowano w listopadzie i grudniu (sumarycznie ok. 60 na 100 tys. ludności), natomiast wśród województw najwięcej przypadków śmiertelnych na 100 tys. ludności odnotowano w województwie opolskim analogicznie do zakażeń.

3 https://www.gov.pl/web/zdrowie/raport-o-zgonach-w-polsce-w-2020-r, dostęp w dniu 02.12.2021 r.

4 https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/statystyka-przyczyn-zgonow/umieralnosc-i-zgony-wedlug-przyczyn-w-2020-roku,10,1.html, dostęp w dniu 02.12.2021 r.

Tabela 2. Liczba zgonów w wyniku COVID-19 na 100 tys. ludności w 2020 r. w podziale na województwa

WOJEWÓDZTWA	MARZEC	KWIECIEŃ	MAJ	CZERWIEC	LIPIEC	SIERPIEŃ	WRZESIEŃ	PAŹDZIERNIK	LISTOPAD	GRUDZIEŃ
dolnośląskie	0,1	1,5	1,9	1,3	0,4	0,4	0,5	5,7	29,1	26,4
kujawsko-pomorskie	-	1,4	0,9	0,1	-	0,2	0,9	5,3	23,4	40,8
lubelskie	0,2	0,4	0,1	0,1	0,1	0,2	0,7	10,2	37,5	38,3
lubuskie	-	-	-	-	1,0	0,4	0,4	5,2	29,6	29,5
łódzkie	-	1,3	1,4	4,0	1,8	1,2	1,7	5,9	25,8	33,8
małopolskie	-	0,9	0,3	0,1	0,6	1,9	2,0	12,8	38,6	21,3
mazowieckie	0,1	3,6	1,1	1,2	0,9	0,6	0,8	5,3	26,1	23,1
opolskie	-	2,9	1,9	0,4	0,4	0,6	1,9	13,2	45,0	40,2
podkarpackie	0,1	0,9	0,6	0,7	0,5	1,1	2,3	13,9	40,2	25,4
podlaskie	-	0,3	0,5	0,1	0,9	0,8	1,4	7,2	31,4	28,9
pomorskie	-	0,5	1,0	0,1	-	0,3	1,5	9,0	25,0	28,9
śląskie	0,2	2,4	2,0	2,7	1,4	2,0	1,7	8,3	29,0	26,2
świętokrzyskie	0,1	0,6	1,1	1,4	0,5	0,4	0,5	11,6	31,7	27,1
warmińsko-mazurskie	-	0,1	-	-	0,1	0,5	0,5	5,9	30,4	46,2
wielkopolskie	0,1	2,4	1,9	0,7	0,6	0,8	1,7	9,4	28,3	37,4
zachodniopomorskie	0,1	0,5	0,5	0,2	0,1	0,2	0,4	3,6	23,3	31,6
Polska	**0,1**	**1,6**	**1,1**	**1,0**	**0,7**	**0,8**	**1,2**	**8,2**	**30,1**	**29,9**

Źródło: Opracowanie MZ na podstawie danych WSSE oraz z systemu EWP

Pierwsza połowa 2021 r. była okresem intensywnego rozwoju Narodowego Programu Szczepień przeciw COVID-19, który zapewnił zwiększoną immunizację społeczeństwa. Latem 2021 r. obserwowano znaczący spadek liczby zakażeń. Na jesieni odnotowano jednak kolejne wzrosty zakażeń w ramach czwartej fali, podczas której wartości wykrywanych zakażeń osiągnęły podobne pułapy jak w trakcie poprzednich dwóch fal. Wysokie liczby zakażeń oraz zgonów spowodowanych COVID-19 w tym okresie związane są z pojawieniem się w tym czasie w Polsce nowego wariantu Delta wirusa SARS-CoV-2.

03

Materiał i metody

W toku analizy wykorzystano agregację danych Narodowego Funduszu Zdrowia za lata 2015-2020 umożliwiającą przedstawienie wyników. Przyjęte w analizie grupowanie świadczeń w ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz leczeniu szpitalnym opisano w tym podrozdziale.

W analizie świadczeń w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna uwzględniono świadczenia udzielane w zakresie ortopedii i traumatologii narządu ruchu, reumatologii oraz leczenia osteoporozy (Tabela 3). W analizie nie uwzględniono świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej dedykowanej dzieciom, ponieważ zostały one przedstawione w raporcie „Wpływ pandemii COVID-19 na potrzeby zdrowotne w Polsce, Matka i dziecko”[5].

Tabela 3. Świadczenia w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna uwzględnione w raporcie

NAZWA ŚWIADCZEŃ	KOD PRODUKTU/ KOD ZAKRESU
Świadczenia w zakresie ortopedii i traumatologii narządu ruchu	02.1580.001.02, 02.1580.101.02, 02.1580.201.02, 02.1580.401.02
Świadczenia w zakresie reumatologii	02.1280.001.02, 02.1280.401.02,
Świadczenia w zakresie leczenia osteoporozy	02.1584.001.02, 02.1584.4001.02

*oznacza dowolny ciąg znaków rozpoczynający się na wskazany fragment kodu
Źródło: Opracowanie DAiS MZ na podstawie danych NFZ

W rodzaju leczenie szpitalne uwzględniono świadczenia sekcji H katalogu JGP, Choroby układu mięśniowo-szkieletowego (Tabela 4).

Tabela 4. Świadczenia w rodzaju leczenia szpitalnego uwzględnione w raporcie

NAZWA ŚWIADCZEŃ	KOD PRODUKTU/ KOD ZAKRESU
Sekcja H katalogu JGP, Choroby układu mięśniowo-szkieletowego	5.51.01.0008*

*oznacza dowolny ciąg znaków rozpoczynający się na wskazany fragment kodu
Źródło: Opracowanie DAiS MZ na podstawie danych NFZ

5 https://basiw.mz.gov.pl/api/download/file?fileName=MPZ_2020/analizy/220330_Wp%C5%82yw_pandemii_COVID-19_na_potrzeby_zdrowotne_matka_dziecko.pdf, dostęp w dniu 1.04.2022

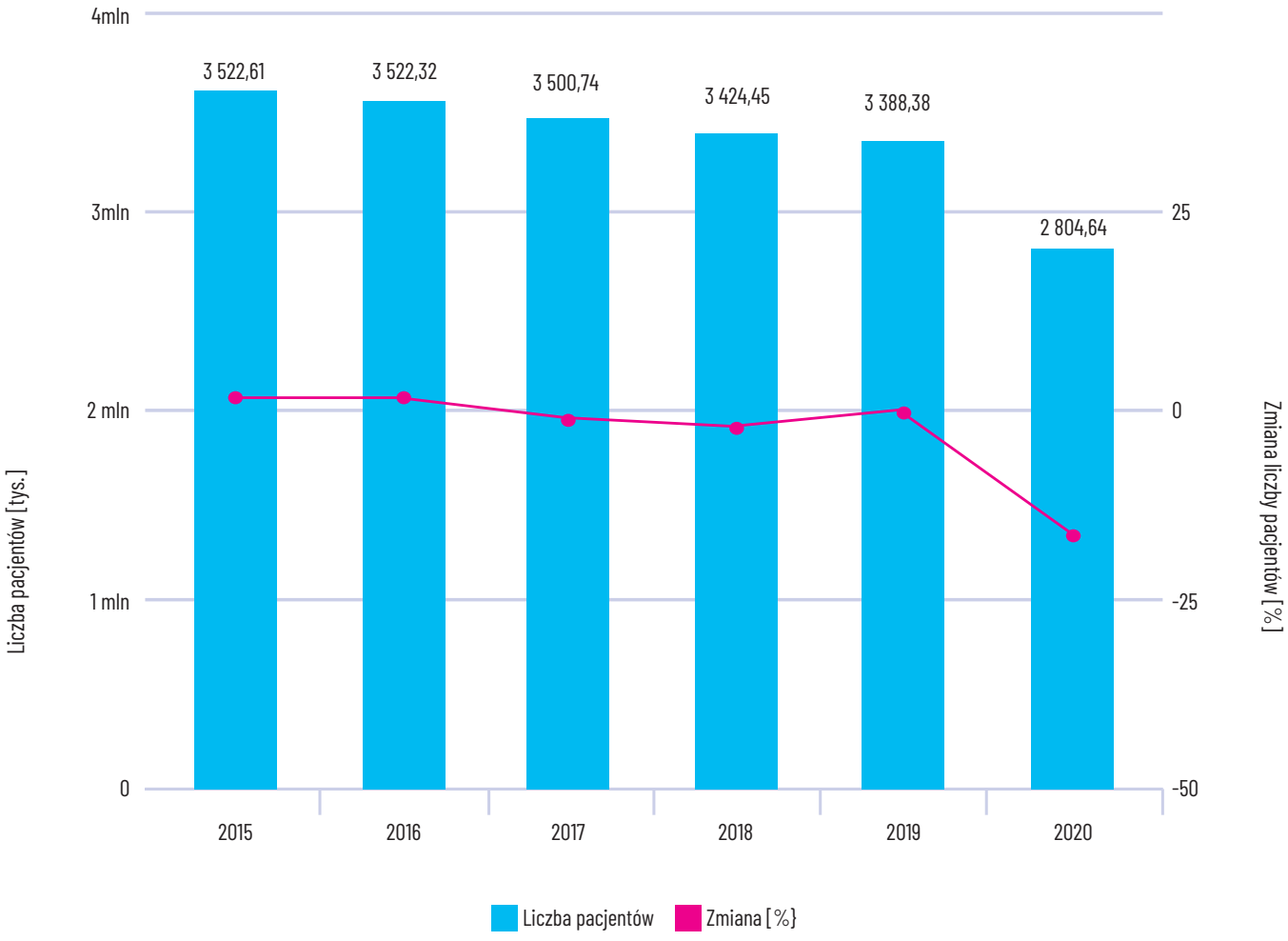
04

Wyniki

4.1 Ambulatoryjna opieka specjalistyczna

Na przestrzeni lat 2015–2019 liczba pacjentów w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej, którym udzielono świadczeń w zakresie chorób układu mięśniowo-szkieletowego utrzymywała się na zbliżonym poziomie. Jednak w 2020 r. zaobserwowano spadek o 584 tys. pacjentów (-17,2%) w stosunku do 2019 r. (Rysunek 2).

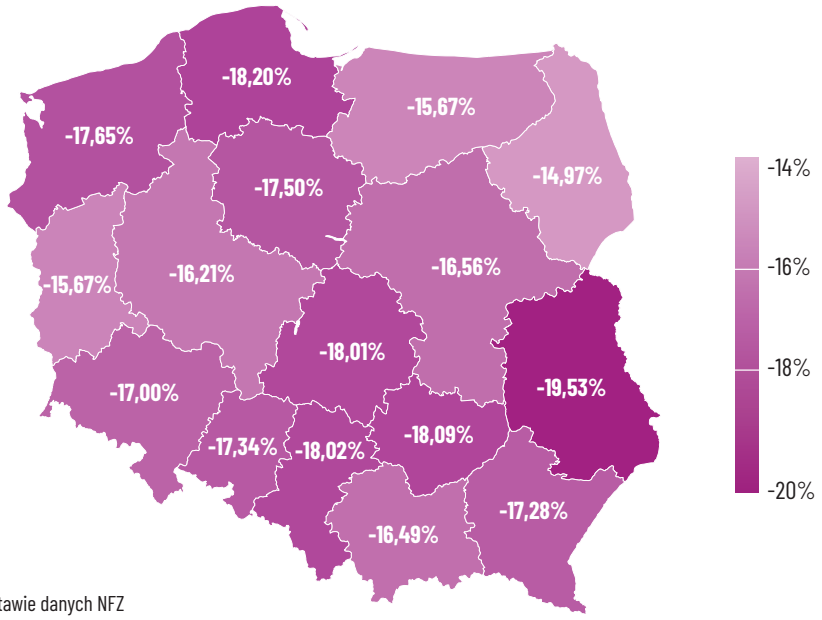
Rysunek 2. Liczba pacjentów oraz procentowa zmiana liczby pacjentów w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej (z uwzględnieniem teleporad) względem roku poprzedniego w latach 2015-2020



Źródło: Opracowanie DAiS MZ na podstawie danych NFZ

Liczba pacjentów w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej między 2020 r. a 2019 r. zmniejszyła się we wszystkich województwach. Największe spadki wystąpiły w województwach lubelskim (-19,53%) oraz pomorskim (-18,20%). Natomiast najmniejsze spadki liczby pacjentów zaobserwowano w województwach podlaskim (-14,97%) oraz warmińsko-mazurskim i lubuskim (-15,67%). (Rysunek 3).

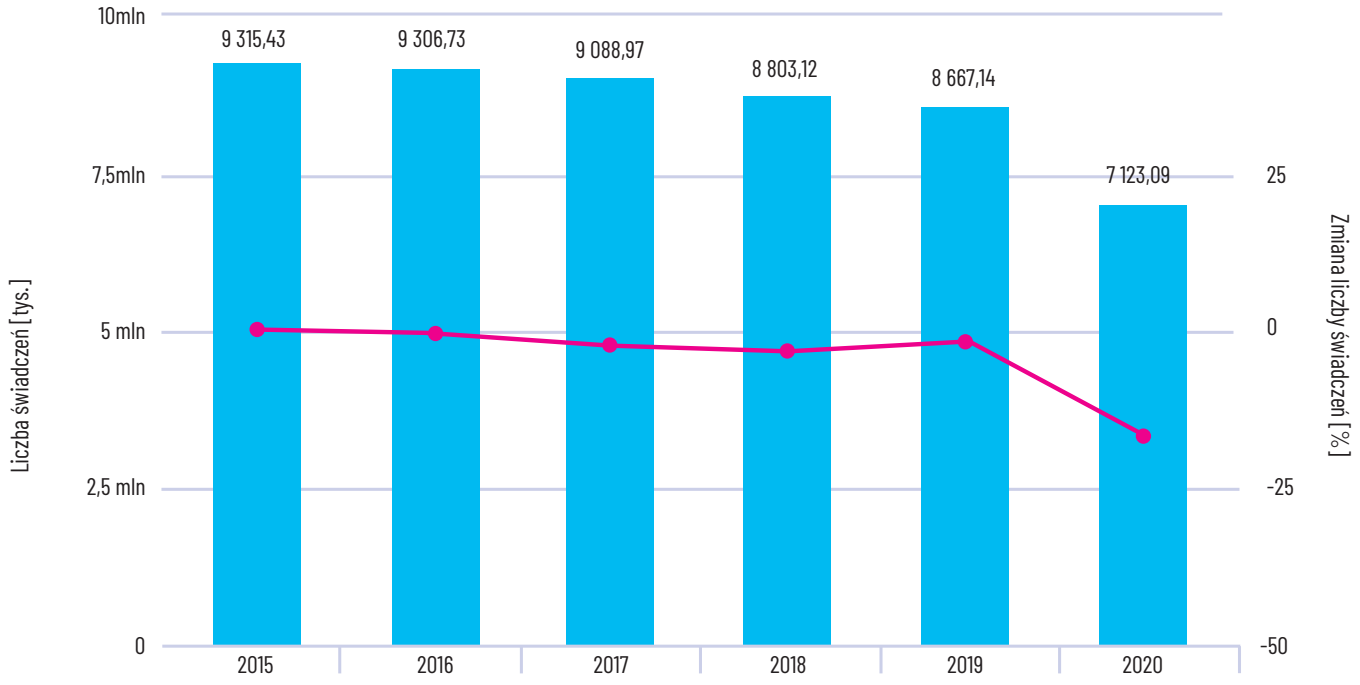
Rysunek 3. Procentowa zmiana liczby pacjentów ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w województwach w roku 2020 względem 2019 (mapa na podstawie lokalizacji świadczeniobiorcy)



Źródło: Opracowanie DAiS MZ na podstawie danych NFZ

Liczba zrealizowanych świadczeń w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej w latach 2015 – 2019 systematycznie zmniejszała się, jednak najbardziej widoczny spadek realizacji dotyczył 2020 r. i wynosił 1,54 mln (-17,8%) względem 2019 r. (Rysunek 4).

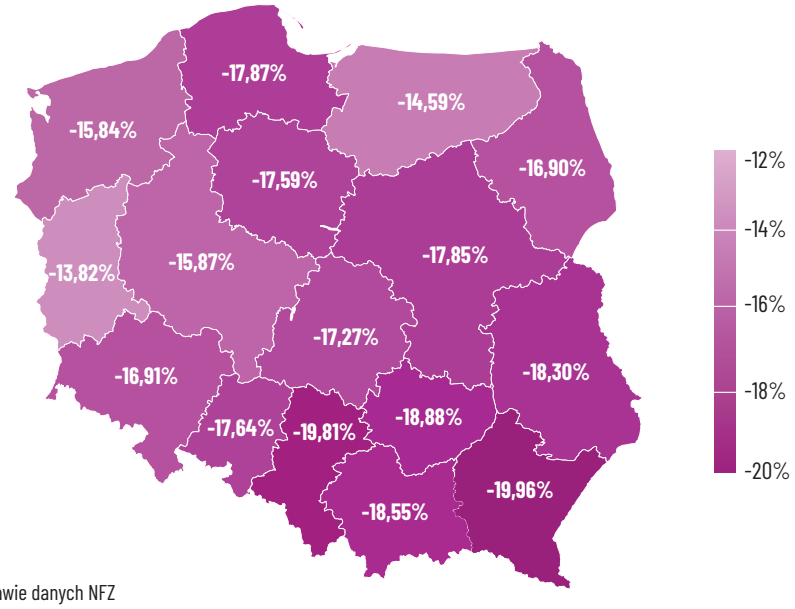
Rysunek 4. Liczba świadczeń oraz procentowa zmiana liczby świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (z uwzględniem teleporad) względem roku poprzedniego w latach 2015-2020



Źródło: Opracowanie DAiS MZ na podstawie danych NFZ

Największe spadki w liczbie świadczeń określanych na podstawie miejsca zamieszkania pacjenta pomiędzy 2020 r. a 2019 r. zaobserwowano w województwie podkarpackim oraz śląskim, odpowiednio 19,96%, oraz 19,81%. Natomiast najmniejsze miały miejsce w województwie lubuskim i warmińsko-mazurskim, odpowiednio 13,82% oraz 14,59% (Rysunek 5).

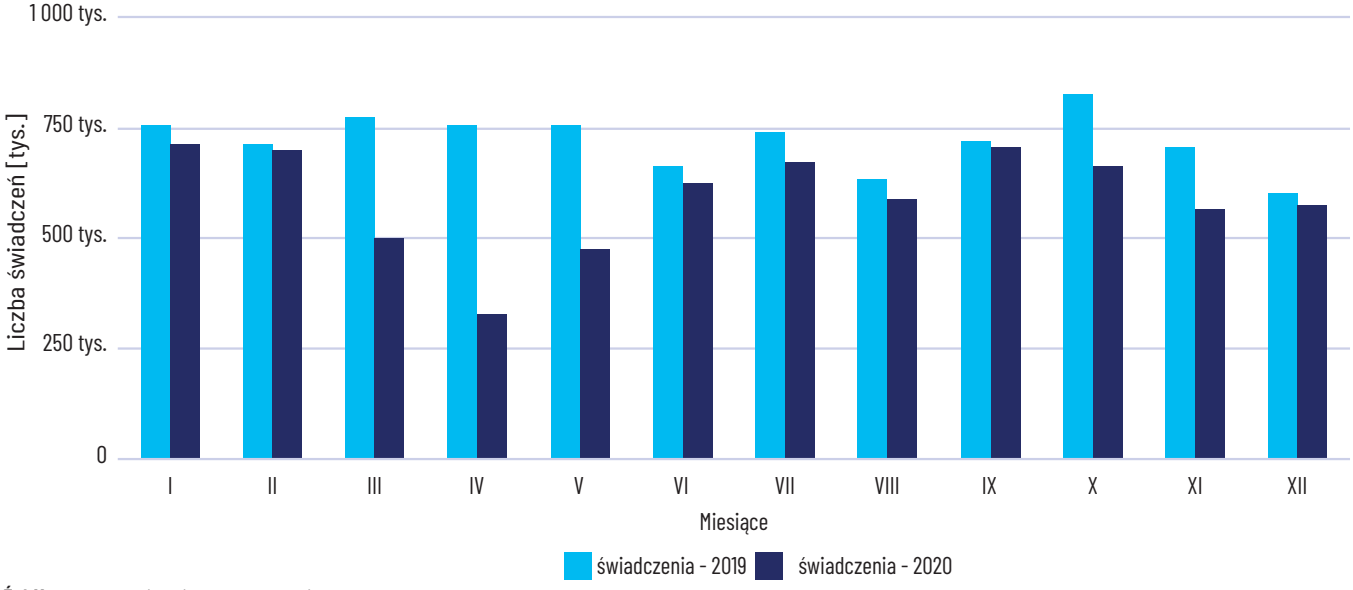
Rysunek 5. Procentowa zmiana liczby świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w województwach w roku 2020 względem 2019 (mapa na podstawie lokalizacji świadczeniobiorcy)



Źródło: Opracowanie DAiS MZ na podstawie danych NFZ

Najbardziej wyraźny spadek liczby porad w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej pomiędzy 2020 r. a 2019 r. miał miejsce w miesiącach marzec-maj, czyli pokrywał się z wystąpieniem pierwszej fali zachorowań na COVID-19. W okresie wrzesień-grudzień 2020 r., kiedy miała miejsce druga fala zachorowań na COVID-19, spadki były zdecydowanie mniej widoczne (Rysunek 6).

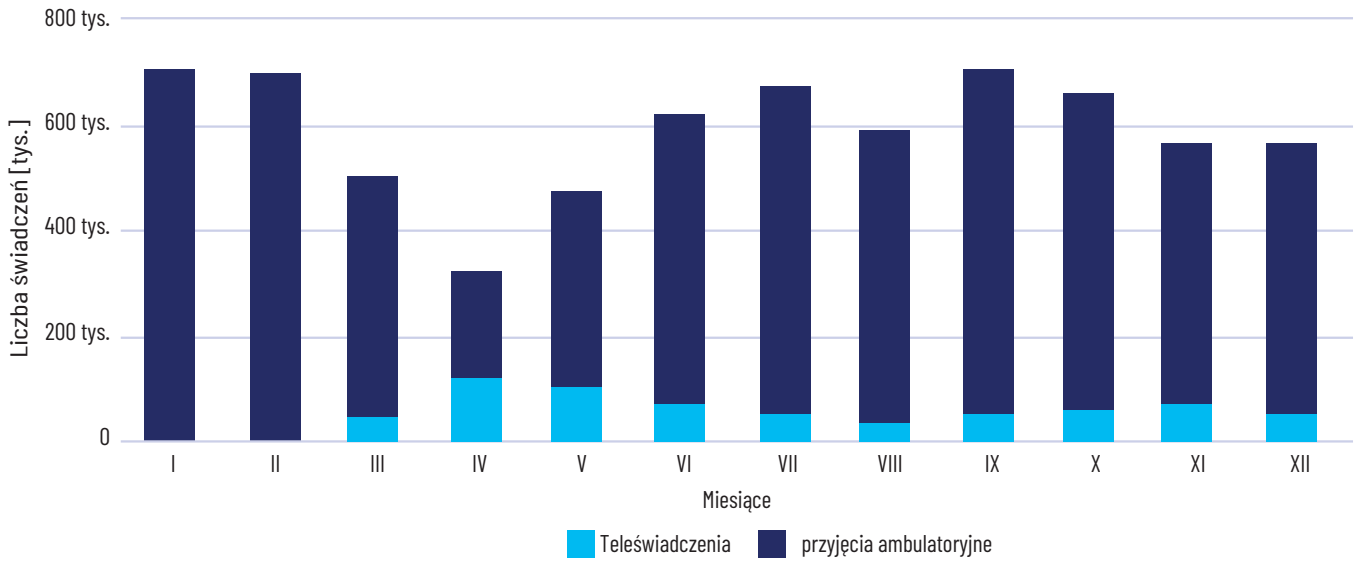
Rysunek 6. Liczba świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w poszczególnych miesiącach w latach 2019-2020



Źródło: Opracowanie DAiS MZ na podstawie danych NFZ

Możliwość realizacji świadczeń z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub innych systemów łączności w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej wprowadzono już w 2019 roku, ale dopiero nadejście pandemii spowodowało, że liczba realizowanych teleświadczeń istotnie wzrosła. Teleświadczenia identyfikowano w bazie NFZ na podstawie sprawozdawania następujących kodów ICD-9: 89.0098 Wizyta z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności, 89.0099. Porada lekarska za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności, 89.92 E- konsultacja. Największy udział teleświadczeń, w całkowitej liczbie zrealizowanych świadczeń w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej wystąpił w kwietniu (38,05%) oraz maju (21,65%) 2020 r. Średni udział w okresie marzec-grudzień 2020 r. wyniósł 11,91% (Rysunek 7).

Rysunek 7. Udział świadczeń realizowanych z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub innych systemów łączności w stosunku do ogółu liczby świadczeń realizowanych w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej w poszczególnych miesiącach w 2020 r.

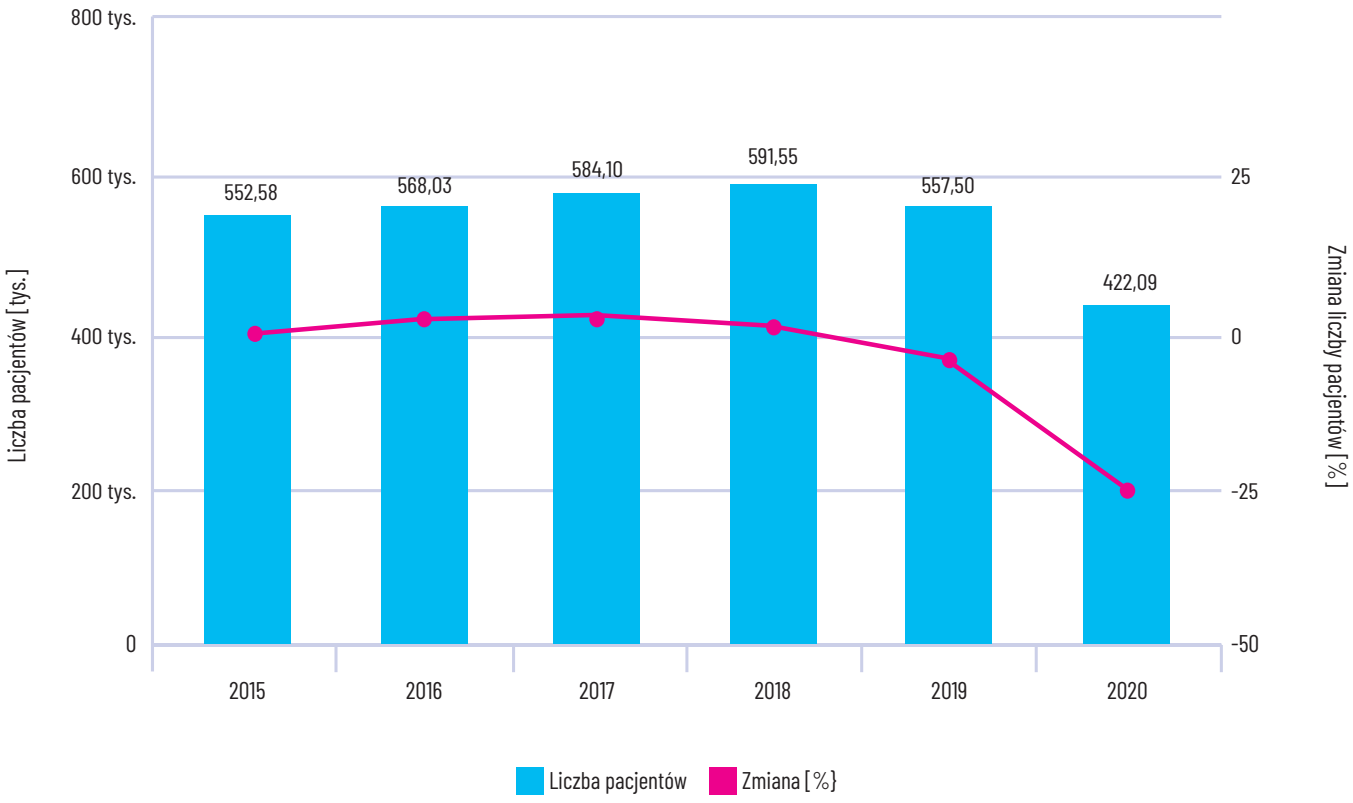


Źródło: Opracowanie DAiS MZ na podstawie danych NFZ

4.2 Leczenie szpitalne

Liczba pacjentów korzystających ze świadczeń w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chorób układu mięśniowo-szkieletowego w latach 2015-2018 zwiększała się z roku na rok średnio o 2,30%, do poziomu 591,55 tys. w 2018 r. W 2019 r. wartość ta spadła o -5,76%. Jednakże największy spadek liczby pacjentów zaobserwowano w 2020 r. w stosunku do 2019 r., ze świadczeń skorzystało 135,41 tys. pacjentów mniej (-24,29%) (Rysunek 8).

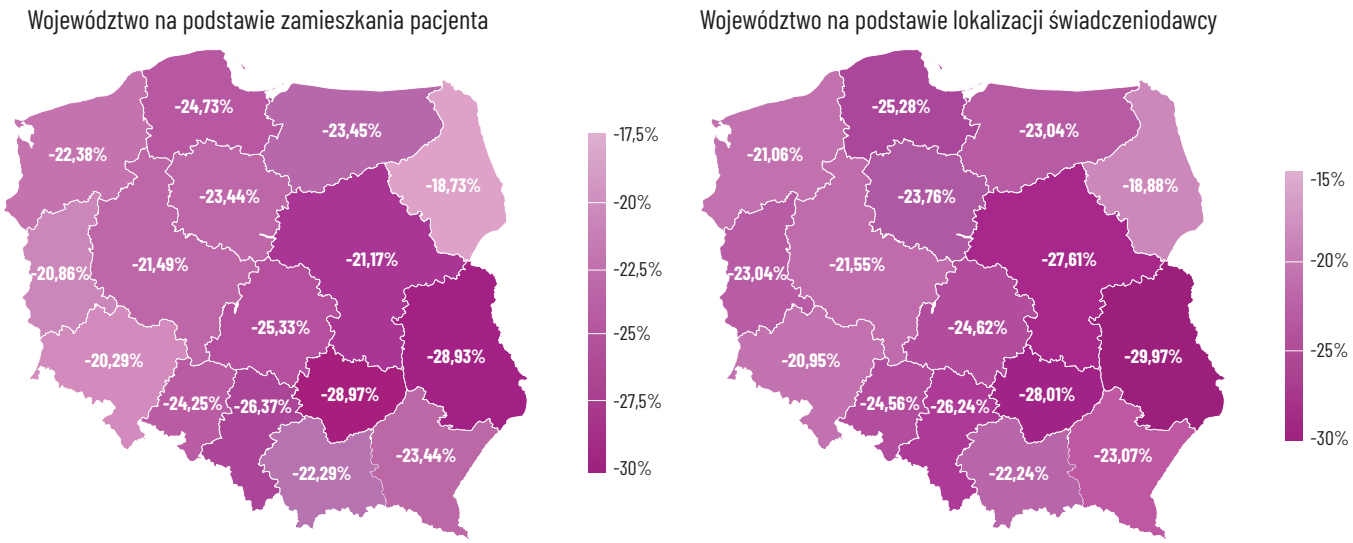
Rysunek 8. Liczba pacjentów oraz procentowa zmiana liczby pacjentów względem roku poprzedniego w latach 2015-2020, leczenie chorób układu mięśniowo-szkieletowego w ramach leczenia szpitalnego (sekcja H katalogu JGP: Choroby układu mięśniowo-szkieletowego)



Źródło: Opracowanie DAiS MZ na podstawie danych NFZ

Liczba pacjentów korzystających ze świadczeń leczenia szpitalnego w zakresie chorób układu mięśniowo-szkieletowego pomiędzy 2020 a 2019 r. zmniejszyła się we wszystkich województwach. W przypadku lokalizacji określanej na podstawie miejsca zamieszkania pacjenta, największe spadki odnotowano w województwie świętokrzyskim (-28,97%) oraz lubelskim (-28,93%). Zbliżone wartości można zaobserwować w przypadku lokalizacji świadczeniodawcy. Największe spadki wystąpiły również w województwie lubelskim (-29,97%), świętokrzyskim (-28,01%) oraz mazowieckim (- 27,61%) (Rysunek 9).

Rysunek 9. Procentowa zmiana liczby pacjentów z chorobami układu mięśniowo-szkieletowego w leczeniu szpitalnym wg województw w roku 2020 względem 2019



Źródło: Opracowanie DAiS MZ na podstawie danych NFZ

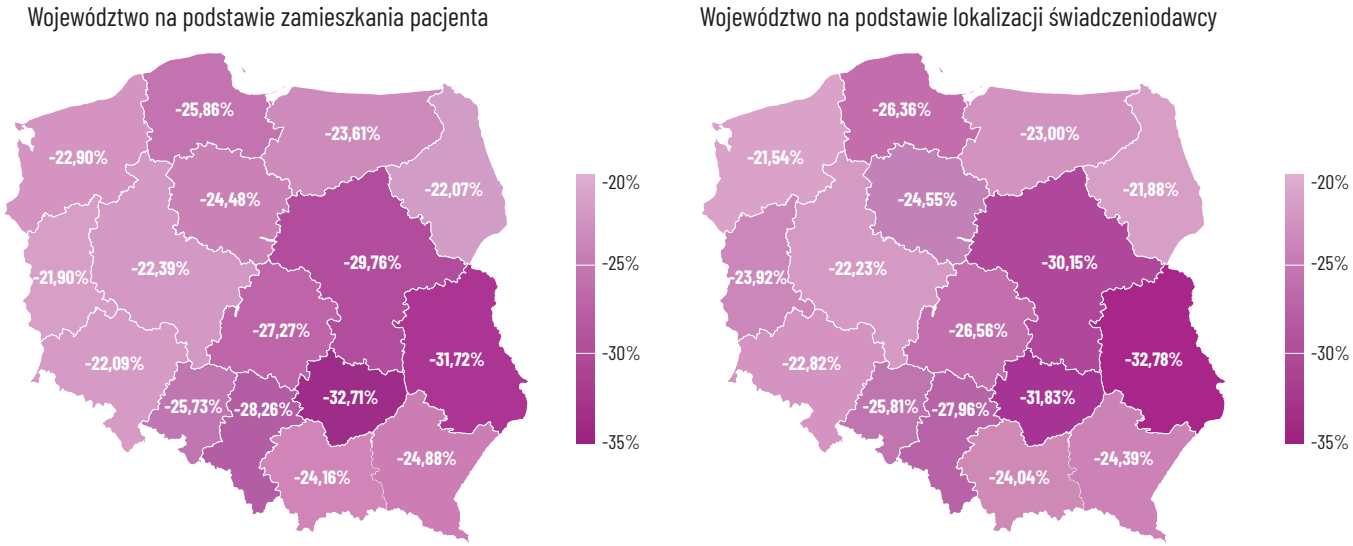
Analogicznie do liczby pacjentów zmieniła się liczba hospitalizacji. W latach 2015-2018 realizowano średnio o 2,31% hospitalizacji więcej z roku do rok. W 2019 r. wystąpił spadek o 6,35%. Natomiast największy spadek zaobserwowano w 2020 r. w stosunku do 2019 r. – liczba sprawozdanych hospitalizacji zmniejszyła się o 166,34 tys. (-26,09%) (Rysunek 10).

Rysunek 10. Liczba hospitalizacji oraz procentowa zmiana liczby hospitalizacji względem roku poprzedniego w latach 2015-2020, leczenie chorób układu mięśniowo-szkieletowego w ramach leczenia szpitalnego (sekcja H katalogu JGP: Choroby układu mięśniowo-szkieletowego)

Źródło: Opracowanie DAiS MZ na podstawie danych NFZ

Zmiana liczby hospitalizacji z powodu chorób układu mięśniowo-szkieletowego pomiędzy 2020, a 2019 r. są bardzo zbliżone do zmian liczby pacjentów. Spadki również wystąpiły we wszystkich województwach. W przypadku lokalizacji określanej na podstawie miejsca zamieszkania pacjenta największe spadki zaobserwowano w województwie świętokrzyskim (-32,71%), lubelskim (-31,72%) oraz mazowieckim (-29,76%). Gdy lokalizację określano na podstawie siedziby świadczeniodawcy, największe różnicy w liczbie hospitalizacji odnotowano w województwie lubelskim (-32,78%), świętokrzyskim (-31,83%) oraz mazowieckim (-30,15%) (Rysunek 11).

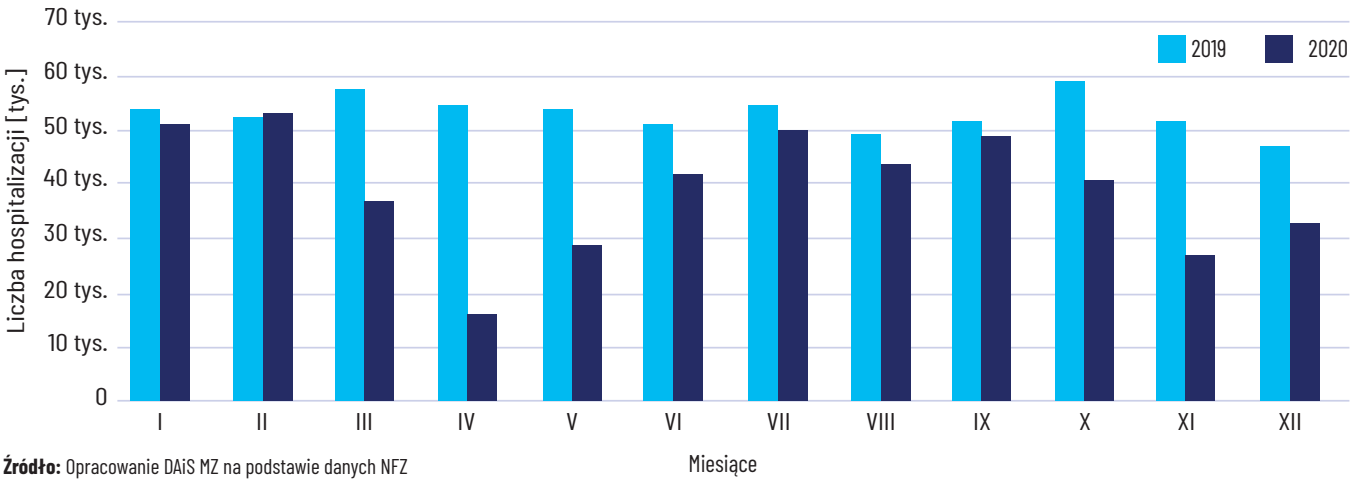
Rysunek 11. Procentowa zmiana liczby hospitalizacji z powodu chorób układu mięśniowo-szkieletowego w leczeniu szpitalnym wg województw w roku 2020 względem 2019



Źródło: Opracowanie DAiS MZ na podstawie danych NFZ

Spadki liczby hospitalizacji pokrywały się z falami pandemii COVID-19. Największe różnice w poszczególnych miesiącach 2019 i 2020 r. wystąpiły w okresach marzec – maj oraz październik – grudzień. Szczególnie w kwietniu (-70,61%), maju (-46,67%) oraz listopadzie (-48,35%). W pozostałych miesiącach zrealizowano zbliżoną liczbę hospitalizacji (Rysunek 12).

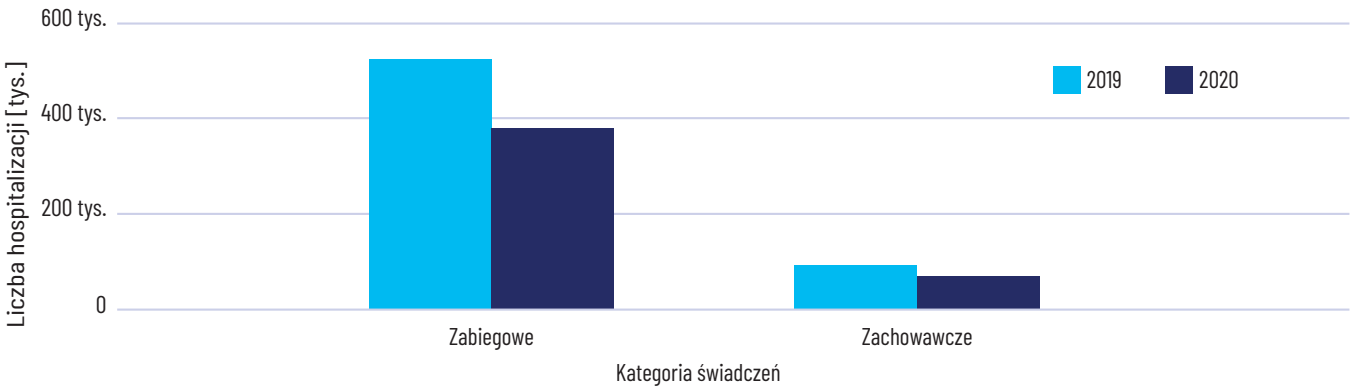
Rysunek 12. Liczba hospitalizacji z powodu chorób układu mięśniowo-szkieletowego w latach 2019-2020 w podziale na miesiące



Źródło: Opracowanie DAiS MZ na podstawie danych NFZ

Rozróżniając hospitalizacje na zabiegowe oraz zachowawcze, większy względny spadek liczby hospitalizacji pomiędzy 2020, a 2019 r. odnotowano dla hospitalizacji zachowawczych (- 35,00%). Hospitalizacji zabiegowych zrealizowano o -23,96% mniej. Jednakże należy wziąć pod uwagę, iż hospitalizacje zabiegowe stanowią większą część wszystkich hospitalizacji w zakresie chorób układu mięśniowo-szkieletowego. Spadki bezwzględne wyniosły 123,41 tys. hospitalizacji dla hospitalizacji zabiegowych oraz 42,93 tys. dla zachowawczych (Rysunek 13).

Rysunek 13. Liczba hospitalizacji zabiegowych i zachowawczych w latach 2019-2020



Źródło: Opracowanie DAiS MZ na podstawie danych NFZ

Uwzględniając podział szpitali wg Systemu podstawowego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (PZS), tzw. „sieci szpitali", najwięcej świadczeń zabiegowych wykonano w szpitalach I, II oraz III stopnia. Spadki liczby hospitalizacji w 2020 r. w stosunku do roku ubiegłego wyniosły odpowiednio -23,30%, -24,58% oraz -27,41%. Natomiast hospitalizacji zachowawczych najwięcej zrealizowano w szpitalach ogólnopolskich, II oraz I stopnia, gdzie wykonano odpowiednio -35,57%, -27,95% oraz -36,82% hospitalizacji mniej. Największa różnica liczby hospitalizacji między 2020, a 2019 r. wystąpiła w szpitalach III stopnia dla świadczeń zachowawczych (-43,97%). Niemalże we wszystkich kategoriach szpitali odnotowano ponad 20% spadki liczby hospitalizacji, zarówno hospitalizacji zabiegowych, jak i zachowawczych (Tabela 5).

Tabela 5. Liczba hospitalizacji wg kategorii świadczeń oraz kategorii szpitali w latach 2019-2020

KATEGORIA W PSZ	LICZBA HOSPITALIZACJI ZABIEGOWYCH W 2019 R.	LICZBA HOSPITALIZACJI ZABIEGOWYCH W 2020 R.	RÓŻNICA HOSPITALIZACJI ZABIEGOWYCH 2020 DO 2019 [%]	LICZBA HOSPITALIZACJI ZACHOWAWCZYCH W 2019 R.	LICZBA HOSPITALIZACJI ZACHOWAWCZYCH W 2020 R.	RÓŻNICA HOSPITALIZACJI ZACHOWAWCZYCH 2020 DO 2019 [%]
Szpital I stopnia	149 699	114 813	-23,30	27 239	17 209	-36,82
Szpital II stopnia	137 123	103 423	-24,58	31 509	22 702	-27,95
Szpital III stopnia	96 286	69 894	-27,41	25 345	14 202	-43,97
Szpital ogólnopolski	87 105	65 764	-24,50	31 963	20 594	-35,57
Poza siecią	40 592	34 421	-15,20	2 500	2 062	-17,52
Pozostałe kategorie w PSZ	4 141	3 226	-22,10	4 094	2 952	-27,89
Razem	**514 946**	**391 541**	**-23,96**	**122 650**	**79 721**	**-35,00**

Źródło: Opracowanie DAiS MZ na podstawie danych NFZ

Przeanalizowano również 10 najczęściej sprawozdawanych produktów rozliczeniowych w 2019 r., wśród których 9 należy do kategorii hospitalizacji zabiegowych. Najwięcej hospitalizacji zrealizowano w ramach produktu H83 średnie zabiegi na tkankach miękkich*, dla którego w 2020 r. zaobserwowano spadek o -37,85% w stosunku do roku ubiegłego. Jednakże największą różnice między 2020, a 2019 r. odnotowano dla produktu H33 średnie zabiegi na kończynie dolnej* (-64,33%)(Tabela 6).

Tabela 6. Liczba hospitalizacji wg 10 najczęstszych produktów w latach 2019-2020

KOD PRODUKTU	NAZWA PRODUKTU	RODZAJ HOSPITALIZACJI	LICZBA HOSPITALIZACJI W 2019 R.	LICZBA HOSPITALIZACJI W 2020 R.	RÓŻNICA HOSPITALIZACJI 2020 DO 2019 R. [%]
5.51.01.0008083	H83 średnie zabiegi na tkankach miękkich*	Zabiegowa	80 501	50 035	-37,85
5.51.01.0008104	H87D choroby zapalne stawów i tkanki łącznej > 3 dni	Zachowawcza	45 591	29 869	-34,48
5.51.01.0008033	H33 średnie zabiegi na kończynie dolnej*	Zabiegowa	39 308	14 021	- ,33
5.51.01.0008063	H63 złamania lub zwichnięcia w obrębie kończyny górnej*	Zabiegowa	36 899	33 386	-9,52
5.51.01.0008014	H14 endoprotezoplastyka pierwotna całkowita biodra z rekonstrukcją kostną, endoprotezoplastyka stawu biodrowego z zastosowaniem trzpienia przynasadowego, kapoplastyka stawu biodrowego*	Zabiegowa	34 719	27 848	-19,79
5.51.01.0008043	H43 średnie zabiegi na kończynie górnej*	Zabiegowa	33 782	23 528	-30,35
5.51.01.0008015	H15 endoprotezoplastyka pierwotna całkowita kolana*	Zabiegowa	29 857	21 613	-27,61
5.51.01.0008110	H62F złamania lub zwichnięcia w obrębie miednicy lub kończyny dolnej < 66 r.ż.*	Zabiegowa	27 070	23 809	-12,05
5.51.01.0008032	H32 duże zabiegi w zakresie kończyny dolnej i miednicy*	Zabiegowa	26 548	16 172	-39,08
5.51.01.0008109	H62E złamania lub zwichnięcia w obrębie miednicy lub kończyny dolnej > 65 r.ż.*	Zabiegowa	25 207	23 382	-7,24

Źródło: Opracowanie DAiS MZ na podstawie danych NFZ

Zabiegi endoprotezoplastyki

Przy analizie świadczeń z zakresu endoprotezoplastyki uwzględniono produkty rozliczeniowe o kodach H01-H19. Niektóre z nich obowiązywały wyłącznie do 2016 r., kiedy to zostały zastąpione innymi produktami JGP. Trzema najczęściej sprawozdawanymi produktami w latach 2019 i 2020 były H14 endoprotezoplastyka pierwotna całkowita biodra z rekonstrukcją kostną, endoprotezoplastyka stawu biodrowego z zastosowaniem trzpienia przynasadowego, kapoplastyka stawu biodrowego*, H15 endoprotezoplastyka pierwotna całkowita kolana* oraz H13 endoprotezoplastyka pierwotna całkowita biodra*.

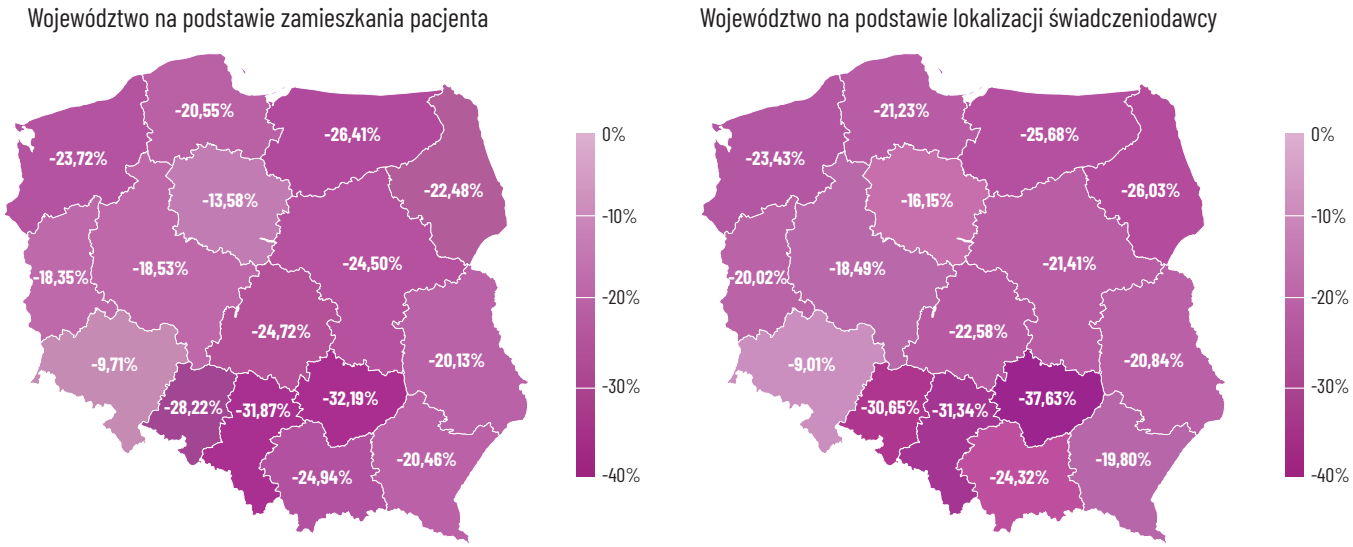
W latach 2015-2019 liczba hospitalizacji w ramach zabiegów endoprotezoplastyki zwiększała się. Średni wzrost rok do roku wynosił w tym czasie 9,47%. W 2020 r. wystąpił spadek liczby hospitalizacji o -22,82% w stosunku do 2019 r. (Rysunek 14).

Rysunek 14. Liczba hospitalizacji oraz procentowa zmiana liczby hospitalizacji względem roku poprzedniego w latach 2015-2020, endoprotezoplastyka w ramach leczenia szpitalnego

Źródło: Opracowanie DAiS MZ na podstawie danych NFZ

Liczba hospitalizacji w ramach endoprotezoplastyki między 2020, a 2019 r. zmniejszyła się we wszystkich województwach. Największe różnice wystąpiły w województwie świętokrzyskim, śląskim oraz opolskim. Zarówno wg miejsca zamieszkania pacjenta (odpowiednio -32,19%, - 31,87% oraz -28,22%), jak i na podstawie lokalizacji świadczeniodawcy (odpowiednio -37,63%, -31,34% oraz 30,65%). Najmniejszą różnice odnotowano w województwie dolnośląskim (Rysunek 15).

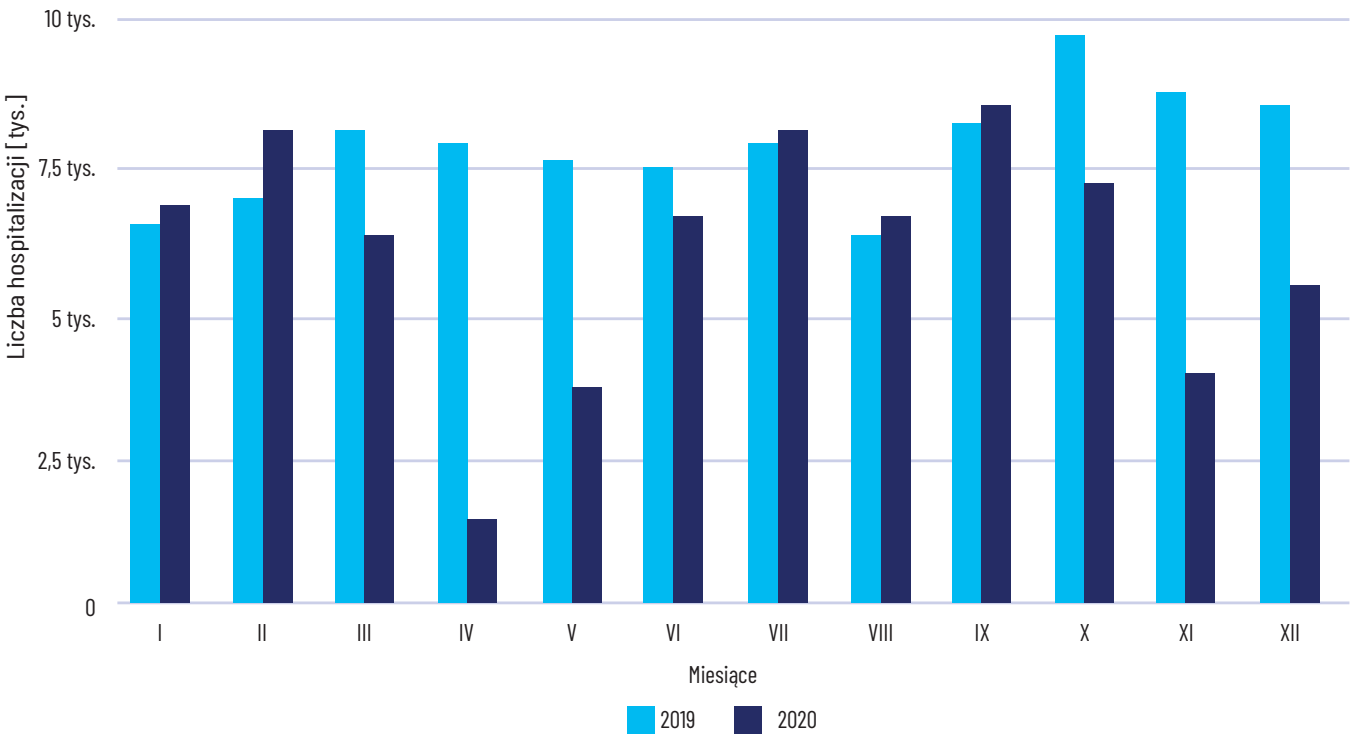
Rysunek 15. Procentowa zmiana liczby hospitalizacji z zabiegami endoprotezoplastyki w leczeniu szpitalnym wg województw w roku 2020 względem 2019



Źródło: Opracowanie DAiS MZ na podstawie danych NFZ

Analogicznie do wszystkich świadczeń w rodzaju leczenie szpitalne, w zakresie endoprotezoplastyki również wystąpiły znaczące spadki liczby hospitalizacji pokrywające się z pandemią COVID-19. Największe ograniczenia wykonanych hospitalizacji wystąpiły w okresie marzec-maj oraz październik-grudzień. Szczególnie w kwietniu, maju oraz listopadzie, kiedy to zrealizowano odpowiednio o -81,67%, -51,00% oraz -55,00% mniej hospitalizacji (Rysunek 16).

Rysunek 16. Liczba hospitalizacji z zabiegami endoprotezoplastyki w latach 2019--2020 w podziale na miesiące



Źródło: Opracowanie DAiS MZ na podstawie danych NFZ

Największy spadek liczby hospitalizacji związanych z wykonaniem zabiegów endoprotezoplastyki pomiędzy 2020 r. a 2019 r. dotyczył hospitalizacji z wykonaniem endoprotezoplastyki pierwotnej całkowitej kolana (H15) i wynosił 8,2 tys. (-27,61%), następnie endoprotezoplastyki pierwotnej całkowitej biodra z rekonstrukcją kostną, endoprotezoplastyka stawu biodrowego z zastosowaniem trzpienia przynasadowego, kapoplastyka stawu biodrowego (H14) oraz endoprotezoplastyki pierwotnej całkowitej biodra (H13), odpowiednio -6,8 tys. (-19,79%) oraz -4,9 tys. (-25,01%) (Tabela 7).

Tabela 7. Liczba hospitalizacji w poszczególnych produktach w zakresie zabiegów endoprotezoplastyki w latach 2019-2020

KOD PRODUKTU	NAZWA PRODUKTU	LICZBA HOSPITALIZACJI W 2019 R.	LICZBA HOSPITALIZACJI W 2020 R.	RÓŻNICA HOSPITALIZACJI 2020 DO 2019 R. [%]
5.51.01.0008014	H14 endoprotezoplastyka pierwotna całkowita biodra z rekonstrukcją kostną, endoprotezoplastyka stawu biodrowego z zastosowaniem trzpienia przynasadowego, kapoplastyka stawu biodrowego*	34 719	27 848	-19,79
5.51.01.0008015	H15 endoprotezoplastyka pierwotna całkowita kolana*	29 857	21 613	-27,61
5.51.01.0008013	H13 endoprotezoplastyka pierwotna całkowita biodra*	19 610	14 706	-25,01
5.51.01.0008001	H01 endoprotezoplastyka łokcia, barku, nadgarstka, stawu skokowo-goleniowego, pierwotna częściowa kolana*	3 097	2 770	-10,56
5.51.01.0008017	H17 endoprotezoplastyka rewizyjna całkowita biodra*	2 084	1 645	-21,07
5.51.01.0008011	H11 zabiegi resekcyjne zmian nowotworowych lub guzowatych z endoprotezoplastyką lub zabieg rewizyjny z użyciem protez poresekcyjnych *	1 264	1 137	-10,05
5.51.01.0008016	H16 endoprotezoplastyka rewizyjna częściowa biodra*	1 086	897	-17,4
5.51.01.0008010	H10 zabiegi operacyjne - rewizyjne w przypadkach infekcji wokół protezy *	906	874	-3,53
5.51.01.0008019	H19 endoprotezoplastyka rewizyjna całkowita kolana*	821	605	-26,31
5.51.01.0008018	H18 endoprotezoplastyka rewizyjna częściowa kolana*	577	481	-16,64
5.51.01.0008009	H09 zabiegi operacyjne - rewizyjne z powodu aseptycznego obluzowania lub z towarzyszącym złamaniem "okołoprotezowym" *	365	328	-10,14
5.51.01.0008012	H12 czasowe implanty uwalniające antybiotyki w leczeniu infekcji okołoprotezowych *	355	353	-0,56
5.51.01.0008002	H02 endoprotezoplastyka pierwotna częściowa stawu biodrowego*	341	131	-61,58

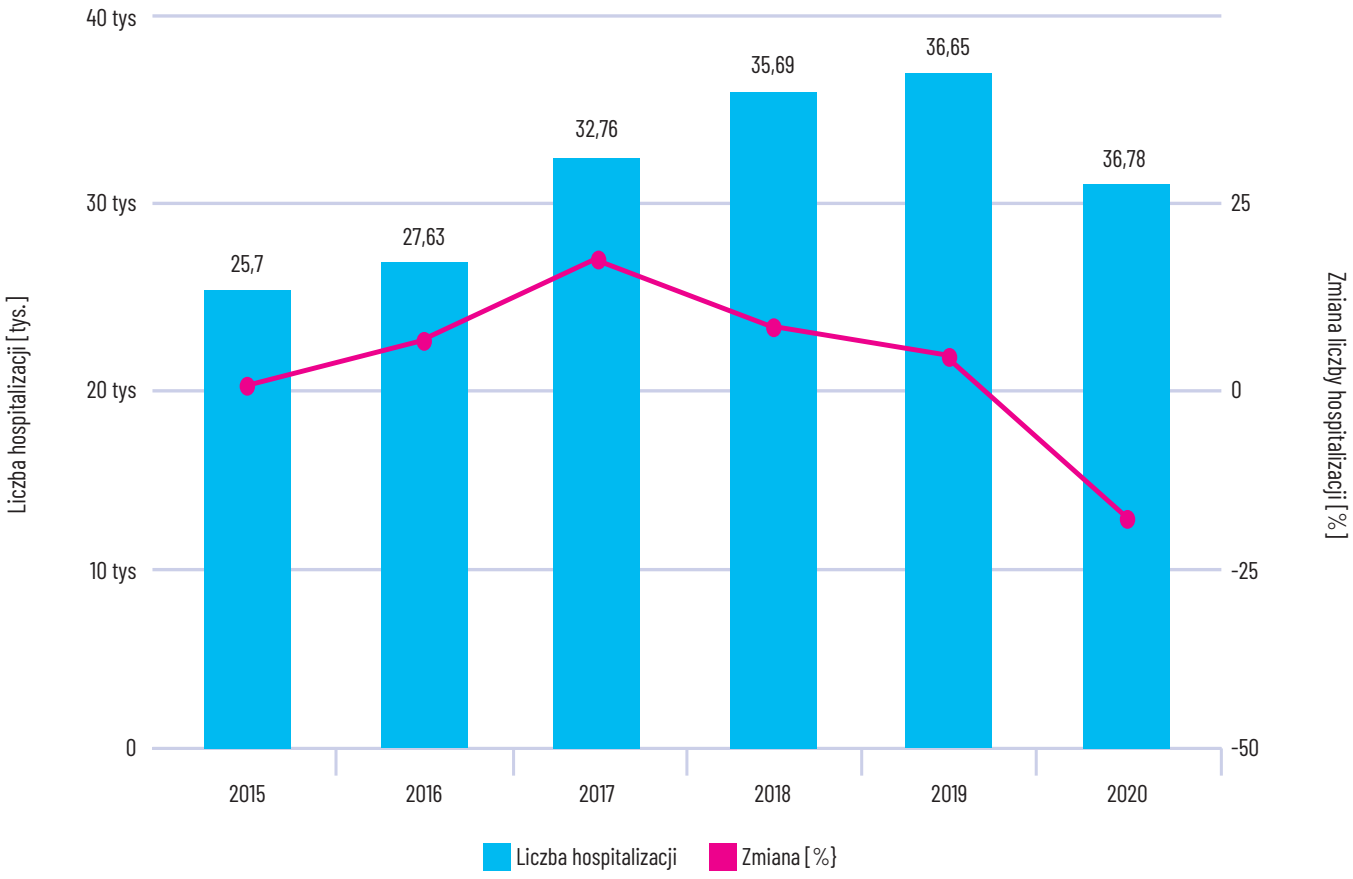
Źródło: Opracowanie DAiS MZ na podstawie danych NFZ

Zabiegi na kręgosłupie

Analizując zabiegi na kręgosłupie uwzględniono 4 produkty JGP sekcji H: H51 kompleksowe zabiegi korekcyjne kręgosłupa*, H52 zabiegi na kręgosłupie z zastosowaniem implantów*, H53 zabiegi na kręgosłupie bez zastosowania implantów* oraz H55 zabiegi artroskopowe i przezskórne w zakresie kręgosłupa*.

W latach 2015-2019 liczba hospitalizacja zwiększała się średnio o 9,43% w stosunku do poprzedniego roku. Dopiero w 2020 r. zrealizowano o -16,01% hospitalizacji mniej niż w 2019 r. Wykonano 5,87 tys. zabiegów mniej, jednakże jest to mniej drastyczny spadek niż w całym leczeniu szpitalnym w zakresie chorób układu mięśniowo-szkieletowego (Rysunek 17).

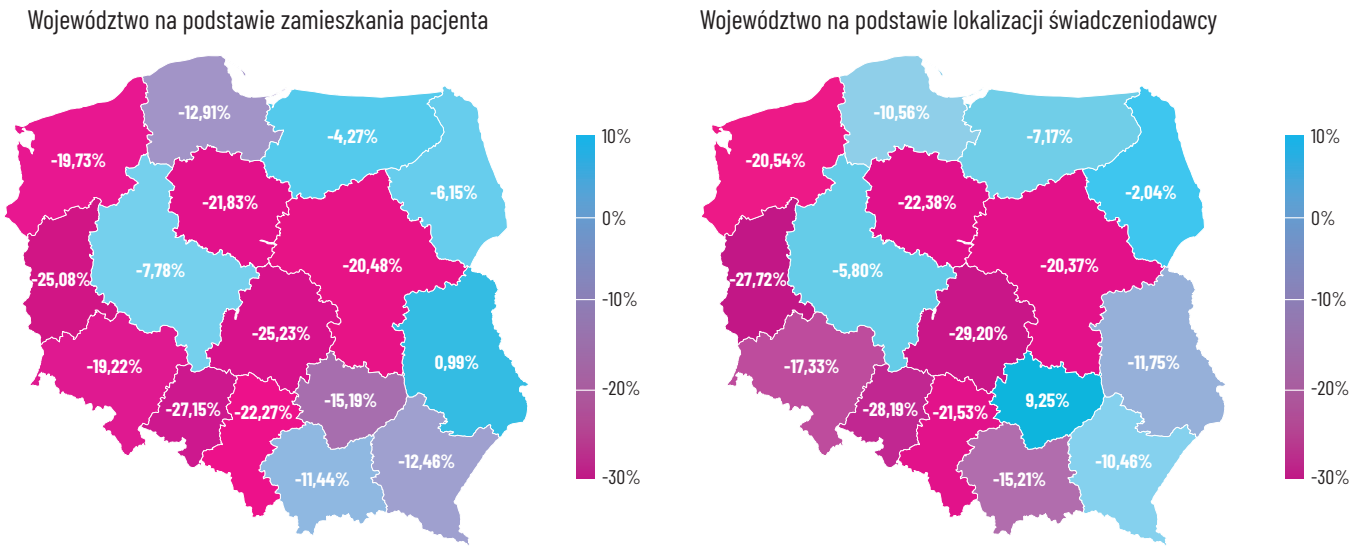
Rysunek 17. Liczba hospitalizacji oraz procentowa zmiana liczby hospitalizacji względem roku poprzedniego w latach 2015-2020, zabiegi na kręgosłupie w ramach leczenia szpitalnego



Źródło: Opracowanie DAiS MZ na podstawie danych NFZ

Liczba hospitalizacji w zakresie zabiegów na kręgosłupie między 2020, a 2019 r. zmniejszyła się niemalże we wszystkich województwach. W przypadku województwa określonego na podstawie miejsca zamieszkania pacjenta, największe różnice wystąpiły w województwie opolskim (-27,15%), łódzkim (-25,23%) oraz lubuskim (-25,08%). Jedynie w województwie lubelskim zrealizowano 0,99% więcej hospitalizacji. Gdy województwo określono na podstawie lokalizacji świadczeniodawcy największe różnice zaobserwowano w województwie łódzkim (-29,29%), opolskim (-28,19%) oraz lubuskim (-27,72%). Wzrost liczby hospitalizacji wystąpił jedynie w województwie świętokrzyskim (9,25%) (Rysunek 18).

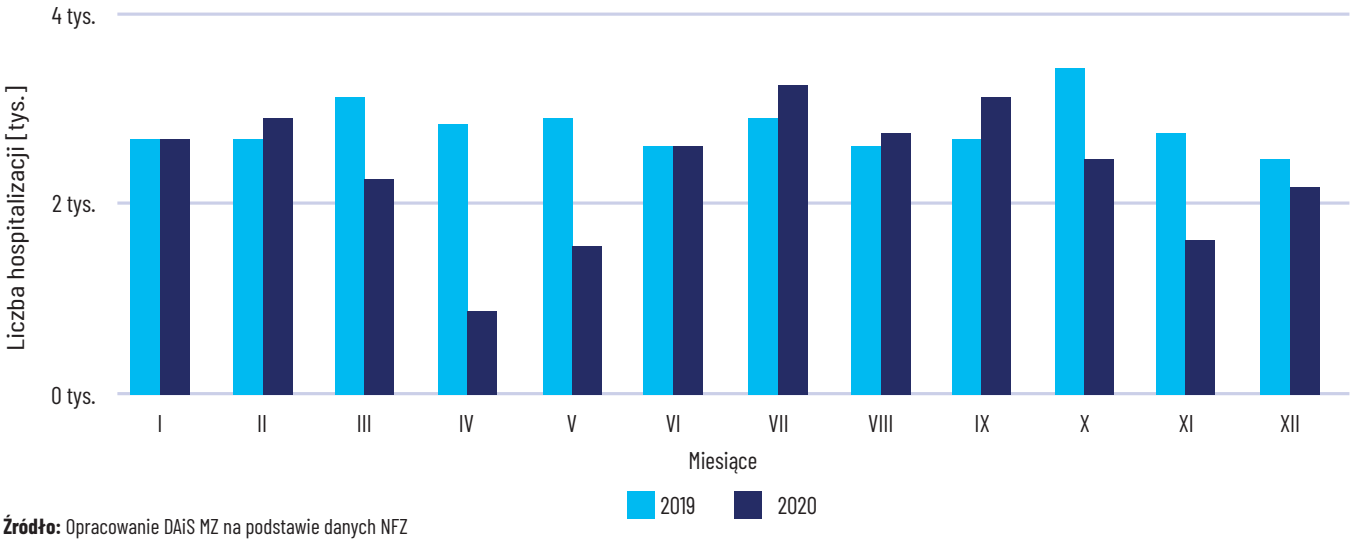
Rysunek 18. Procentowa zmiana liczby hospitalizacji z zabiegami na kręgosłupie w leczeniu szpitalnym wg województw w roku 2020 względem 2019



Źródło: Opracowanie DAiS MZ na podstawie danych NFZ

Tutaj również miesięczne spadki w liczbie realizowanych hospitalizacji pokrywają się z falami pandemii COVID-19. Największe różnice miedzy 2020, a 2019 r. wystąpiły w okresie marzec-maj oraz październik-grudzień. Szczególnie w kwietniu, maju oraz listopadzie, kiedy to zrealizowano odpowiednio o -75,01%, -41,95% oraz -40,36% hospitalizacji mniej (Rysunek 19).

Rysunek 16. Liczba hospitalizacji z zabiegami endoprotezoplastyki w latach 2019--2020 w podziale na miesiące



Źródło: Opracowanie DAiS MZ na podstawie danych NFZ

Zarówno w 2019 r., jak i 2020 r. wykonano najwięcej zabiegów rozliczanych produktem H52 zabiegi na kręgosłupie z zastosowaniem implantów* (44,50% w 2019 r., 43,60% w 2020 r. wszystkich zabiegów na kręgosłupie). Największy względny spadek liczby hospitalizacji między 2020, a 2019 r. wystąpił dla produktu H53 zabiegi na kręgosłupie bez stosowania implantów* (-21,14%). W produkcie H51 kompleksowe zabiegi korekcyjne kręgosłupa* zrealizowano o 0,72% więcej hospitalizacji. Jednakże jest to najmniej liczna grupa wśród zabiegów na kręgosłupie (Tabela 8).

Tabela 8. Liczba hospitalizacji w poszczególnych produktach w zakresie zabiegów na kręgosłupie w latach 2019-2020

KOD PRODUKTU	NAZWA PRODUKTU	LICZBA HOSPITALIZACJI W 2019 R.	LICZBA HOSPITALIZACJI W 2020 R.	RÓŻNICA HOSPITALIZACJI 2020 DO 2019 R. [%]
5.51.01.0008052	H52 zabiegi na kręgosłupie z zastosowaniem implantów*	16 308	13 420	-17,71
5.51.01.0008055	H55 zabiegi artroskopowe i przezskórne w zakresie kręgosłupa*	8 635	7 071	-18,11
5.51.01.0008053	H53 zabiegi na kręgosłupie bez stosowania implantów*	6 859	5 409	-21,14
5.51.01.0008051	H51 kompleksowe zabiegi korekcyjne kręgosłupa*	4 848	4 883	0,72

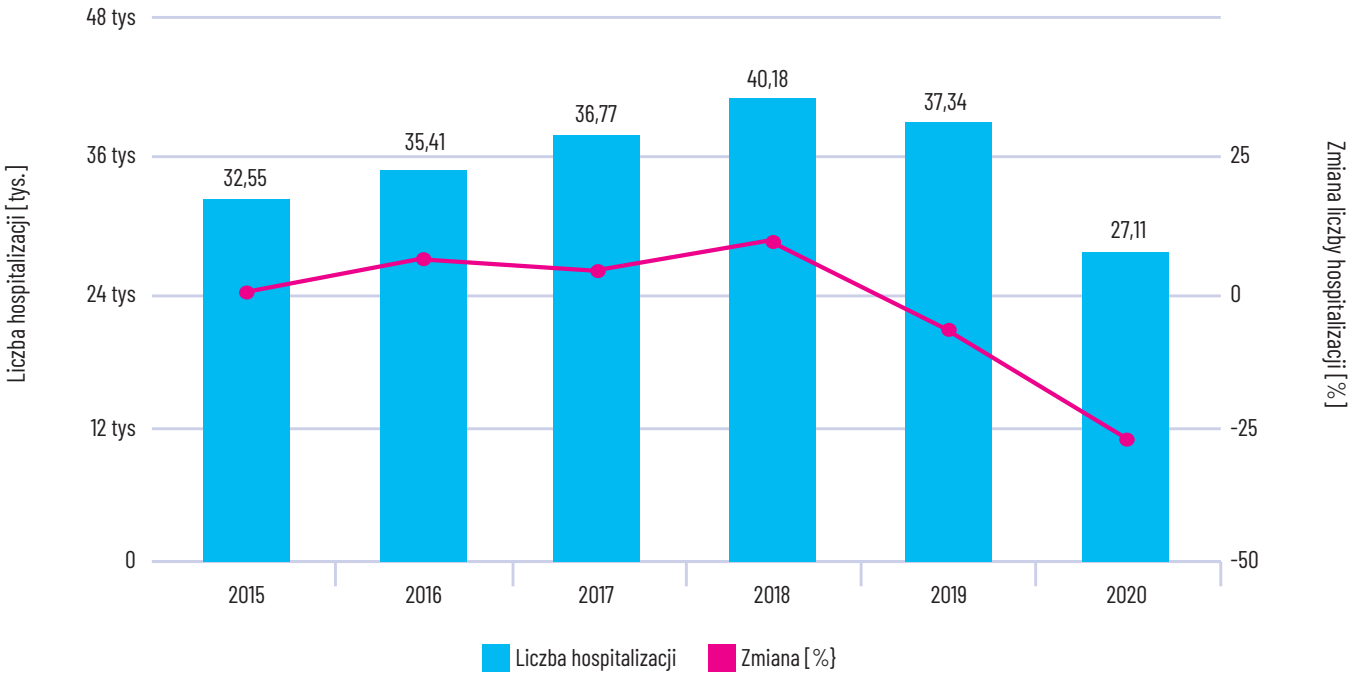
Źródło: Opracowanie DAiS MZ na podstawie danych NFZ

Zabiegi na miednicy

W grupie zabiegów na miednicy uwzględniono 5 produktów rozliczeniowych: H32 duże zabiegi w zakresie kończyny dolnej i miednicy*, H31 kompleksowe zabiegi w zakresie kończyny dolnej i miednicy, H31F kompleksowe zabiegi w zakresie kończyny dolnej i miednicy < 66 r.ż.*, H31E kompleksowe zabiegi w zakresie kończyny dolnej i miednicy > 65 r.ż.*, H61 rekonstrukcja złamań w obrębie miednicy bez PW* oraz H60 rekonstrukcja złamań w obrębie miednicy z PW*.

Liczba hospitalizacji zwiększała się z roku na rok w latach 2015-2018. W 2019 r. wystąpił spadek o -7,07% w stosunku do roku ubiegłego. Jednakże w 2020 r. zrealizowano o -27,41% (10,24 tys.) mniej hospitalizacji niż w 2019 r. Jest to nieznacznie większy spadek niż w przypadku całego leczenia szpitalnego w zakresie chorób układu mięśniowo-szkieletowego (Rysunek 20).

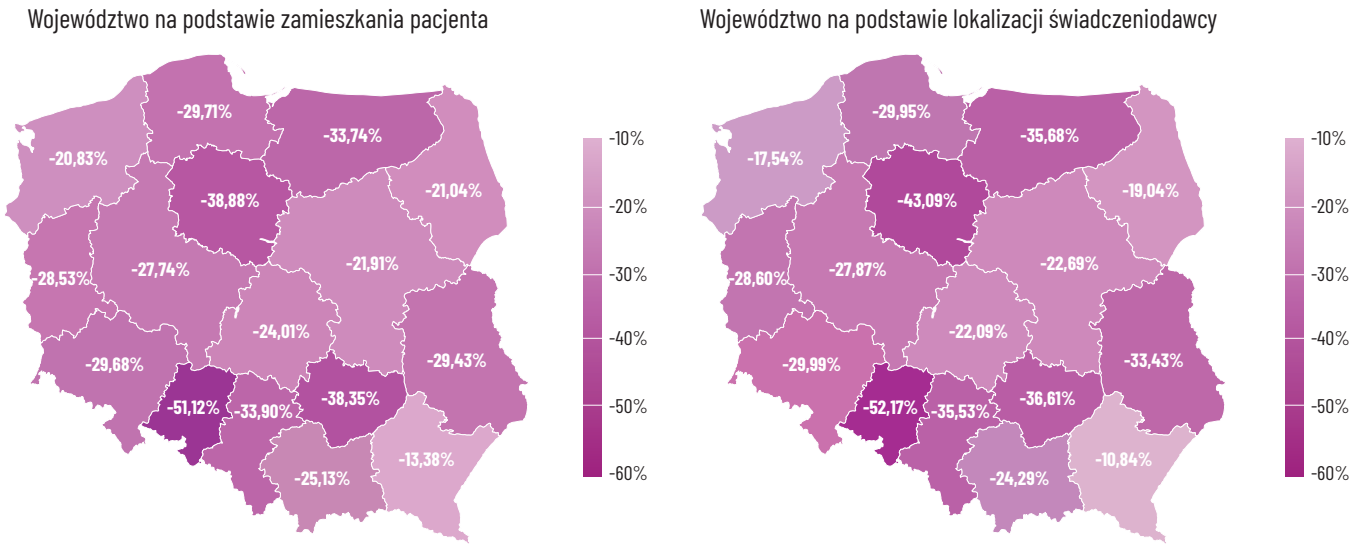
Rysunek 20. Liczba hospitalizacji oraz procentowa zmiana liczby hospitalizacji względem roku poprzedniego w latach 2015-2020, zabiegi na miednicy w ramach leczenia szpitalnego



Źródło: Opracowanie DAiS MZ na podstawie danych NFZ

Spadki liczby hospitalizacji z zabiegami na miednicy pomiędzy 2020, a 2019 r. zaobserwowano we wszystkich województwach. W przypadku województw określanych na podstawie miejsca zamieszkania pacjenta, największe różnice wystąpiły w województwie opolskim (-51,12%), kujawsko-pomorskim (-38,88%) oraz świętokrzyskim (-38,35%). Najmniejszy spadek odnotowano w województwie podkarpackim (-13,38%). Sytuacja wygląda analogicznie w przypadku województw określonych na podstawie lokalizacji świadczeniodawcy. Największe różnice wystąpiły w województwie opolskim (-52,17%), kujawsko-pomorskim (43,09%) oraz świętokrzyskim (-36,61%), natomiast najmniejszy spadek wystąpił w województwie podkarpackim (-10,84%). Jednakże należy wziąć pod uwagę, iż w województwie opolskim realizowano zdecydowanie mniej hospitalizacji w porównaniu do pozostałych województw (Rysunek 21).

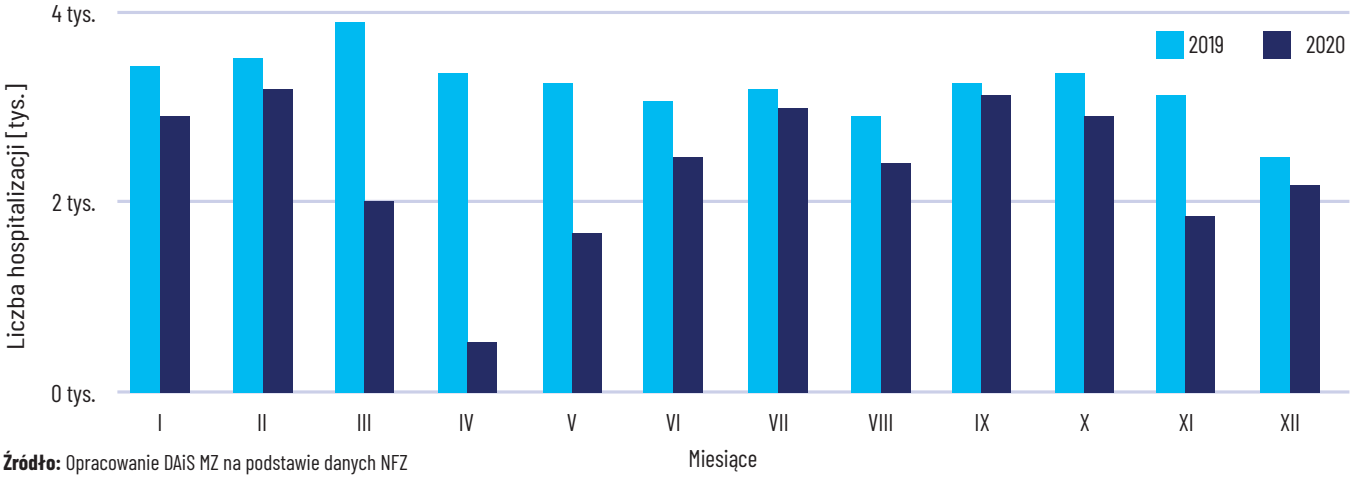
Rysunek 21. Procentowa zmiana liczby hospitalizacji z zabiegami na miednicy w leczeniu szpitalnym wg województw w roku 2020 względem 2019



Źródło: Opracowanie DAiS MZ na podstawie danych NFZ

Spadki hospitalizacji w poszczególnych miesiącach pokrywają się z pandemią COVID-19. Również w przypadku zabiegów na miednicy największe różnice między 2020, a 2019 r. wystąpiły w marcu (-48,97%), kwietniu (-80,83%), maju (-49,98%) oraz listopadzie (-41,47%) (Rysunek 22).

Rysunek 22. Liczba hospitalizacji z zabiegami na miednicy w latach 2019-2020 w podziale na miesiące



Źródło: Opracowanie DAiS MZ na podstawie danych NFZ

Najliczniejszym produktem pod względem liczby hospitalizacji w latach 2019-2020 był produkt H32 duże zabiegi w zakresie kończyny dolnej i miednicy*. W 2019 r. stanowił 71,09% wszystkich zabiegów na miednicy, natomiast w 2020 r. 59,66%. W ramach tego produktu wystąpił największy spadek liczby hospitalizacji, w 2019 r. zrealizowano o -39,08% hospitalizacji mniej w stosunku do roku ubiegłego. W ramach produktu H31F kompleksowe zabiegi w zakresie kończyny dolnej i miednicy < 66 r.ż.* zaobserwowano wzrost liczby hospitalizacji o 0,94% (Tabela 9).

Tabela 9. Liczba hospitalizacji w poszczególnych produktach w zakresie zabiegów na miednicy w latach 2019-2020

KOD PRODUKTU	NAZWA PRODUKTU	LICZBA HOSPITALIZACJI W 2019 R.	LICZBA HOSPITALIZACJI W 2020 R.	RÓŻNICA HOSPITALIZACJI 2020 DO 2019 R. [%]
5.51.01.0008032	H32 duże zabiegi w zakresie kończyny dolnej i miednicy*	26 548	16 172	-39,08
5.51.01.0008106	H31F kompleksowe zabiegi w zakresie kończyny dolnej i miednicy < 66 r.ż.*	9 087	9 172	0,94
5.51.01.0008105	H31E kompleksowe zabiegi w zakresie kończyny dolnej i miednicy > 65 r.ż.*	1 082	1 164	7,58
5.51.01.0008061	H61 rekonstrukcja złamań w obrębie miednicy bez PW*	464	421	-9,27
5.51.01.0008060	H60 rekonstrukcja złamań w obrębie miednicy z PW*	163	180	10,43

Źródło: Opracowanie DAiS MZ na podstawie danych NFZ

05

Podsumowanie

Głównym celem dokumentu jest podsumowanie wpływu pandemii COVID-19 na realizację świadczeń udzielanych w chorobach mięśniowo-szkieletowych. Analizie poddano obszar ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz leczenia szpitalnego.

Liczba pacjentów korzystających ze świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej dedykowanych diagnozowaniu i leczeniu chorób mięśniowo-szkieletowych w 2020r. zmniejszyła się o 584 tys. (-17,2%) pacjentów w stosunku do 2019 r., natomiast liczba zrealizowanych świadczeń zmalała o 1,54 mln (-17,8%). Największy spadek liczby świadczeń względem 2019 r. miał miejsce w okresie marzec-maj oraz październik- a więc pokrywał się z występowaniem kolejnych fal zachorowań na COVID-19. Możliwość realizacji świadczeń z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub innych systemów łączności w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej wprowadzono już w 2019 roku, ale dopiero nadejście pandemii spowodowało, że liczba realizowanych teleświadczeń istotnie wzrosła. Średni udział teleświadczeń w całkowitej liczbie zrealizowanych świadczeń w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej w okresie marzec-grudzień 2020 r. wyniósł 11,91%. Tak więc wykorzystanie narzędzi telemedycyny pozwoliło w pewnym stopniu na zapewnienie kontynuacji udzielania świadczeń oraz monitorowanie procesu leczenia przy jednoczesnej redukcji ryzyka zachorowania na SARS-CoV-2.

Liczba hospitalizacji dedykowanych leczeniu chorób układu mięśniowo-szkieletowego, finansowanych w ramach katalogu JGP, zmniejszyła się o 166,34 tys. (-26,09%) pomiędzy 2020 r. a 2019 r. Spadek ten był spowodowany był przede wszystkim zmniejszeniem się liczby hospitalizacji zabiegowych, dla których zrealizowano o 123,41 tys. (-23,97%) hospitalizacji mniej. Bezwzględny spadek liczby hospitalizacji zachowawczych pomiędzy 2020 r. i 2019 r. był zdecydowanie mniejszy i wynosił 42,93 tys. (-35,00%). Ma to związek ze stosunkowo niewielką całkowitą liczbą hospitalizacji o charakterze zachowawczym względem hospitalizacji zabiegowych realizowanych w chorobach mięśniowo-szkieletowych. W 2019 r. zrealizowano łącznie 514,95 tys. hospitalizacji zabiegowych oraz 122,65 tys. hospitalizacji zachowawczych.

Ponadto, z rodzaju świadczeń leczenie szpitalne wyodrębniono 3 najważniejsze grupy zabiegów w leczeniu chorób układu mięśniowo-szkieletowego: zabiegi endoprotezoplastyki, zabiegi na kręgosłupie oraz zabiegi na miednicy. Liczba hospitalizacji z zabiegami endoprotezoplastyki zmniejszyła się o 21,69 tys. (-22,82%) pomiędzy 2020, a 2019 r. Mniejszy spadek zaobserwowano w zabiegach na kręgosłupie, gdzie zrealizowano o 5,87 tys. (-16,01%) hospitalizacji mniej. Największy względny spadek wystąpił w grupie zabiegów na miednicy, liczba hospitalizacji zmniejszyła się o 10,23 tys. (-27,41%).