



Mapy potrzeb
zdrowotnych

Efektywne działanie
przez mapowanie

Wpływ pandemii COVID-19 na potrzeby zdrowotne w Polsce

Choroby sercowo-naczyniowe

Warszawa
2022

Spis treści

Słownik skrótów	3
1. Wstęp	4
2. Pandemia COVID-19 w Polsce	7
3. Materiały i metody	11
4. Wyniki	14
4.1 Ambulatoryjna opieka specjalistyczna	17
4.2 Leczenie szpitalne – Jednorodne Grupy Pacjentów	21
4.3 Leczenie szpitalne - świadczenia wysokospecjalistyczne	42
4.4 Rehabilitacja lecznicza	45
4.5 Kompleksowa opieka po zawale mięśnia sercowego (KOS-Zawał)	47
5. Podsumowanie	50

Słownik skrótów

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

ECMO – pozaustrojowa oksigenacja membranowa (ang. *extracorporeal membrane oxygenation*)

EWP – ewidencja wjazdu do Polski

GUS – Główny Urząd Statystyczny

KRPC-19 – Krajowy Rejestr Pacjentów z COVID-19

KOS-Zawał – Kompleksowa opieka po zawale mięśnia sercowego

JGP – Jednorodne Grupy Pacjentów

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

PSZ – system podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej

RPWDL – Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą

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

UE – Unia Europejska

WSSE – wojewódzka stacja sanitarno-epidemiologiczna

01

Wstęp

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

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 sercowo-naczyniowych. 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), leczenie szpitalne (LSz), rehabilitacja lecznicza oraz świadczenia realizowane w ramach programów Kompleksowa opieka po zawale mięśnia sercowego (KOS-Zawał). W piątym rozdziale podsumowano najważniejsze wnioski z przeprowadzonej analizy.

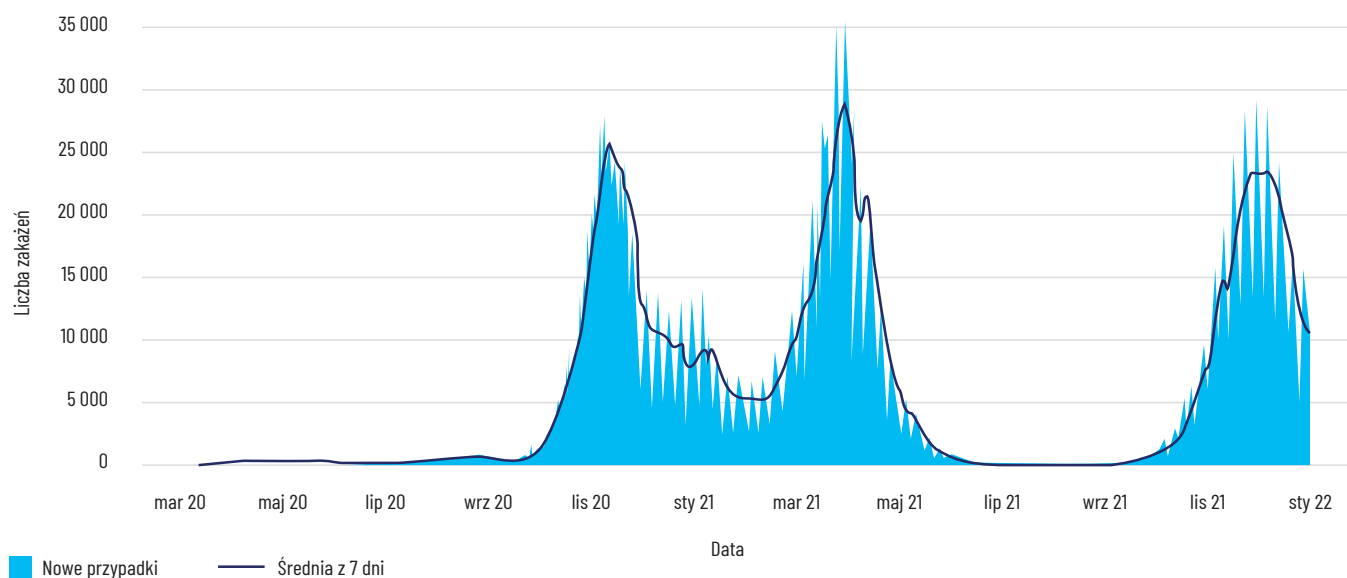
02

**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 naukowa², 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 przyływ 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 *Raporcie 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. najczęściej 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 opiece specjalistycznej, leczeniu szpitalnym oraz rehabilitacji leczniczej opisano w tym podrozdziale.

W rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna przeanalizowano zakresy świadczeń dla kardiologii oraz kardiochirurgii (Tabela 3).

Tabela 3. Świadczenia w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna

NAZWA ŚWIADCZEŃ	KOD PRODUKTU/ KOD ZAKRESU
Świadczenia w zakresie kardiologii	02.110*
Świadczenia w zakresie kardiochirurgii	02.1560*

*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 E katalogu JGP, Choroby układu krążenia, świadczenia wysokospecjalistyczne w zakresie przeszczepienia

lub wspomaganie serca oraz operacje wad serca i aorty piersiowej (Tabela 4).

Tabela 4. Świadczenia w rodzaju leczenia szpitalnego

NAZWA ŚWIADCZEŃ	KOD PRODUKTU/ KOD ZAKRESU
Sekcja E katalogu JGP, Choroby układu krążenia	5.51.01.0005*
Katalog produktów wysokospecjalistycznych, Przeszczepienie/ wspomaganie serca	03.4656.033.02
Katalog operacji wad serca i aorty piersiowej	03.4601.033.02 03.4602.033.02 03.4603.033.02 03.4604.033.02 03.4605.033.02 03.4657.033.02 03.4659.033.02

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

W rodzaju rehabilitacja lecznicza uwzględniono świadczenia dedykowane rehabilitacji kardiologicznej, w tym rehabilitacji stacjonarnej, rehabilitacji w ośrodkach/ oddziałach dziennych oraz telerehabilitacji hybrydowej.

Uwzględniono zarówno świadczenia realizowane w ramach programu KOS-Zawał jak i te realizowane poza programem (Tabela 5).

Tabela 5. Świadczenia w rodzaju rehabilitacja lecznicza

NAZWA PRODUKTU ROZLICZENIOWEGO	KOD PRODUKTU ROZLICZENIOWEGO
osobodzeń w rehabilitacji kardiologicznej w ośrodku dziennym	5.11.02.9000033
Rehabilitacja kardiologiczna w ramach opieki kompleksowej po zawale mięśnia sercowego w ośrodku lub oddziale dziennym	5.11.02.9000063
Rehabilitacja kardiologiczna z chorobami współistniejącymi w szpitalu	5.11.02.9100038
Rehabilitacja kardiologiczna w szpitalu - kategoria I	5.11.02.9100039
Rehabilitacja kardiologiczna w szpitalu - kategoria II	5.11.02.9100040
Rehabilitacja kardiologiczna z chorobami współistniejącymi w zakładzie rehabilitacji leczniczej	5.11.02.9100055
Rehabilitacja kardiologiczna w zakładzie rehabilitacji leczniczej - kategoria I	5.11.02.9100056
Rehabilitacja kardiologiczna w zakładzie rehabilitacji leczniczej - kategoria II	5.11.02.9100057
Rehabilitacja kardiologiczna w ramach opieki kompleksowej po zawale mięśnia sercowego w warunkach stacjonarnych	5.11.02.9100073
osobodzeń w kardiologicznej telerehabilitacji hybrydowej w warunkach domowych	5.11.02.9000062
Kardiologiczna telerehabilitacja hybrydowa w ramach opieki kompleksowej po zawale mięśnia sercowego w warunkach domowych	5.11.02.9000064

Źródło: Opracowanie DAIS MZ na podstawie danych NFZ

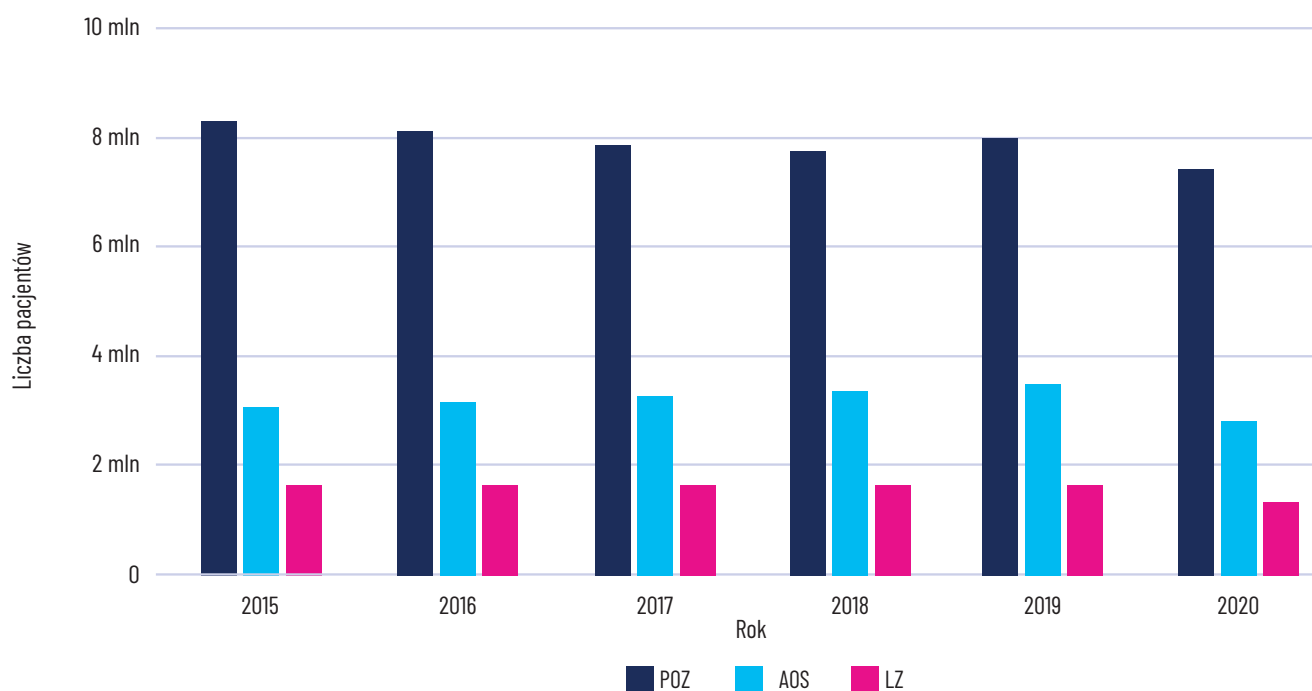
04

Wyniki

Liczba pacjentów z rozpoznaniem ICD10 chorób układu krążenia⁵, którzy korzystali ze świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz z leczenia szpitalnego w 2020 r. była niższa niż w latach poprzedzających wybuch pandemii COVID-19.

Spadek liczby pacjentów między 2020 r. a 2019 r. w podstawowej opiece zdrowotnej wynosił -6,65%, w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej -11,71%, a w leczeniu szpitalnym 24,83% (Rysunek 2).

Rysunek 2. Liczba pacjentów z rozpoznaniem ICD10 chorób układu krążenia w Polsce w latach 2015-2020 w podstawowej opiece zdrowotnej (POZ), ambulatoryjnej opiece specjalistycznej (AOS) i leczeniu szpitalnym (LZ) w latach 2015-2020



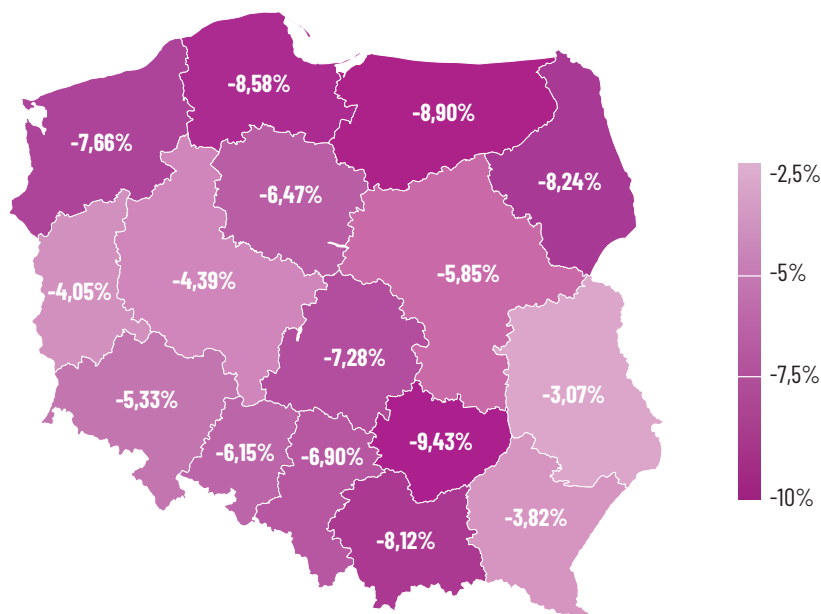
Źródło: Opracowanie DAiS MZ na podstawie danych NFZ

Zmniejszenie liczby pacjentów z rozpoznaniem chorób układu krążenia oraz liczby kontaktów/hospitalizacji tych pacjentów z podstawową opieką zdrowotną, ambulatoryjną opieką specjalistyczną oraz leczeniem szpitalnym można było zaobserwować w każdym z 16 województw. Największy spadek liczby pacjentów korzystających ze świadczeń w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna lub ambulatoryjna opieka

specjalistyczna lub leczenie szpitalne pomiędzy 2020 r. a 2019 r. zaobserwowano w województwach świętokrzyskim, warmińsko-mazurskim i pomorskim, odpowiednio -9,43%, -8,90%, -8,58%. Natomiast najmniej spadek liczby pacjentów dotyczył województwa lubelskiego, podkarpackiego oraz lubuskiego, odpowiednio - 3,07%, - 3,82% oraz -4,05% (Rysunek 3).

⁵ Rozpoznania ICD10 z sekcji I Choroby układu krążenia

Rysunek 3. Procentowa zmiana liczby pacjentów z rozpoznaniem chorób układu krążenia w POZ, AOS i LZ w województwach w roku 2020 względem 2019 (mapa na podstawie lokalizacji świadczeniobiorcy)

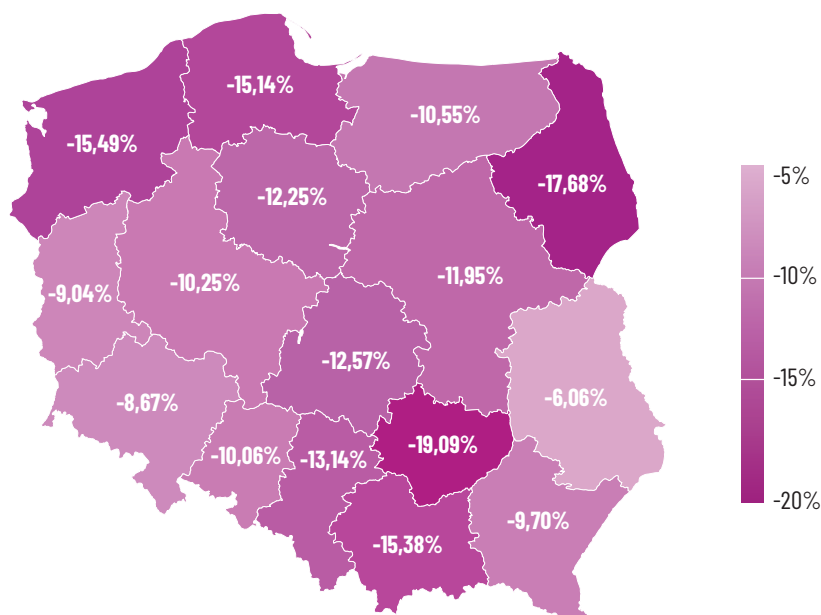


Źródło: Opracowanie MZ na podstawie danych NFZ

Największy spadek liczby kontaktów/hospitalizacji w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna lub ambulatoryjna opieka specjalistyczna lub leczenie szpitalne w roku 2020 względem 2019 zaobserwowano w województwach świętokrzyskim oraz podlaskim,

odpowiednio -19,09% oraz -17,68%. Natomiast, najmniejszy spadek liczby kontaktów/hospitalizacji dotyczył województwa lubelskiego, dolnośląskiego i lubuskiego, odpowiednio -6,06%, -8,67% oraz -9,04% (Rysunek 4).

Rysunek 4. Procentowa zmiana liczby kontaktów/hospitalizacji pacjentów z rozpoznaniem chorób układu krążenia w POZ, AOS i LZ w województwach w roku 2020 względem 2019 (mapa na podstawie lokalizacji świadczeniobiorcy)



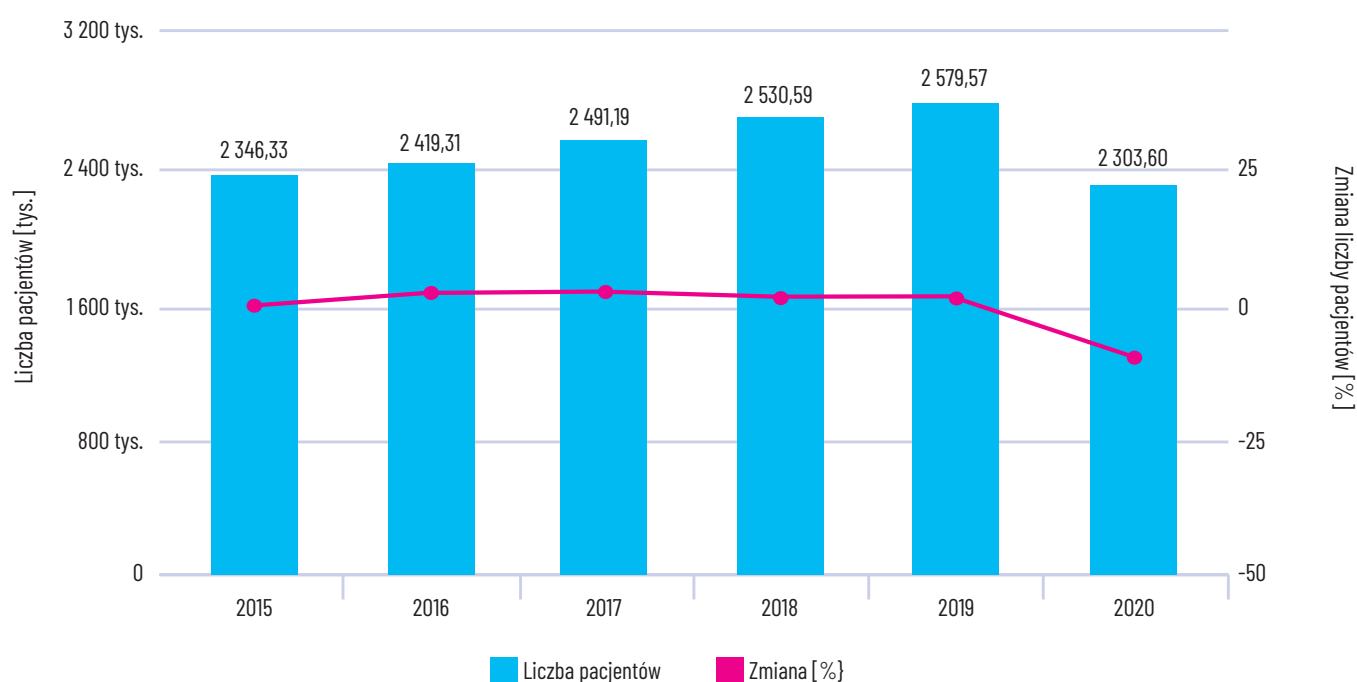
Źródło: Opracowanie MZ na podstawie danych NFZ

4.1 Ambulatoryjna opieka specjalistyczna

Na przestrzeni lat 2015–2020 liczba pacjentów w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej, którym udzielono świadczeń w zakresie chorób układu krążenia⁶

zwiększała się z roku na rok średnio o 2,4% do roku 2019. Jednak w 2020 r. zaobserwowano spadek o 276 tys. pacjentów (-10,7%) w stosunku do 2019 r. (Rysunek 5).

Rysunek 5. Liczba pacjentów oraz procentowa zmiana liczby pacjentów w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej względem roku poprzedniego w latach 2015-2020



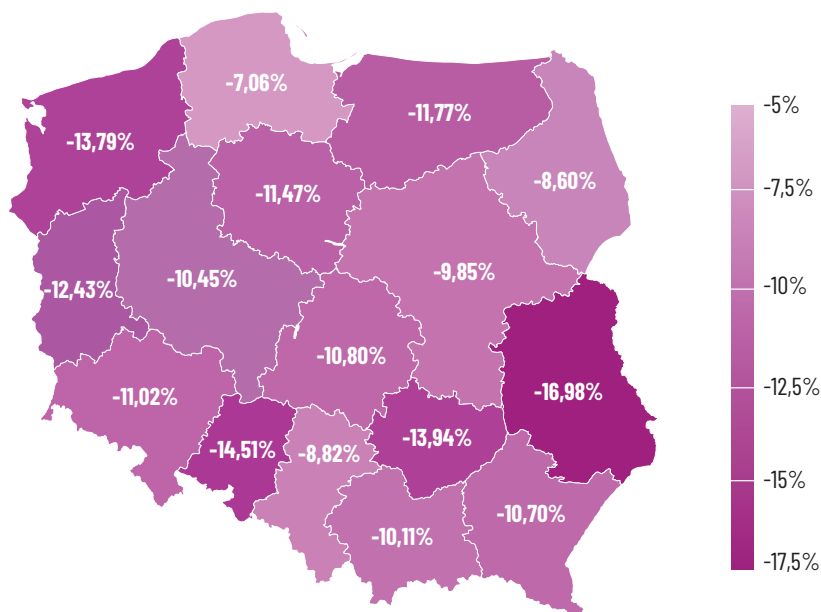
Źródło: Opracowanie DAiS MZ na podstawie danych NFZ

Liczba pacjentów w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej między 2020 r. a 2019 r. zmniejszyła się we wszystkich województwach.

Największe spadki wystąpiły w województwach lubelskim (-16,98%), opolskim (-14,51%), świętokrzyskim (-13,94%) oraz zachodniopomorskim (-13,79%). Natomiast najmniejsze spadki liczby pacjentów zaobserwowano w województwach pomorskim (-7,06%) podlaskim (-8,60%) oraz śląskim (-8,82%) (Rysunek 6).

⁶ W analizie uwzględniono poradnie kardiologiczne oraz kardiochirurgiczne

Rysunek 6. Procentowa zmiana liczby pacjentów ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w województwach w roku 2020 względem 2019 (mapa na podstawie lokalizacji świadczeniobiorcy)

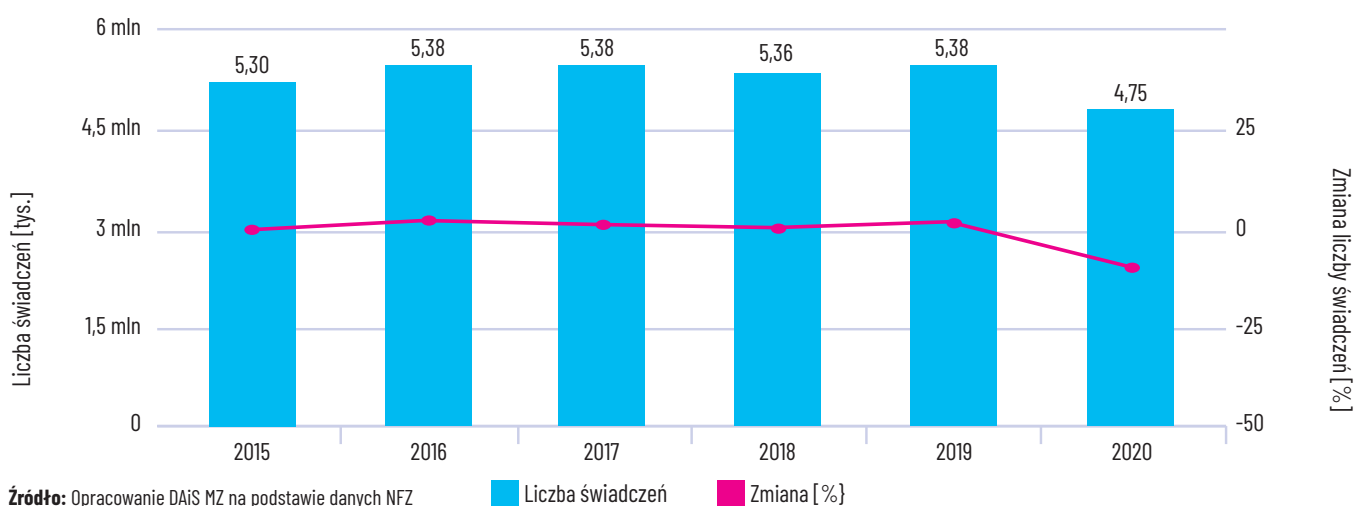


Źródło: Opracowanie MZ na podstawie danych NFZ

W przypadku liczby zrealizowanych świadczeń, w latach 2015 – 2019 wartości utrzymywały się na zbliżonym poziomie. Jednakże w 2020 r. odnotowano analogiczny

spadek w stosunku do roku ubiegłego. Liczba zrealizowanych świadczeń zmalała o -11,8% (Rysunek 7).

Rysunek 7. Liczba świadczeń oraz procentowa zmiana liczby świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej względem roku poprzedniego w latach 2015-2020

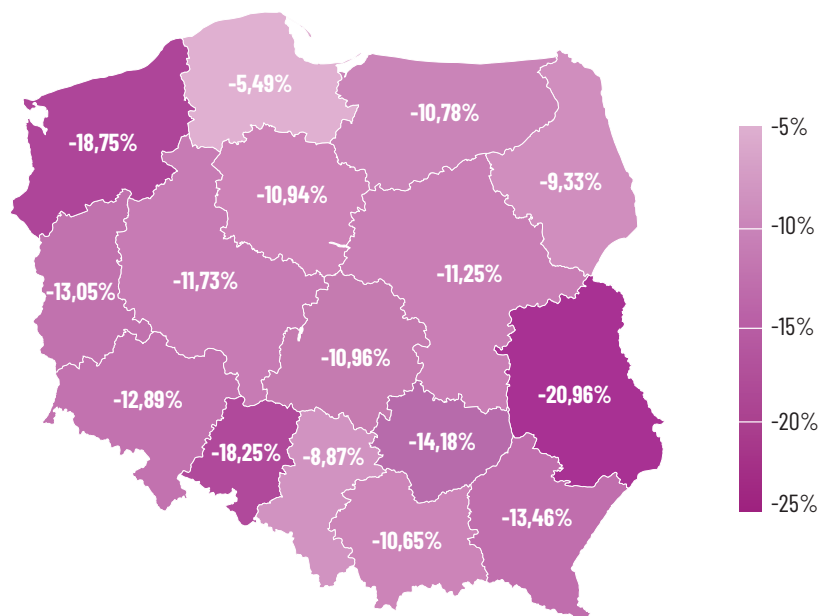


Źródło: Opracowanie DAiS MZ na podstawie danych NFZ

Analogicznie zmniejszyła się liczba zrealizowanych świadczeń między 2020 a 2019 r. Największe spadki zaobserwowano w województwach lubelskim (-20,96%), zachodniopomorskim (-18,75%) oraz opolskim (-18,25%).

W województwach pomorskim oraz śląskim wystąpiły najmniejsze spadki, odpowiednio o -5,49% oraz -8,87% (Rysunek 8).

Rysunek 8. Procentowa zmiana liczby świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w województwach w roku 2020 względem 2019 (mapa na podstawie lokalizacji świadczeniobiorcy)

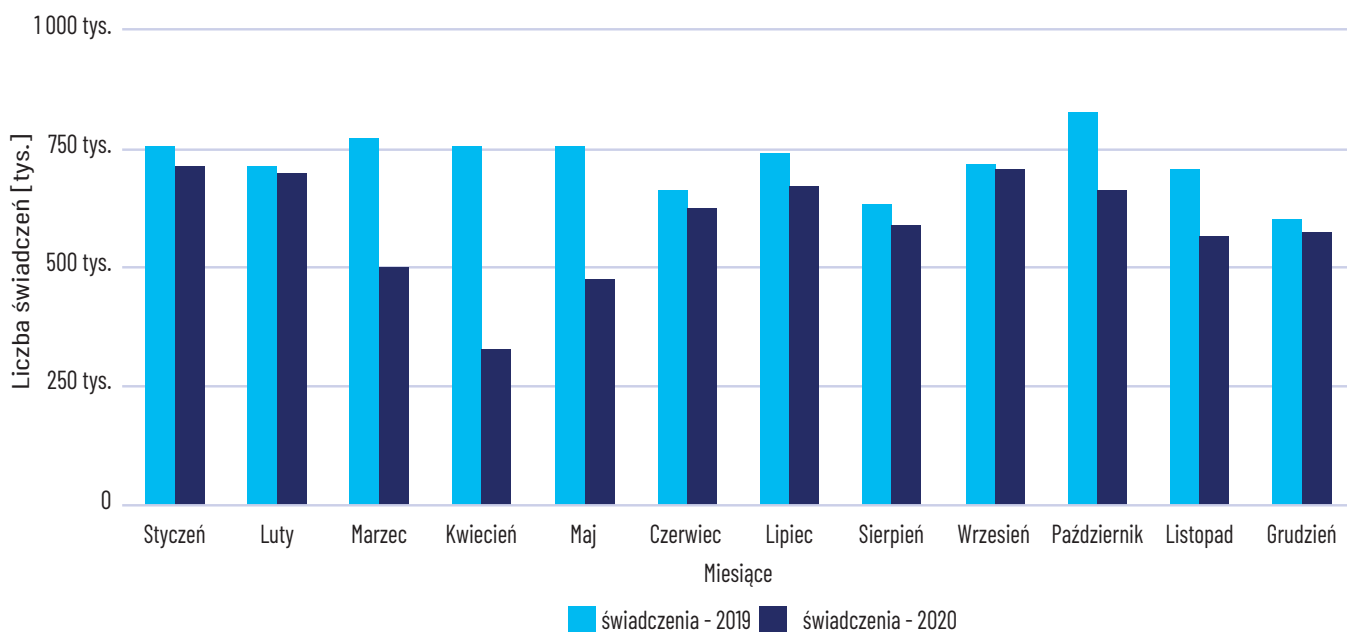


Źródło: Opracowanie DAiS MZ na podstawie danych NFZ

Spadek liczby realizowanych świadczeń w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej pokrywał się z falami pandemii COVID-19. Największe spadki odnotowano w marcu (-32,45%), kwietniu (-44,48%) oraz maju (-32,86%). Jesienna fala pandemii spowodowała znaczące spadki

w miesiącach październik oraz listopad, w którym liczba realizowanych świadczeń zmniejszyła się odpowiednio o -18% oraz -12,65%. W pozostałych miesiącach liczba zrealizowanych świadczeń w 2019 i 2020 r. była na zbliżonym poziomie (Rysunek 9).

Rysunek 9. Liczba świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w poszczególnych miesiącach w latach 2019-2020

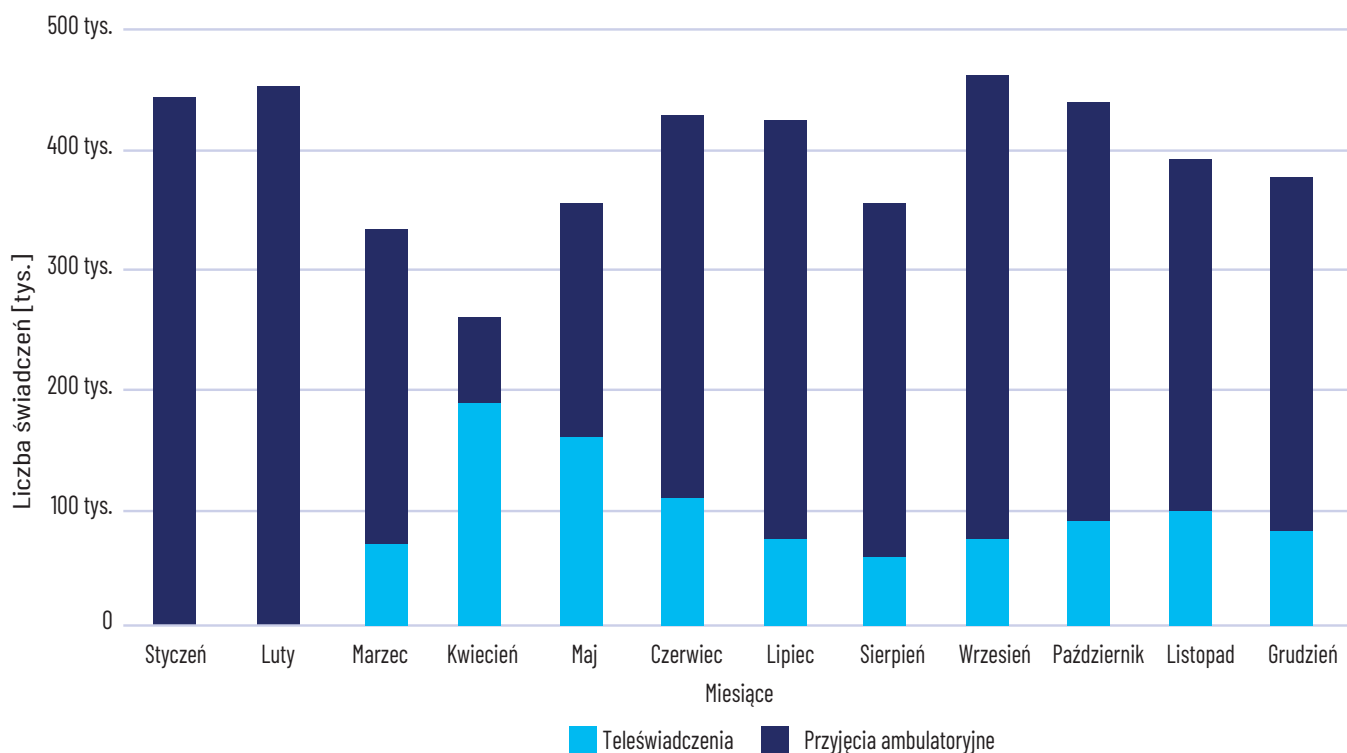


Źródło: Opracowanie DAiS MZ na podstawie danych NFZ

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 (72,13%) oraz maju (45,16%) 2020 r. W pozostałych miesiącach udział teleświadczeń wynosił od 16% do 26%, a średni udział w okresie marzec - grudzień 2020 r. wyniósł 28,29% (Rysunek 10).

Rysunek 10. 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 – Jednorodne Grupy Pacjentów

Liczba pacjentów, korzystających ze świadczeń dedykowanego leczeniu chorób układu krążenia w ramach leczenia szpitalnego, stopniowo zmniejszała się w latach 2015-2019, a w 2020 r. nastąpił najbardziej widoczny

spadek realizacji o 152,7 tys. (-26,0%) względem 2019 r. W analizie uwzględniono wszystkie hospitalizacje rozliczane w ramach sekcji E Choroby układu krążenia z katalogu Jednorodnych Grup Pacjentów (JGP) (Rysunek 11).

Rysunek 11. Liczba pacjentów oraz procentowa zmiana liczby pacjentów względem roku poprzedniego w latach 2015-2020, leczenie chorób układu krążenia w ramach leczenia szpitalnego (sekcja E katalogu JGP: Choroby układu krążenia)

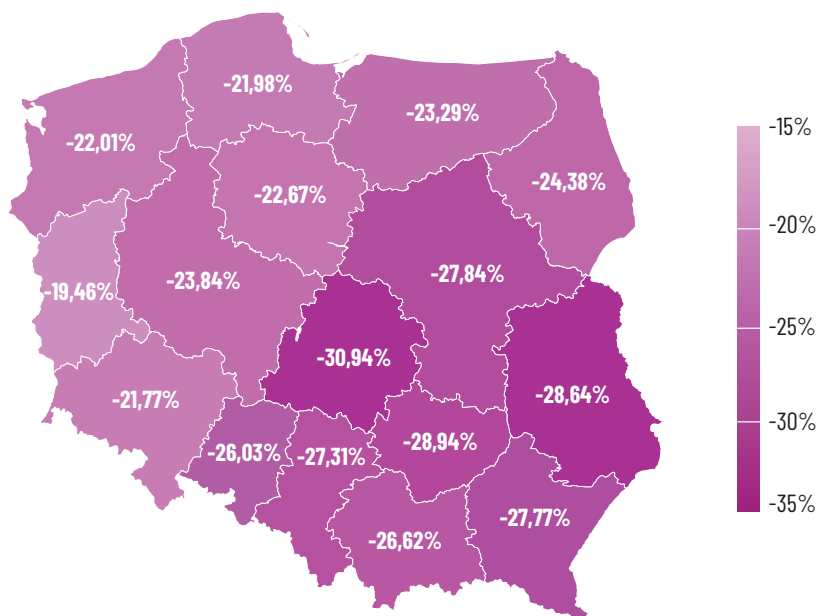


Źródło: Opracowanie DAIS MZ na podstawie danych NFZ

Największe spadki w liczbie pacjentów korzystających ze świadczeń leczenia szpitalnego pomiędzy 2019 r. a 2020 r. zaobserwowano w województwie łódzkim, świętokrzyskim oraz lubelskim, odpowiednio -30,94%, -28,94% oraz

-28,64%. Natomiast najmniejsze spadki wystąpiły w województwie lubuskim, dolnośląskim oraz pomorskim, czyli -19,46%, -21,77% oraz -21,98% (Rysunek 12).

Rysunek 12. Procentowa zmiana liczby pacjentów z rozpoznaniem chorób układu krążenia w leczeniu szpitalnym w roku 2020 względem 2019 (mapa na podstawie lokalizacji świadczeniobiorcy)

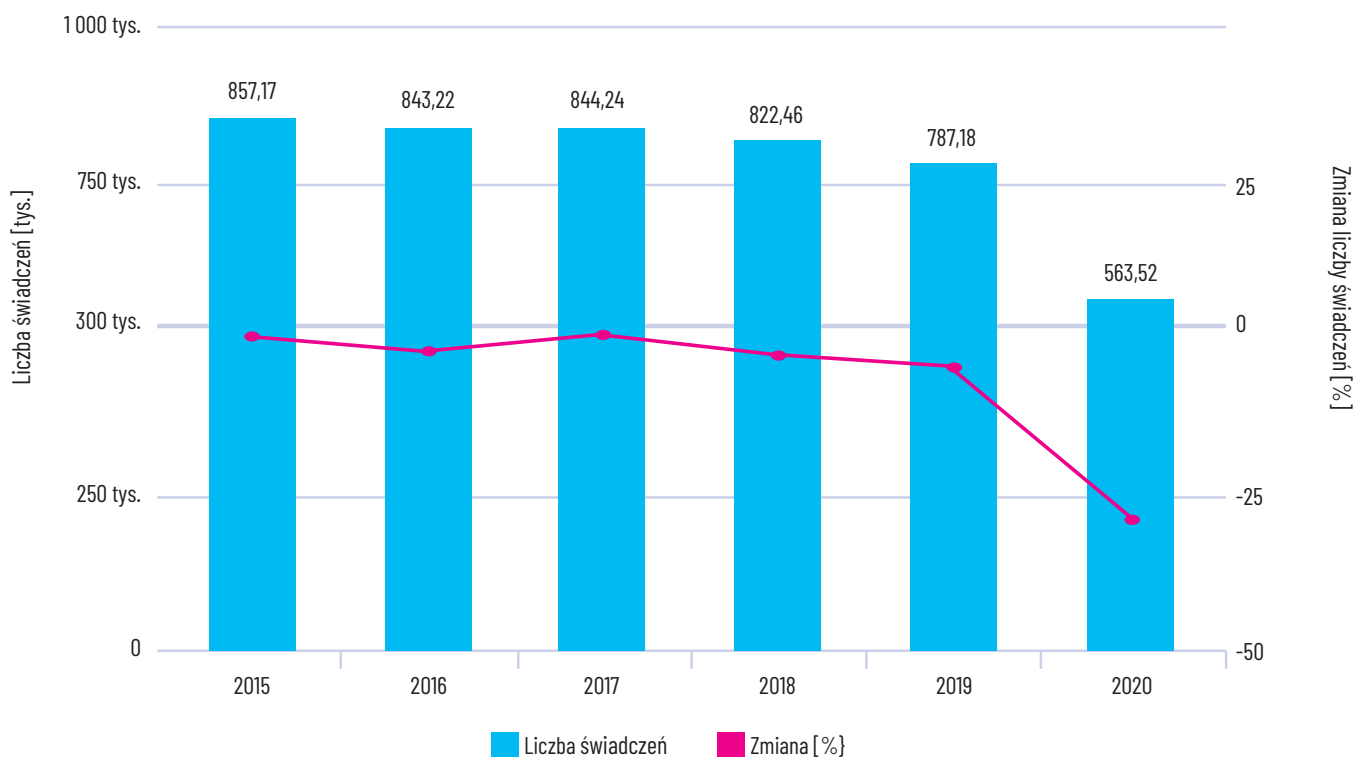


Źródło: Opracowanie DAiS MZ na podstawie danych NFZ

Podobnie jak w przypadku liczby pacjentów, liczba hospitalizacji dedykowanych leczeniu chorób układu krążenia również stopniowo zmniejszała się w latach 2015-2019,

jednak największy spadek wystąpił pomiędzy 2020 r. a 2019 r. i wyniósł 223,7 tys. (-28,41%) (Rysunek 13).

Rysunek 13. Liczba hospitalizacji oraz procentowa zmiana liczby hospitalizacji względem roku poprzedniego w latach 2015-2020, leczenie chorób układu krążenia w ramach leczenia szpitalnego (sekcja E katalogu JGP: Choroby układu krążenia)

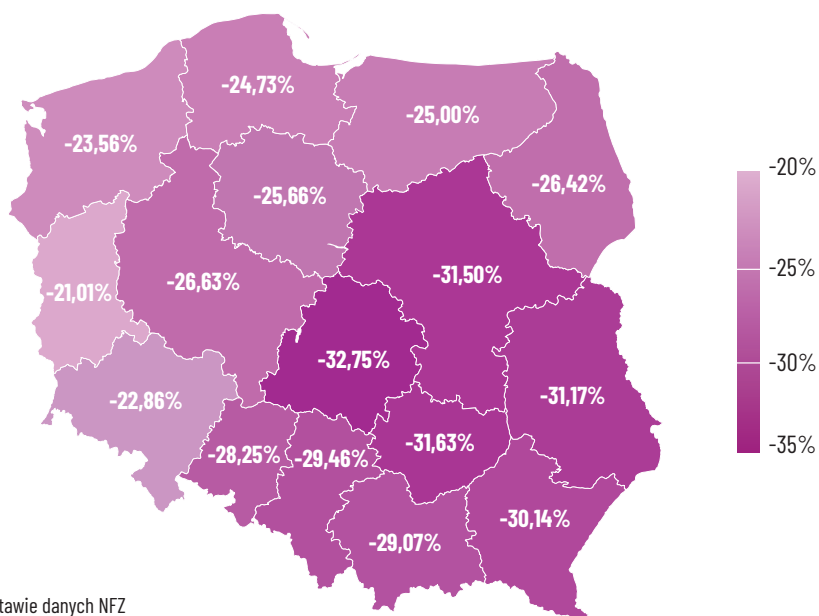


Źródło: Opracowanie DAiS MZ na podstawie danych NFZ

Największe spadki w liczbie hospitalizacji pomiędzy 2019 r. a 2020 r. zaobserwowano w województwie łódzkim, świętokrzyskim oraz mazowieckim, odpowiednio 32,75%, 31,63% oraz 31,50%. Natomiast najmniejsze

spadki wystąpiły w województwie lubuskim, dolnośląskim oraz zachodniopomorskim, czyli 21,01%, 22,86% oraz 23,56% (Rysunek 14).

Rysunek 14. Procentowa zmiana liczby hospitalizacji z powodu chorób układu krążenia w leczeniu szpitalnym w roku 2020 względem 2019 (mapa na podstawie lokalizacji świadczeniobiorcy)

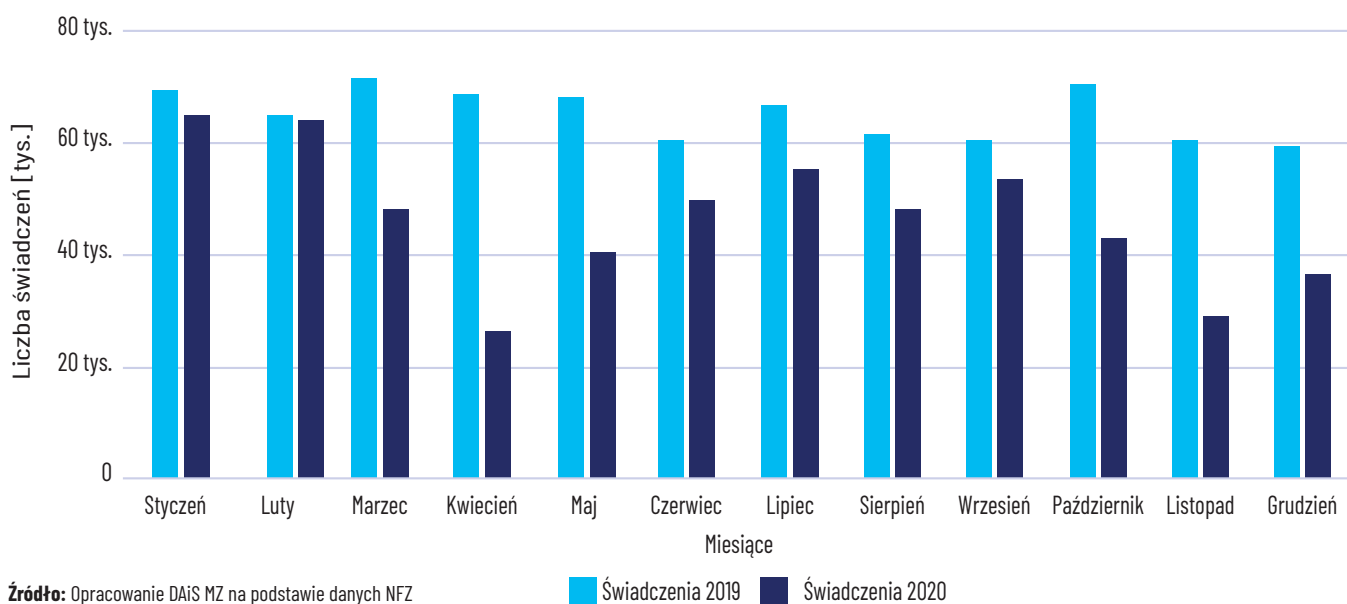


Źródło: Opracowanie DAIS MZ na podstawie danych NFZ

Największa różnica w liczbie hospitalizacji w poszczególnych miesiącach 2019 i 2020 r. występowała w okresie marzec-maj oraz październik-wrzesień-grudzień, czyli

w większości pokrywała się z występowaniem kolejnych fal zachorowań na COVID-19 (Rysunek 15).

Rysunek 15. Liczba hospitalizacji dedykowanych leczeniu chorób układu krążenia w latach 2019-2020 w podziale na miesiące



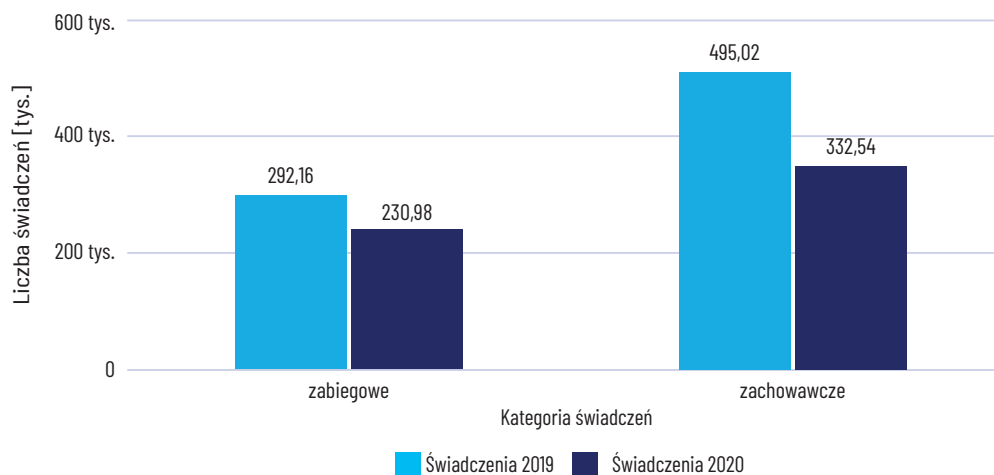
Źródło: Opracowanie DAIS MZ na podstawie danych NFZ

■ Świadczenia 2019 ■ Świadczenia 2020

Należy jednak zauważyć, że za spadek liczby hospitalizacji pomiędzy 2020 r. a 2019 r. odpowiadają przede wszystkim hospitalizacje zachowawcze, których liczba zmniejszyła się o 162,48 tys. (-32,8%). Spadek liczby

hospitalizacji zabiegowych pomiędzy 2020 r. i 2019 r. był zdecydowanie mniejszy i wynosił 61,18 tys. (-20,9%) (Rysunek 16).

Rysunek 16. Liczba hospitalizacji zabiegowych i zachowawczych w latach 2019-2020 dedykowanych leczeniu chorób układu krążenia w ramach leczenia szpitalnego (sekcja E katalogu JGP: Choroby układu krążenia)



Źródło: Opracowanie DAiS MZ na podstawie danych NFZ

Analizując liczbę hospitalizacji w podziale na kategorie szpitali w systemie podstawowego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (PSZ), czyli w tzw. „sieci szpitali”, to najwięcej świadczeń dedykowanych leczeniu chorób układu krążenia realizowanych jest w szpitalach stopnia I, stopnia II, stopnia III, oraz ogólnopolskich.

Spadek realizowanych świadczeń pomiędzy 2020 r. a 2019 w wymienionych kategoriach szpitali dla świadczeń zachowawczych wynosił odpowiednio 32,57%, 31,87%, 35,75% oraz 32,75%, zaś dla świadczeń zabiegowych odpowiednio 19,92%, 16,78%, 25,62% oraz 21,70% (Tabela 6)

Tabela 6. Liczba hospitalizacji w 2019 r. i 2020 r. w podziale na kategorię szpitala w PSZ oraz w szpitalach poza PSZ

GRUPA JGP	LICZBA ŚWIADCZEŃ ZACHOWAWCZYCH 2019	LICZBA ŚWIADCZEŃ ZACHOWAWCZYCH 2020	RÓŻNICA ŚWIADCZEŃ ZACHOWAWCZYCH 2020 DO 2019 [%]	LICZBA ŚWIADCZEŃ ZABIEGOWYCH 2019	LICZBA ŚWIADCZEŃ ZABIEGOWYCH 2020	RÓŻNICA ŚWIADCZEŃ ZABIEGOWYCH 2020 DO 2019 [%]
Szpital I stopnia	200 746	135 359	-32,57	27 702	22 183	-19,92
Szpital II stopnia	105 762	72 052	-31,87	52 699	43 858	-16,78
Szpital III stopnia	93 088	59 806	-35,75	96 500	71 780	-25,62
Szpital ogólnopolski	74 691	50 229	-32,75	83 814	65 628	-21,7
Poza siecią	10 071	7 935	-21,21	30 051	26 175	-12,90
Pozostałe kategorie w PSZ	10 660	7 159	-32,84	1 397	1 356	-2,93
Razem	495 018	332 540	-32,82	292 163	230 980	-20,94

Źródło: Opracowanie DAiS MZ na podstawie danych NFZ

Przeanalizowano jak zmieniła się liczba hospitalizacji pomiędzy 2020 r. a 2019 r. w przypadku 10 najczęściej realizowanych JGP w 2019 r. Największą liczbę hospitalizacji w 2019 r. w chorobach układu krążenia rozliczono grupą E53G niewydolność krążenia, czyli grupą zachowawczą dedykowaną pacjentom z niewydolnością serca,

jej realizacja w 2020 r. zmniejszyła się o 29,6%. Liczba hospitalizacji rozliczonych grupą E27 koronarografia i inne zabiegi inwazyjne oraz E12G OZW – leczenie inwazyjne zmniejszyła się o odpowiednio 27,76% oraz 16,52% (Tabela 7).

Tabela 7. Liczba hospitalizacji rozliczonych określonymi produktami NFZ w 2019 r. i 2020 r.

KOD PRODUKTU ROZLICZENIOWEGO NFZ	NAZWA PRODUKTU ROZLICZENIOWEGO NFZ	RODZAJ HOSPITALIZACJI	LICZBA ŚWIADCZEŃ 2019	LICZBA ŚWIADCZEŃ 2020	RÓŻNICA 2020 DO 2019 [%]
5.51.01.0005094	E53G niewydolność krążenia	Zachowawcza	208 680	146 920	-29,60
5.51.01.0005027	E27 koronarografia i inne zabiegi inwazyjne*	Zabiegowa	84 846	61 291	-27,76
5.51.01.0005090	E12G OZW - leczenie inwazyjne*	Zabiegowa	45 625	38 089	-16,52
5.51.01.0005061	E61 zaburzenia rytmu serca > 69 r.ż. lub z PW	Zachowawcza	40 440	25 296	-37,45
5.51.01.0005062	E62 zaburzenia rytmu serca > 17 r.ż. < 70 r.ż. bez PW	Zachowawcza	33 760	20 230	-40,08
5.51.01.0005052	E52 zaawansowana niewydolność krążenia	Zachowawcza	33 536	28 868	-13,92
5.51.01.0005092	E23G angioplastyka wieńcowa z implantacją jednego stentu*	Zabiegowa	33 503	24 885	-25,72
5.51.01.0005088	E88 nadciśnienie tętnicze > 17 r.ż.	Zachowawcza	32 132	19 075	-40,64
5.51.01.0005056	E56 choroba niedokrwienna serca > 69 r.ż. lub z PW	Zachowawcza	26 162	15 259	-41,67
5.51.01.0005032	E32 wszczepienie/ wymiana rozrusznika dwujamowego*	Zabiegowa	23 495	19 502	-17,00

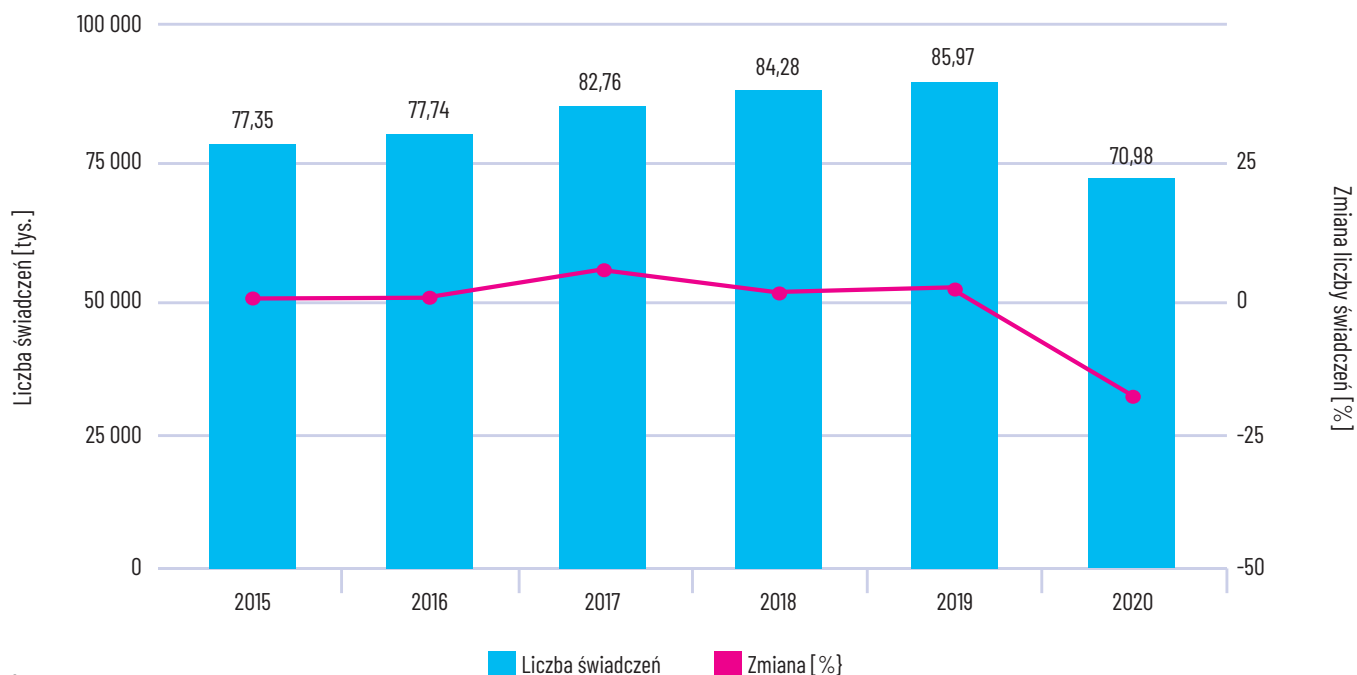
Źródło: Opracowanie DAiS MZ na podstawie danych NFZ

Ostre zawały serca

Liczba hospitalizacji z ostrym zawałem serca stopniowo zwiększała się w latach 2015-2019. Natomiast

między 2020 r. a 2019 r. nastąpił spadek o 15 tys. hospitalizacji (-17,4%) (Rysunek 17).

Rysunek 17. Liczba hospitalizacji oraz procentowa zmiana liczby hospitalizacji względem roku poprzedniego w latach 2015-2020, ostre zawały serca (rozpoznanie ICD10: I21-I22 wraz z rozszerzeniami) w ramach leczenia szpitalnego (sekcja E katalogu JGP: Choroby układu krążenia)



Źródło: Opracowanie DAiS MZ na podstawie danych NFZ

Przeanalizowano jak zmieniła się liczba hospitalizacji z rozpoznaniem ostrego zawału serca pomiędzy 2020 r. a 2019 r. Największą liczbę hospitalizacji w 2019 r. rozliczono grupą E12G OZW - leczenie inwazyjne*, jej realizacja w 2020 r. zmniejszyła się o 16,54%. Liczba

hospitalizacji rozliczonych grupą E10 OZW - diagnostyka inwazyjna* oraz E11 OZW - leczenie inwazyjne dwuetapowe > 3 dni* zmniejszyła się o odpowiednio 26,48% oraz 3,47% (Tabela 8).

Tabela 8. Liczba hospitalizacji rozliczonych określonymi produktami NFZ w 2019 r. i 2020 r.

KOD PRODUKTU ROZLICZENIOWEGO NFZ	NAZWA PRODUKTU ROZLICZENIOWEGO NFZ	LICZBA ŚWIADCZEŃ 2019	LICZBA ŚWIADCZEŃ 2020	RÓŻNICA 2020 DO 2019 [%]
5.51.01.0005090	E12G OZW - leczenie inwazyjne*	45 386	37 880	-16,54
5.51.01.0005010	E10 OZW- diagnostyka inwazyjna*	12 226	8 988	-26,48
5.51.01.0005011	E11 OZW - leczenie inwazyjne dwuetapowe > 3 dni*	11 009	10 627	-3,47
5.51.01.0005016	E16 OZW > 69 r.ż. lub z PW	7 866	5 975	-24,04
5.51.01.0005015	E15 OZW - leczenie inwazyjne > 7 dni z PW*	3 609	3 157	-12,52
5.51.01.0005091	E17G OZW - leczenie zachowawcze	2 911	2 187	-24,87
5.51.01.0005005	E05 pomostowanie naczyń wieńcowych > 69 r.ż. lub z PW*	1 418	1 000	-29,48
5.51.01.0005006	E06 pomostowanie naczyń wieńcowych < 70 r.ż. bez PW*	537	404	-24,77
5.51.01.0005092	E23G angioplastyka wieńcowa z implantacją jednego stentu*	282	148	-47,52
5.51.01.0005093	E24G angioplastyka wieńcowa z implantacją nie mniej niż 2 stentów lub wielonacyniowa*	199	140	-29,65

Źródło: Opracowanie DAiS MZ na podstawie danych NFZ

W kolejnych podrozdziałach raportu przedstawiono wpływ pandemii na realizację najważniejszych zabiegów stosowanych w leczeniu chorób układu krążenia,

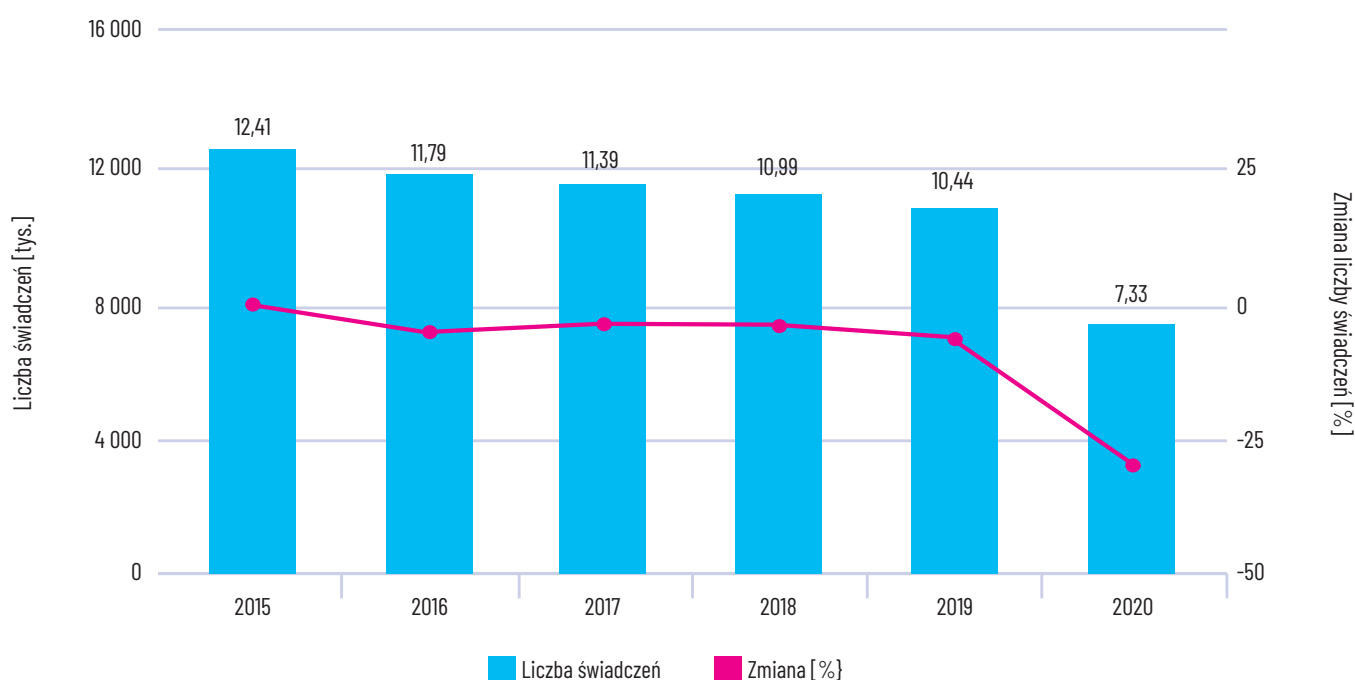
czyli zabiegów pomostowania aortalno-wieńcowego, angioplastyki wieńcowej, elektroterapii oraz elektrofizjologii.

Zabiegi pomostowania aortalno-wieńcowego

W analizie uwzględniono wszystkie hospitalizacje rozliczane grupami JGP: E04 pomostowanie naczyń wieńcowych z plastyką, E05 pomostowanie naczyń wieńcowych > 69 r.ż. lub z PW, E06 pomostowanie naczyń wieńcowych < 70 r.ż. bez PW oraz E07 pomostowanie naczyń wieńcowych >75 r.ż. i > 16 dni

Liczba hospitalizacji, związanych z realizacją zabiegów pomostowania aortalno-wieńcowego realizowanych w kardiologii, stopniowo zmniejszała się w latach 2015-2019, a w 2020 r. nastąpił najbardziej widoczny spadek realizacji o 3,1 tys. (-29,8%) względem 2019 r. (Rysunek 18).

Rysunek 18. Liczba hospitalizacji oraz procentowa zmiana liczby hospitalizacji względem poprzedniego roku w latach 2015-2020, zabiegi pomostowania aortalno-wieńcowego (grupy JGP E04-E07)

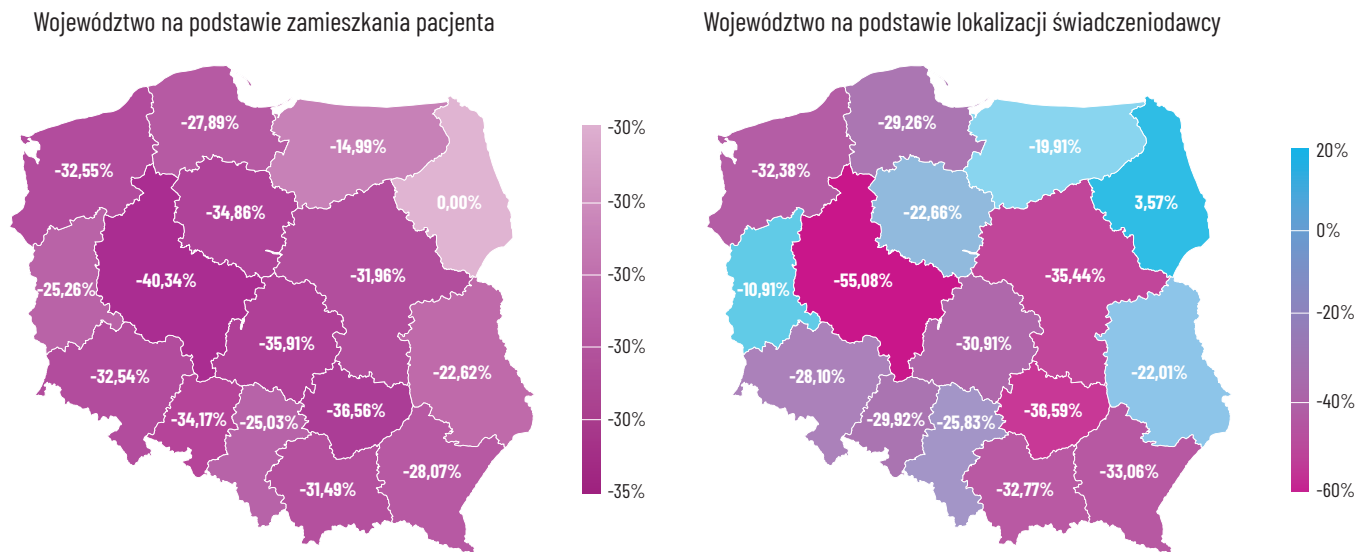


Źródło: Opracowanie DAiS MZ na podstawie danych NFZ

Największe spadki w liczbie hospitalizacji na podstawie miejsca zamieszkania pacjenta pomiędzy 2020 r. a 2019 r. zaobserwowano w województwie wielkopolskim, świętokrzyskim oraz łódzkim, odpowiednio 40,34%, 36,56% oraz 35,91%. W województwie podlaskim wystąpiło tyle samo hospitalizacji w 2020 roku, co w 2019. Natomiast najmniejsze spadki wystąpiły w województwie warmińsko-mazurskim, lubelskim oraz śląskim, czyli 14,99%, 22,62% oraz 25,03%.

W przypadku liczby hospitalizacji określonej na podstawie lokalizacji świadczeniodawcy największe spadki zaobserwowano w województwie wielkopolskim oraz świętokrzyskim, odpowiednio 55,08% oraz 36,59%. W województwie podlaskim jako jedynym w całej Polsce wystąpił wzrost (o 3,57%). (Rysunek 19).

Rysunek 19. Procentowa zmiana liczby hospitalizacji związanych z realizacją zabiegów pomostowania aortalno-wieńcowego w roku 2020 względem 2019 w poszczególnych województwach

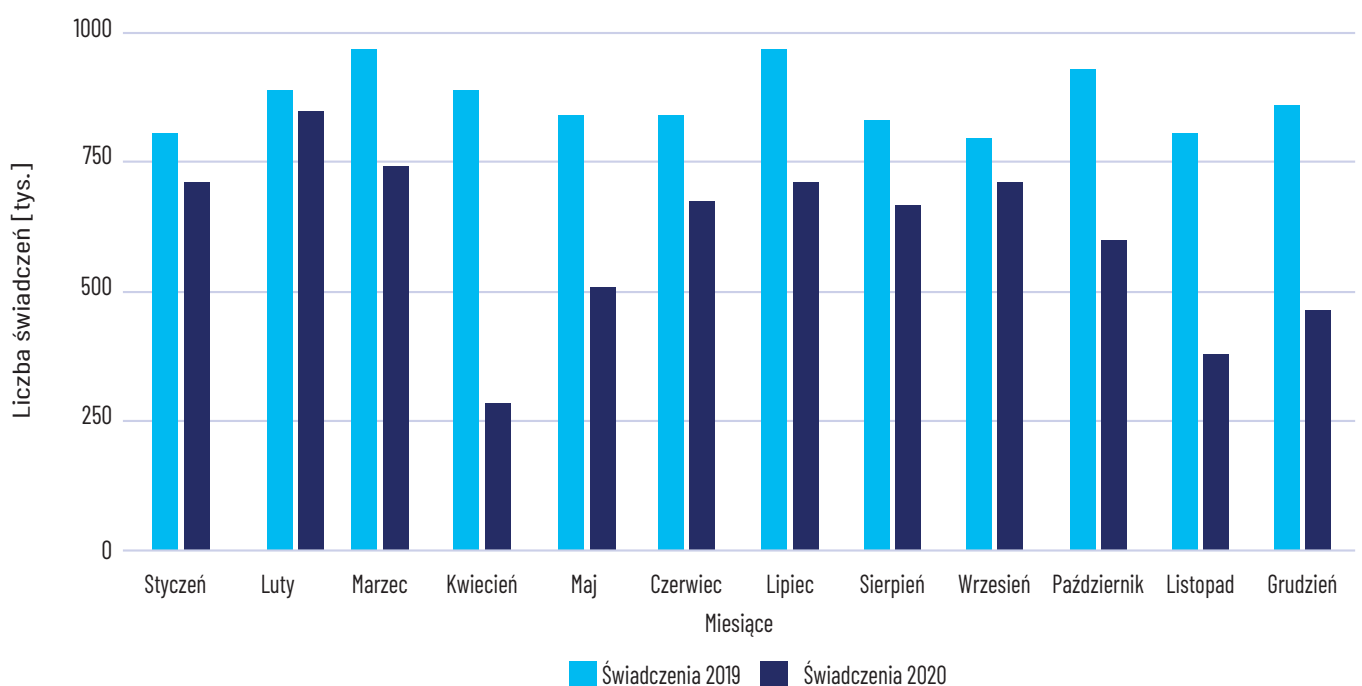


Źródło: Opracowanie DAiS MZ na podstawie danych NFZ

Najbardziej wyraźny spadek liczby hospitalizacji pomiędzy 2020 r. a 2019 r. miał miejsce w kwietniu, listopadzie oraz grudniu, czyli w większości pokrywał

się z występowaniem kolejnych fal zachorowań na COVID-19 (Rysunek 20).

Rysunek 20. Liczba hospitalizacji . Liczba hospitalizacji związanych z realizacją zabiegów pomostowania aortalno-wieńcowego w latach 2019-2020 w podziale na miesiące



Źródło: Opracowanie DAiS MZ na podstawie danych NFZ

Najwięcej zabiegów pomostowania aortalno-wieńcowego rozliczanych jest grupą E05 pomostowanie naczyń wieńcowych > 69 r.ż. lub z PW⁷ oraz E06 pomostowanie naczyń wieńcowych < 70 r.ż. bez PW, dla których spadek liczby hospitalizacji pomiędzy 2020 r. i 2019 r. wynosiła odpowiednio -31,48% oraz -27,90% (Tabela 9).

Zmniejszenie realizacji zabiegów pomostowania aortalno-wieńcowego może wynikać z braku personelu anestezjologicznego oraz miejsc na oddziałach intensywnej terapii, do których należy zapewnić dostęp w sytuacji, gdy planowany jest zabieg kardiochirurgiczny. Ponadto, sprzęt do pozaustrojowej oksygenacji membranowej (ECMO) również wykorzystywany w walce z pandemią, w dużej mierze pochodził z oddziałów kardiochirurgii, gdzie jest on od dawna stosowany.

Tabela 9. Liczba hospitalizacji rozliczonych określonymi produktami NFZ w 2019 r. i 2020 r.

KOD PRODUKTU ROZLICZENIOWEGO NFZ	NAZWA PRODUKTU ROZLICZENIOWEGO NFZ	LICZBA ŚWIADCZEŃ 2019	LICZBA ŚWIADCZEŃ 2020	RÓŻNICA 2020 DO 2019 [%]
5.51.01.0005005	E05 pomostowanie naczyń wieńcowych > 69 r.ż. lub z PW*	7 071	4 845	-31,48
5.51.01.0005006	E06 pomostowanie naczyń wieńcowych < 70 r.ż. bez PW*	2 907	2 096	-27,90
5.51.01.0005004	E04 pomostowanie naczyń wieńcowych zastyką*	294	278	-5,44
5.51.01.0005007	E07 pomostowanie naczyń wieńcowych >75 r.ż. i > 16 dni*	170	107	-37,06

Źródło: Opracowanie DAiS MZ na podstawie danych NFZ; PW – powikłania

⁷ PW oznacza powikłania, lista powikłań jest opisana w charakterystyce JGP

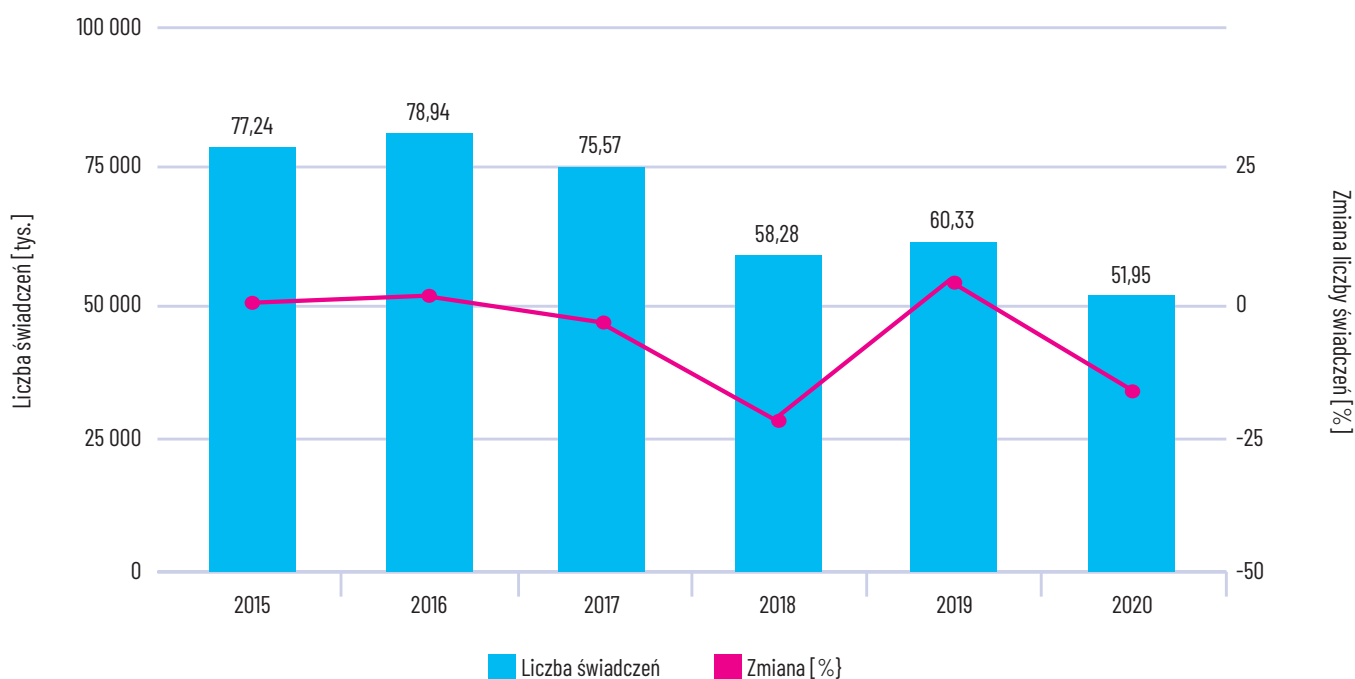
Angioplastyki wieńcowe

Hospitalizacje związane z wykonywaniem angioplastyk wieńcowych możemy podzielić na dwie grupy ze względu na wskazanie w jakim są wykonywane oraz sposób ich rozliczenia. Wykonywanie angioplastyk wieńcowych u pacjentów z ostrym zawałem serca (ICD10: I21-I22) rozliczane jest obecnie grupami E12G OZW - leczenie inwazyjne, E11 OZW - leczenie inwazyjne dwuetapowe > 3 dni, E15 OZW - leczenie inwazyjne > 7 dni z PW, z uwagi na bezpośredni stan zagrożenia życia świadczenia te nie są objęte limitem finansowania.⁸ Wykonanie angioplastyk we wskazaniach innych niż ostry zawał serca finansowane jest obecnie grupami: E23G Angioplastyka wieńcowa z implantacją jednego stentu, E24G Angioplastyka wieńcowa z implantacją nie mniej niż 2 stentów lub wielonaczyniowa, E26 Angioplastyka wieńcowa balonowa oraz E29 Angioplastyka wieńcowa balonowa (DEB), a świadczenia te są objęte limitem finansowania. Z uwagi na wskazane różnice

hospitalizacje te omówiono osobno. Ponieważ analiza obejmuje finansowanie świadczeń w latach 2015-2020 to uwzględniono zmiany w sposobie rozliczania jakie miały miejsce w tym czasie, związane ze zmianami produktów rozliczeniowych w katalogu NFZ.

Liczba hospitalizacji związanych z realizacją angioplastyk wieńcowych w stanach ostrych pozostawała na stałym poziomie w latach 2015-2017, następnie w końcówce 2017 r. dokonano korekty rozliczeń polegających na usunięciu rozpoznania duszniczy bolesnej (ICD10: I20) z finansowania bezlimitowego. Począwszy od 2018 r. jedynie rozpoznanie ostrego zawału serca finansowane jest bez limitów w związku z czym dane za lata 2015-2017 oraz 2018-2020 należy interpretować oddzielnie. Liczba hospitalizacji w 2020 r. zmniejszyła się o 8,4 tys. (- 13,9%) względem 2019 r. (Rysunek 21).

Rysunek 21. Liczba hospitalizacji oraz procentowa zmiana liczby hospitalizacji względem poprzedniego roku w latach 2015-2020, zabiegi angioplastyki wieńcowej w ostrym zawałe serca (grupy JGP E11-E15)



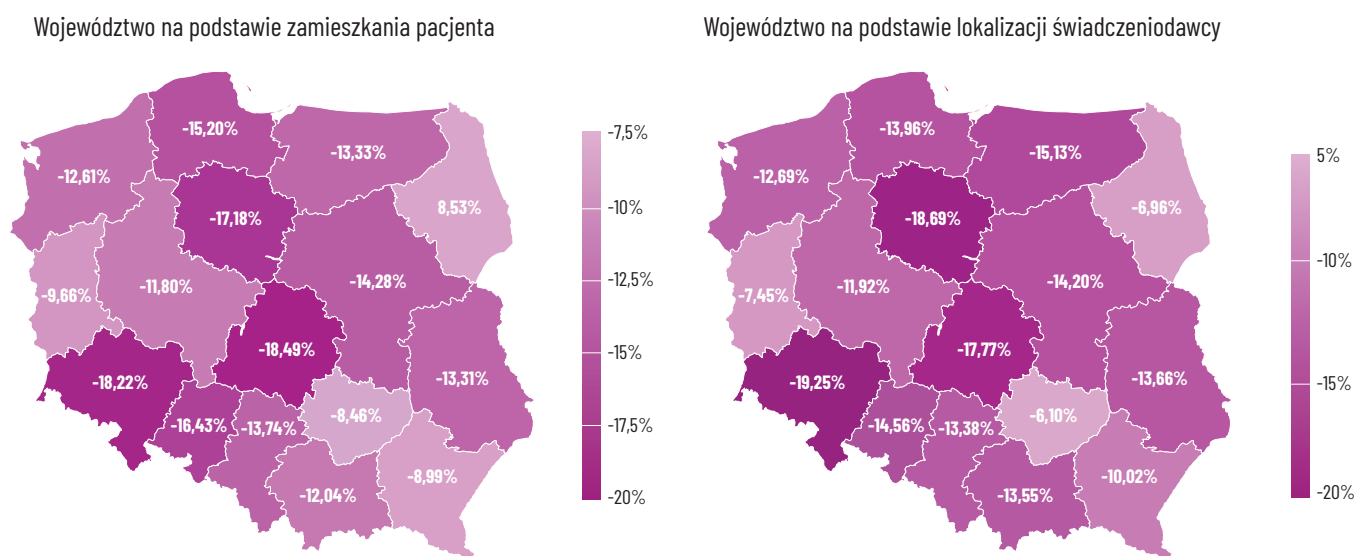
Źródło: Opracowanie DAIS MZ na podstawie danych NFZ

⁸ Do 2017 r. finansowanie nielimitowe obejmowało ostre zespoły wieńcowe, do których oprócz ostrego zawału serca zaliczamy również dusznicę bolesną.

Największe spadki w liczbie hospitalizacji na podstawie miejsca zamieszkania pacjenta pomiędzy 2020 r. a 2019 r. zaobserwowano w województwie łódzkim, dolnośląskim oraz kujawsko-pomorskim odpowiednio 18,49%, 18,22% oraz 17,18%. Natomiast najmniejsze spadki wystąpiły w województwie świętokrzyskim, podlaskim oraz podkarpackim, czyli 8,46%, 8,53% oraz 8,99%. W przypadku liczby

hospitalizacji określonej na podstawie lokalizacji świadczeniodawcy największe spadki zaobserwowano w województwie dolnośląskim oraz kujawsko-pomorskim, odpowiednio 19,25% oraz 18,69%. Natomiast najmniejsze spadki wystąpiły w województwie świętokrzyskim oraz podlaskim, czyli 6,10% oraz 6,96%. (Rysunek 22)

Rysunek 22. Procentowa zmiana liczby hospitalizacji związanych z realizacją zabiegów angioplastyki wieńcowej w rozpoznaniu ostrego zawału serca w roku 2020 względem 2019 w poszczególnych województwach

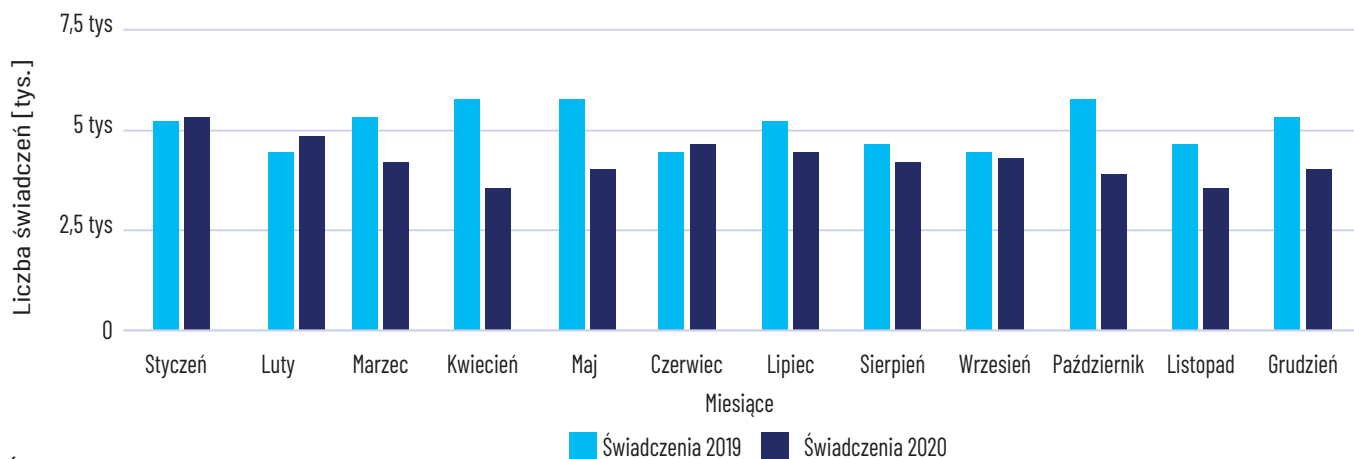


Źródło: Opracowanie DaiS MZ na podstawie danych NFZ

Największy spadek liczby hospitalizacji związanych z wykonywaniem angioplastyk wieńcowych u pacjentów z ostrym zawałem serca pomiędzy 2020 r. a 2019 r. miał miejsce

w kwietniu oraz w miesiącach październik-grudzień, zatem pokrywał się z występowaniem kolejnych fal zachorowań na COVID-19. (Rysunek 23).

Rysunek 23. Liczba hospitalizacji związanych z realizacją zabiegów angioplastyki wieńcowej w rozpoznaniu ostrego zawału serca w latach 2019-2020 w podziale na miesiące



Źródło: Opracowanie DaiS MZ na podstawie danych NFZ

Największy spadek liczby hospitalizacji dotyczył najczęściej realizowanej grupy E12G OZW – leczenie inwazyjne i wynosił -16,52%. W przypadku hospitalizacji, gdzie wykonywane są

zabiegi dwuetapowe lub zabiegi u pacjentów z powikłaniami lub hospitalizowanych powyżej 7 dni spadki wynosiły mniej, odpowiednio -3,60% oraz -12,35% (Tabela 10).

Tabela 10. Liczba hospitalizacji rozliczonych określonymi produktami NFZ w 2019 r. i 2020 r.

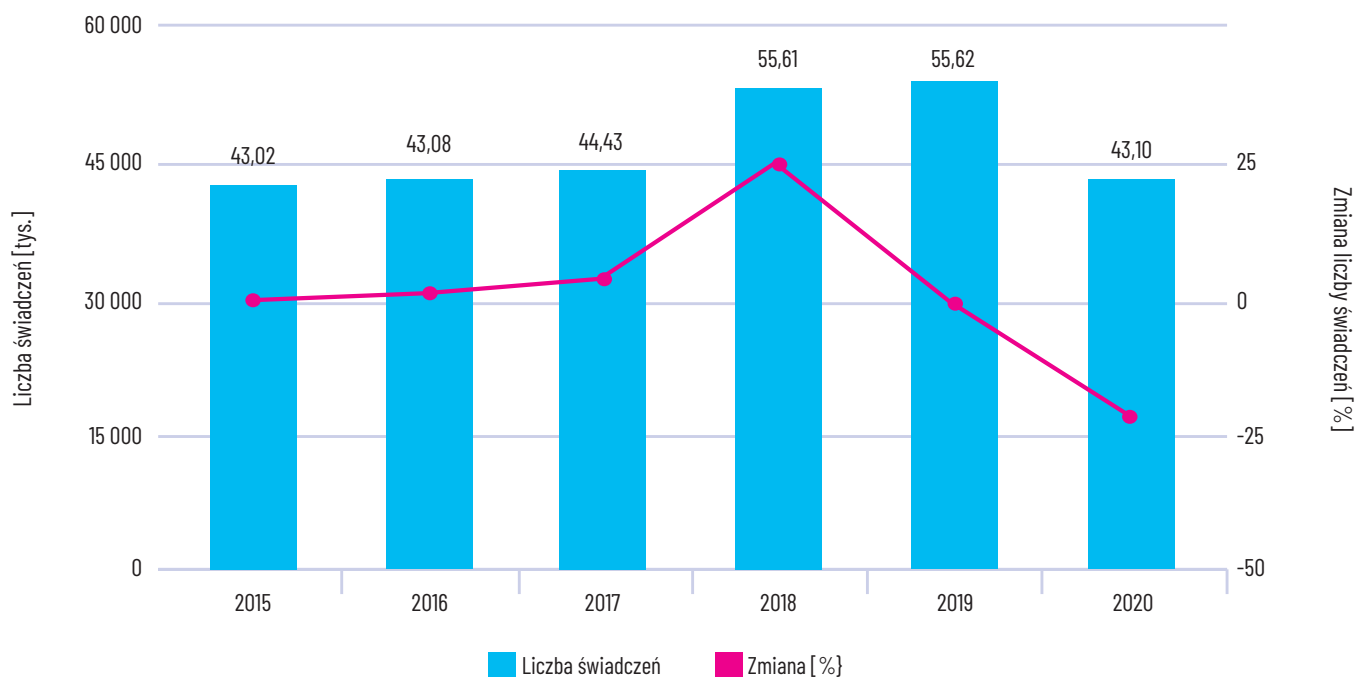
KOD PRODUKTU ROZLICZENIOWEGO NFZ	NAZWA PRODUKTU ROZLICZENIOWEGO NFZ	LICZBA ŚWIADCZEŃ 2019	LICZBA ŚWIADCZEŃ 2020	RÓŻNICA 2020 DO 2019 [%]
5.51.01.0005090	E12G OZW – leczenie inwazyjne*	45 625	38 089	-16,52
5.51.01.0005011	E11 OZW – leczenie inwazyjne dwuetapowe > 3 dni*	11 062	10 664	-3,60
5.51.01.0005015	E15 OZW – leczenie inwazyjne > 7 dni z PW*	3 644	3 194	-12,35

Źródło: Opracowanie DAiS MZ na podstawie danych NFZ

Liczba hospitalizacji związanych z realizacją angioplastyk wieńcowych tzw. planowanych, czyli realizowanych w rozpoznaniu innym niż ostry zawał serca, również pozostawała na zbliżonym poziomie w latach 2015-2017, a następnie wzrosła w latach 2018-2019

z uwagi na wspomniane powyżej zmiany w sposobie rozliczania świadczeń. Liczba hospitalizacji w 2020 r. zmniejszyła się o 12,5 tys. (-22,5%) względem 2019 r. (Rysunek 24).

Rysunek 24. Liczba hospitalizacji oraz procentowa zmiana liczby hospitalizacji względem poprzedniego roku w latach 2015-2020, angioplastyki wieńcowe w rozpoznaniach innych niż ostry zawał serca (grupy JGP E23G-E29)

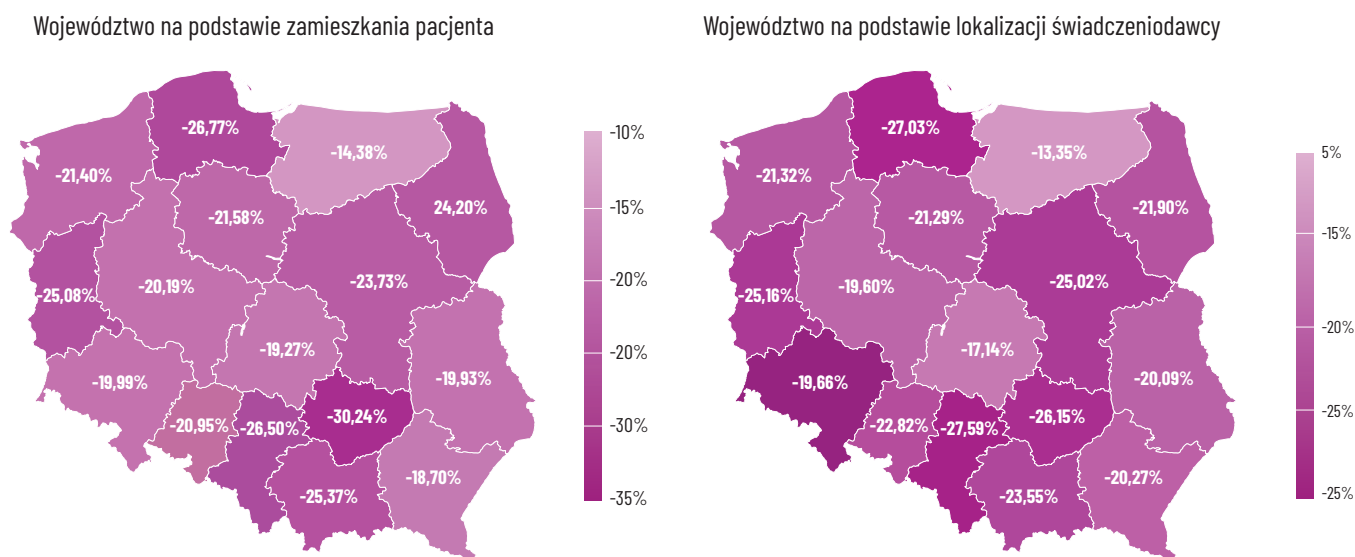


Źródło: Opracowanie DAiS MZ na podstawie danych NFZ

Największe spadki w liczbie hospitalizacji na podstawie miejsca zamieszkania pacjenta pomiędzy 2020 r. a 2019 r. zaobserwowano w województwie świętokrzyskim, pomorskim oraz śląskim, odpowiednio 30,24%, 26,77% oraz 26,50%. Natomiast najmniejsze spadki wystąpiły w województwie warmińsko-mazurskim, podkarpackim oraz łódzkim, czyli 14,38%, 18,7% oraz 19,27%.

W przypadku liczby hospitalizacji określonej na podstawie lokalizacji świadczeniodawcy największe spadki zaobserwowano w województwie śląskim oraz pomorskim, odpowiednio 27,59% oraz 27,03%. Natomiast najmniejsze spadki wystąpiły w województwie warmińsko-mazurskim oraz łódzkim, czyli 13,35% oraz 17,14% (Rysunek 25).

Rysunek 25. Procentowa zmiana liczby hospitalizacji związanych z realizacją zabiegów angioplastyki wieńcowej w rozpoznaniu innym niż zawał serca w roku 2020 względem 2019 w poszczególnych województwach

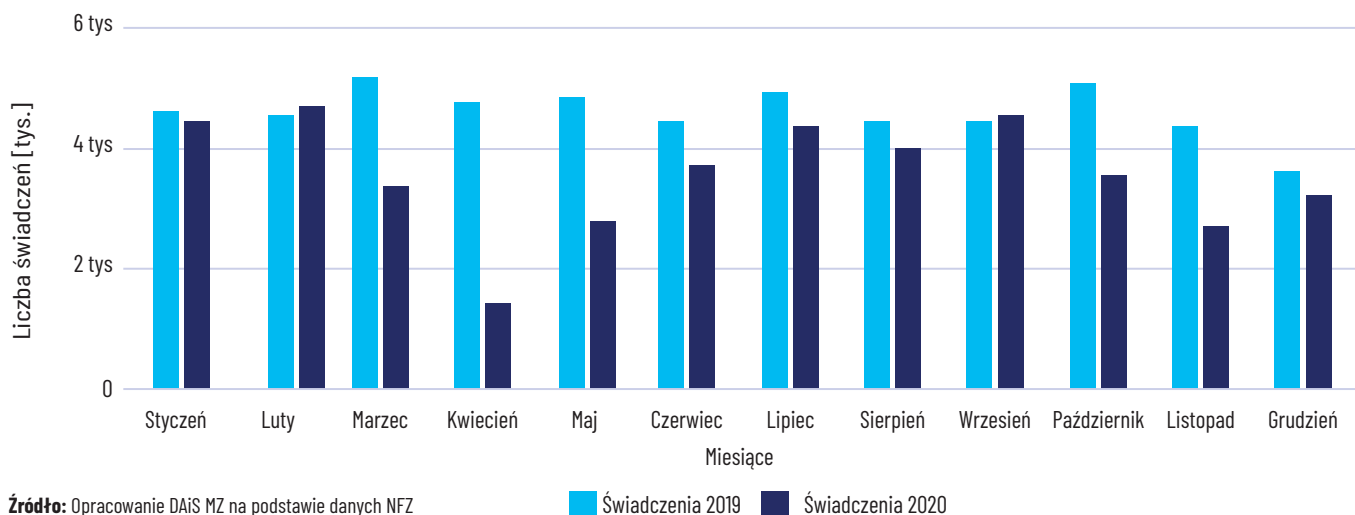


Źródło: Opracowanie DAiS MZ na podstawie danych NFZ

Największy spadek liczby hospitalizacji w 2020 r. w porównaniu do 2019 r. miał miejsce w kwietniu oraz maju, październiku i listopadzie, czyli w większości

pokrywał się z występowaniem kolejnych fal zachorowań na COVID-19 (Rysunek 26).

Rysunek 26. Liczba hospitalizacji związanych z realizacją zabiegów angioplastyki wieńcowej w rozpoznaniu innym niż zawał serca w latach 2019-2020 w podziale na miesiące



Źródło: Opracowanie DAiS MZ na podstawie danych NFZ

■ Świadczenia 2019 ■ Świadczenia 2020

Hospitalizacje związane z realizacją angioplastyk wieńcowych we wskazaniach innych niż leczenie ostrego zawału serca najczęściej było rozliczane grupami JGP, E23G Angioplastyka wieńcowa z implantacją jednego

stentu oraz E24G Angioplastyka wieńcowa z implantacją nie mniej niż 2 stentów lub wielonaczyniowa*, a spadki pomiędzy 2020 r. a 2019 r. wynosiły odpowiednio -25,72% oraz -17,19% (Tabela 11).

Tabela 11. Liczba hospitalizacji rozliczonych określonymi produktami NFZ w 2019 r. i 2020 r.

KOD PRODUKTU ROZLICZENIOWEGO NFZ	NAZWA PRODUKTU ROZLICZENIOWEGO NFZ	LICZBA ŚWIADCZEŃ 2019	LICZBA ŚWIADCZEŃ 2020	RÓŻNICA 2020 DO 2019 [%]
5.51.01.0005092	E23G Angioplastyka wieńcowa z implantacją jednego stentu*	33 503	24 885	-25,72
5.51.01.0005093	E24G Angioplastyka wieńcowa z implantacją nie mniej niż 2 stentów lub wielonaczyniowa*	17 756	14 703	-17,19
5.51.01.0005026	E26 Angioplastyka wieńcowa balonowa*	3 457	2 292	-33,70
5.51.01.0005029	E29 Angioplastyka wieńcowa balonowa (DEB)*	906	1 225	+35,21

Źródło: Opracowanie DAiS MZ na podstawie danych NFZ

Podsumowując, spadki w przypadku hospitalizacji związanych z zabiegami angioplastyki wieńcowej u pacjentów z ostrym zawałem serca były mniejsze niż w przypadku angioplastyk wykonywanych z innych przyczyn, czyli tzw. angioplastyk planowych. Warto również

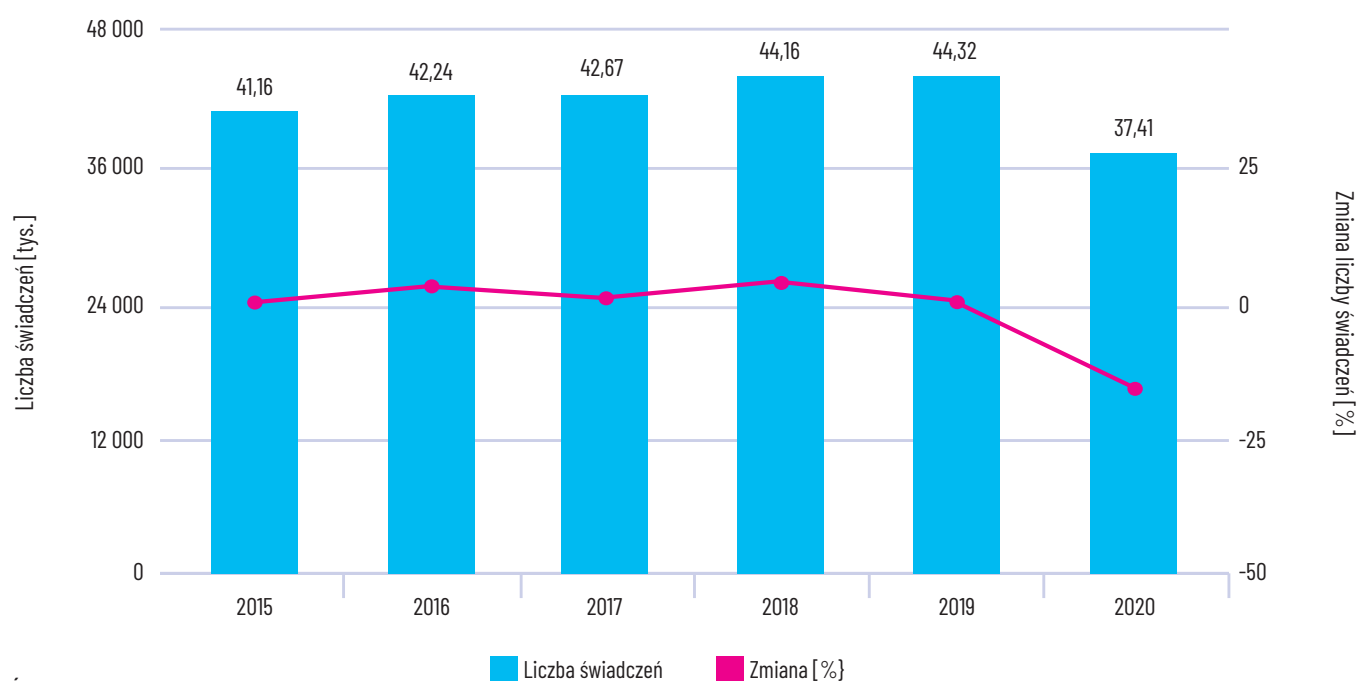
zauważyć, że spadek liczby hospitalizacji w mniejszym stopniu dotyczył zabiegów bardziej złożonych, tj. angioplastyk wielonaczyniowych, dwuetapowych oraz realizowanych u pacjentów z powikłaniami lub dla których czas hospitalizacji był dłuższy.

Elektroterapia

W analizie uwzględniono wszystkie hospitalizacje rozliczane grupami JGP: E31 Wszczepienie/ wymiana rozrusznika jednojamowego, E32 Wszczepienie/ wymiana rozrusznika dwujamowego, E33 Wszczepienie/ wymiana układu z funkcją resynchronizującą serca (CRT), E34 Wszczepienie/ wymiana kardiowertera - defibrylatora jedno-/ dwujamowego, E34G Wszczepienie lub wymiana

całkowicie podskórnego kardiowertera - defibrylatora oraz E36 wszczepienie/ wymiana CRT - D > 17 r.ż. Liczba hospitalizacji dedykowanych leczeniu chorób układu krążenia w ramach leczenia szpitalnego w obszarze elektroterapii, stopniowo zwiększała się w niewielkim stopniu w latach 2015-2019. W 2020 r. nastąpił spadek realizacji o 6,9 tys. (-15,6%) względem 2019 r. (Rysunek 27).

Rysunek 27. Liczba hospitalizacji oraz procentowa zmiana liczby hospitalizacji względem poprzedniego roku w latach 2015-2020, zabiegi elektroterapii (grupy JGP E31-E36)



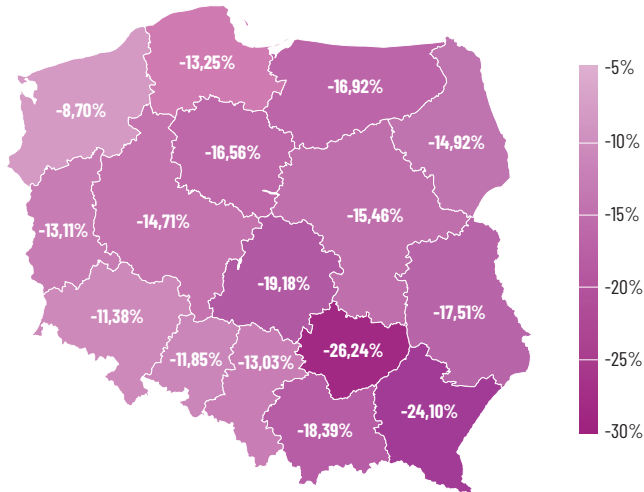
Źródło: Opracowanie DAiS MZ na podstawie danych NFZ

Największe spadki w liczbie hospitalizacji na podstawie miejsca zamieszkania pacjenta pomiędzy 2019 r. a 2020 r. zaobserwowano w województwie świętokrzyskim, podkarpackim oraz łódzkim odpowiednio 26,24%, 24,10% oraz 19,18%. Natomiast najmniejsze spadki wystąpiły w województwie zachodniopomorskim, dolnośląskim oraz opolskim, czyli 8,70%, -11,38% oraz

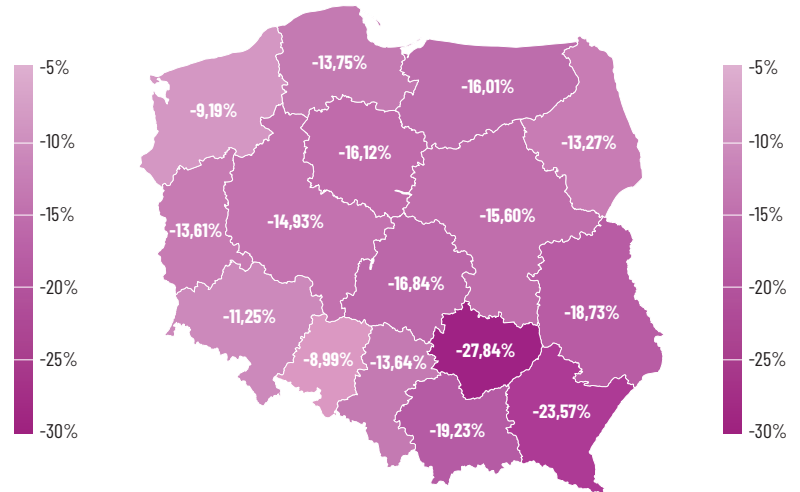
11,85%. W przypadku liczby hospitalizacji określonej na podstawie lokalizacji świadczeniodawcy największe spadki zaobserwowano w województwie świętokrzyskim oraz podkarpackim, odpowiednio 27,84% oraz 23,57%. Natomiast najmniejsze spadki wystąpiły w województwie opolskim oraz zachodniopomorskim, czyli -8,99% oraz -9,19% (Rysunek 28).

Rysunek 28. Procentowa zmiana liczby hospitalizacji związanych z realizacją zabiegów elektroterapii w roku 2020 względem 2019 w poszczególnych województwach

Województwo na podstawie zamieszkania pacjenta



Województwo na podstawie lokalizacji świadczeniodawcy

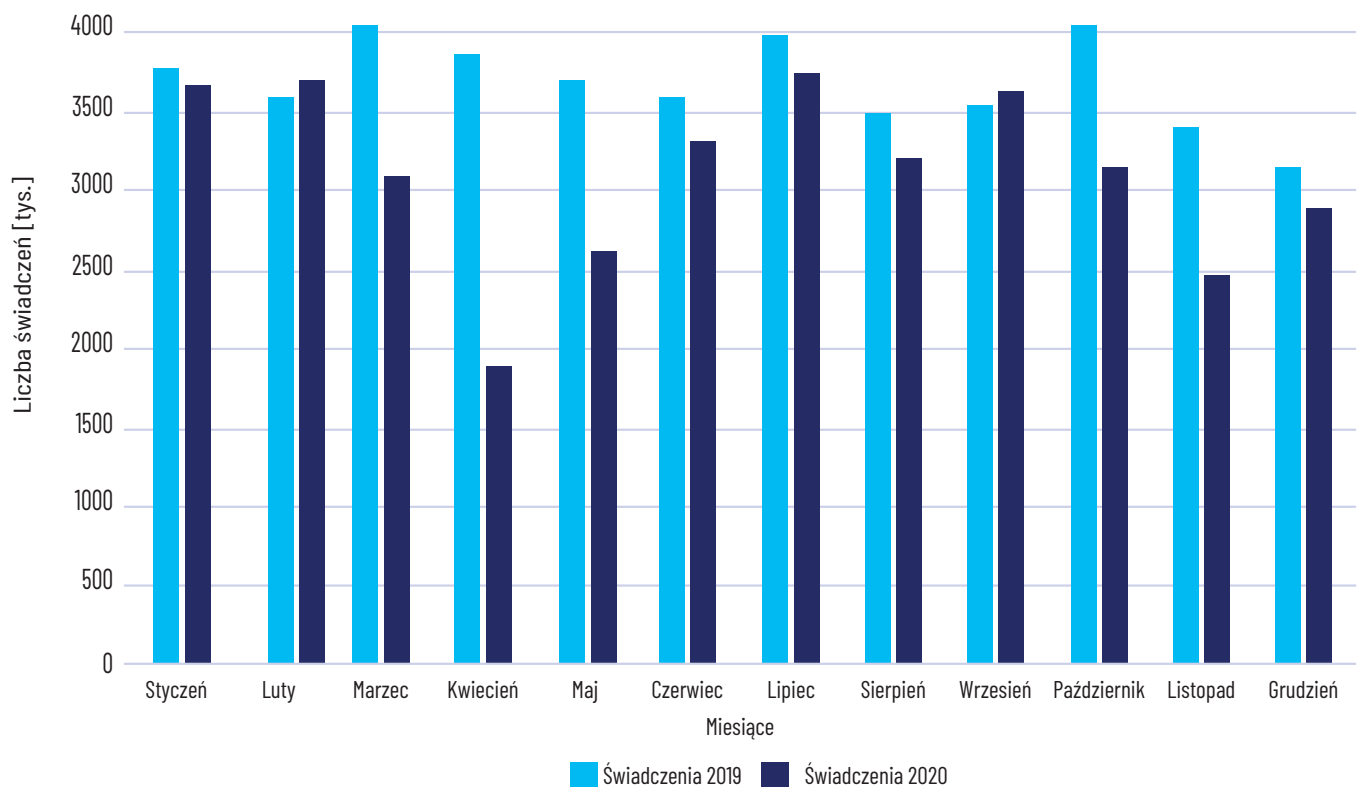


Źródło: Opracowanie DAiS MZ na podstawie danych NFZ

Najbardziej wyraźny spadek liczby hospitalizacji częściowo pokrywał się z występowaniem kolejnych fal pandemii. Największa różnica w liczbie pacjentów pomiędzy

poszczególnymi miesiącami 2019 r. i 2020 r. odnotowano w okresie marzec-maj, październik-listopad (Rysunek 29).

Rysunek 29. Liczba hospitalizacji związanych z realizacją zabiegów elektroterapii latach 2019-2020 w podziale na miesiące



Źródło: Opracowanie DAiS MZ na podstawie danych NFZ

Liczba wszczepianych rozruszników jednojamowych (E31) zmalała o 19,52%, rozruszników dwujamowych (E32) o 17,00%. Natomiast liczba hospitalizacji z wszczepieniem rozruszników z funkcją resynchronizacji (E33) wzrosła o 3,01%.

Liczba wszczepionych przezżylnych kardiowerterów-defibrylatorów (E34) spadła o 13,76%, a liczba hospitalizacji z wszczepieniem kardiowerterów-defibrylatorów z funkcją resynchronizacji (E36) spadła o 11,18%. Całkowicie podskórne kardiowerter-defibrylatory (E34G) zostały wprowadzone do katalogu NFZ dopiero w 2020 r. (Tabela 12).

Tabela 12. Liczba hospitalizacji rozliczonych określonymi produktami NFZ w 2019 r. i 2020 r.

KOD PRODUKTU ROZLICZENIOWEGO NFZ	NAZWA PRODUKTU ROZLICZENIOWEGO NFZ	LICZBA ŚWIADCZEŃ 2019	LICZBA ŚWIADCZEŃ 2020	RÓŻNICA 2020 DO 2019 [%]
5.51.01.0005032	E32 Wszczepienie/ wymiana rozrusznika dwujamowego*	23 495	19 502	-17,00
5.51.01.0005031	E31 Wszczepienie/ wymiana rozrusznika jednojamowego*	8 173	6 578	-19,52
5.51.01.0005034	E34 Wszczepienie/ wymiana kardiowertera - defibrylatora jedno- / dwujamowego*	7 808	6 734	-13,76
5.51.01.0005036	E36 Wszczepienie/ wymiana CRT - D > 17 r.ż.*	4 051	3 598	-11,18
5.51.01.0005033	E33 Wszczepienie/ wymiana układu z funkcją resynchronizującą serca (CRT)*	797	821	+3,01
5.51.01.0005102	E34G Wszczepienie lub wymiana całkowicie podskórnego kardiowertera - defibrylatora *	0	172	nd

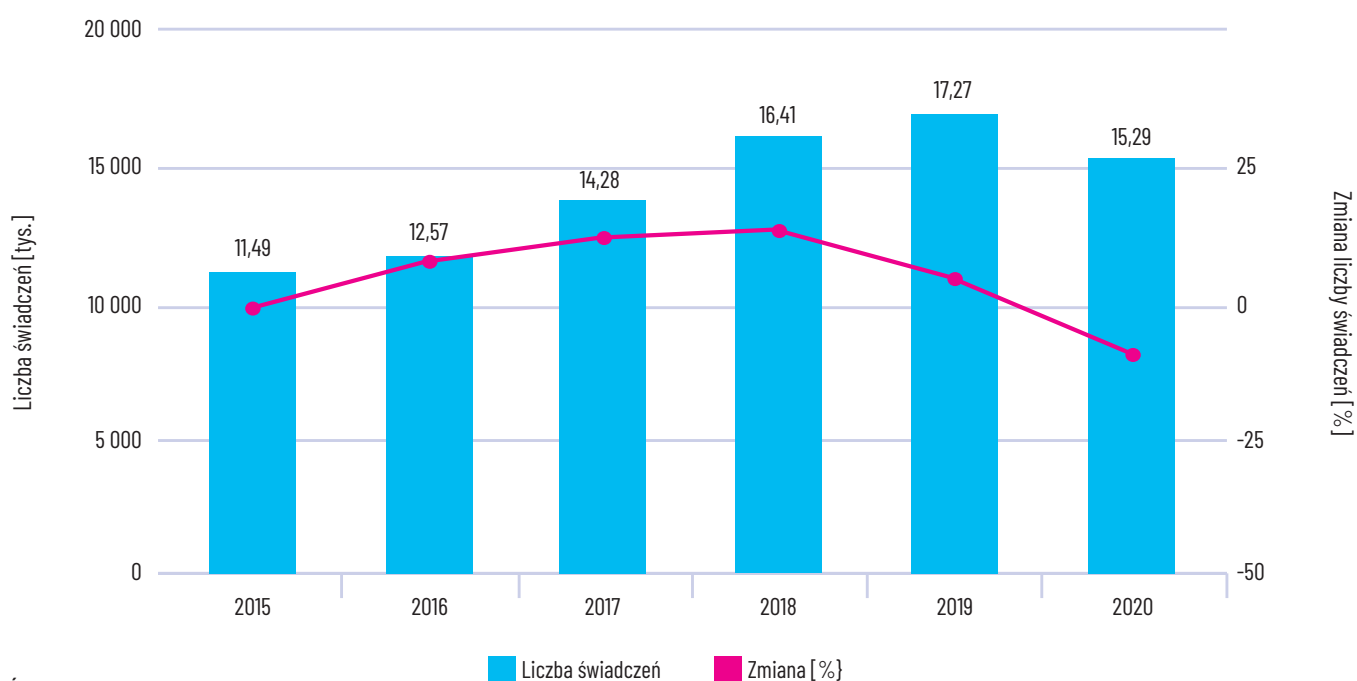
Źródło: Opracowanie DAiS MZ na podstawie danych NFZ

Elektrofizjologia

W analizie uwzględniono wszystkie hospitalizacje rozliczane grupami JGP: E43 ablacja zaburzeń rytmu, E46 ablacja (prosta) zaburzeń rytmu z wykorzystaniem systemu elektroanatomicznego 3D, E47 ablacja (złożona) zaburzeń rytmu z wykorzystaniem systemu elektroanatomicznego 3D oraz E48 ablacja migotania przedsionków - izolacja żył płucnych oraz produkty z katalogu NFZ odpowiadające

zabiegom ablacji, które funkcjonowały w wcześniejszych latach i zostały zastąpione obecnie finansowanymi. Liczba hospitalizacji dedykowanych leczeniu chorób układu krążenia w ramach leczenia szpitalnego w obszarze elektrofizjologii, stopniowo zwiększała się w latach 2015-2019. W 2020 r. nastąpił spadek realizacji o 2 tys. (- 11,5%) względem 2019 r. (Rysunek 30).

Rysunek 30. Liczba hospitalizacji oraz procentowa zmiana liczby hospitalizacji względem poprzedniego roku w latach 2015-2020, zabiegi elektrofizjologii (grupy JGP E43-E48)



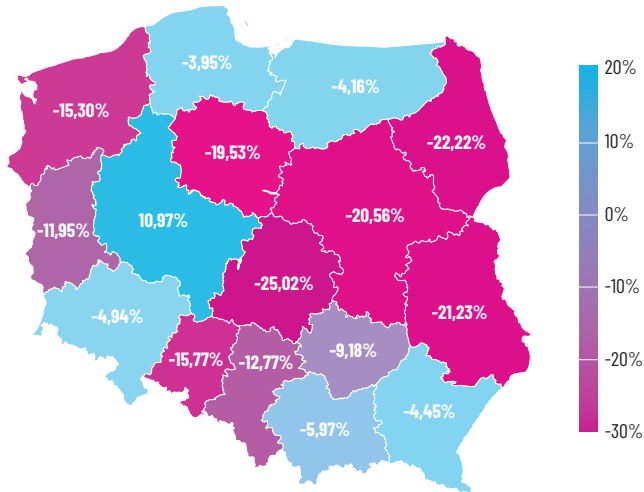
Źródło: Opracowanie DAiS MZ na podstawie danych NFZ

Największe spadki w liczbie hospitalizacji pomiędzy 2020 r. a 2019 r. na podstawie miejsca zamieszkania pacjenta zaobserwowano w województwie łódzkim, podlaskim oraz lubelskim, odpowiednio 25,02%, 22,22% oraz 21,23%. W województwie wielkopolskim, jako jedynym województwie, nastąpił wzrost liczby hospitalizacji (o 10,97%). Najmniejsze spadki wystąpiły w województwie pomorskim, warmińsko-mazurskim oraz

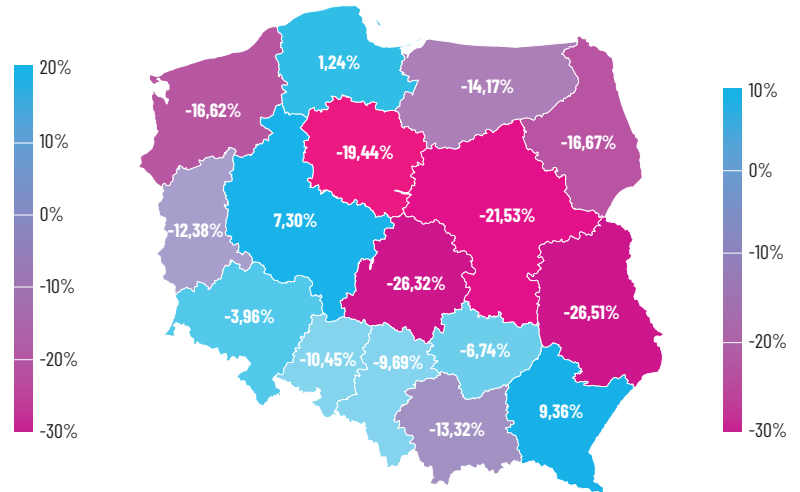
podkarpackim, czyli 3,95%, 4,16% oraz 4,45%. W przypadku liczby hospitalizacji określonej na podstawie lokalizacji świadczeniodawcy największe spadki zaobserwowano w województwie lubelskim oraz łódzkim, odpowiednio o 26,51% oraz 26,32%. W trzech województwach - podkarpackim, wielkopolskim oraz pomorskim wystąpił wzrost odpowiednio o 9,36%, 7,30% oraz 1,24% (Rysunek 31).

Rysunek 31. Procentowa zmiana liczby hospitalizacji związanych z realizacją zabiegów elektrofizjologii w roku 2020 względem 2019 w poszczególnych województwach

Województwo na podstawie zamieszkania pacjenta



Województwo na podstawie lokalizacji świadczeniodawcy

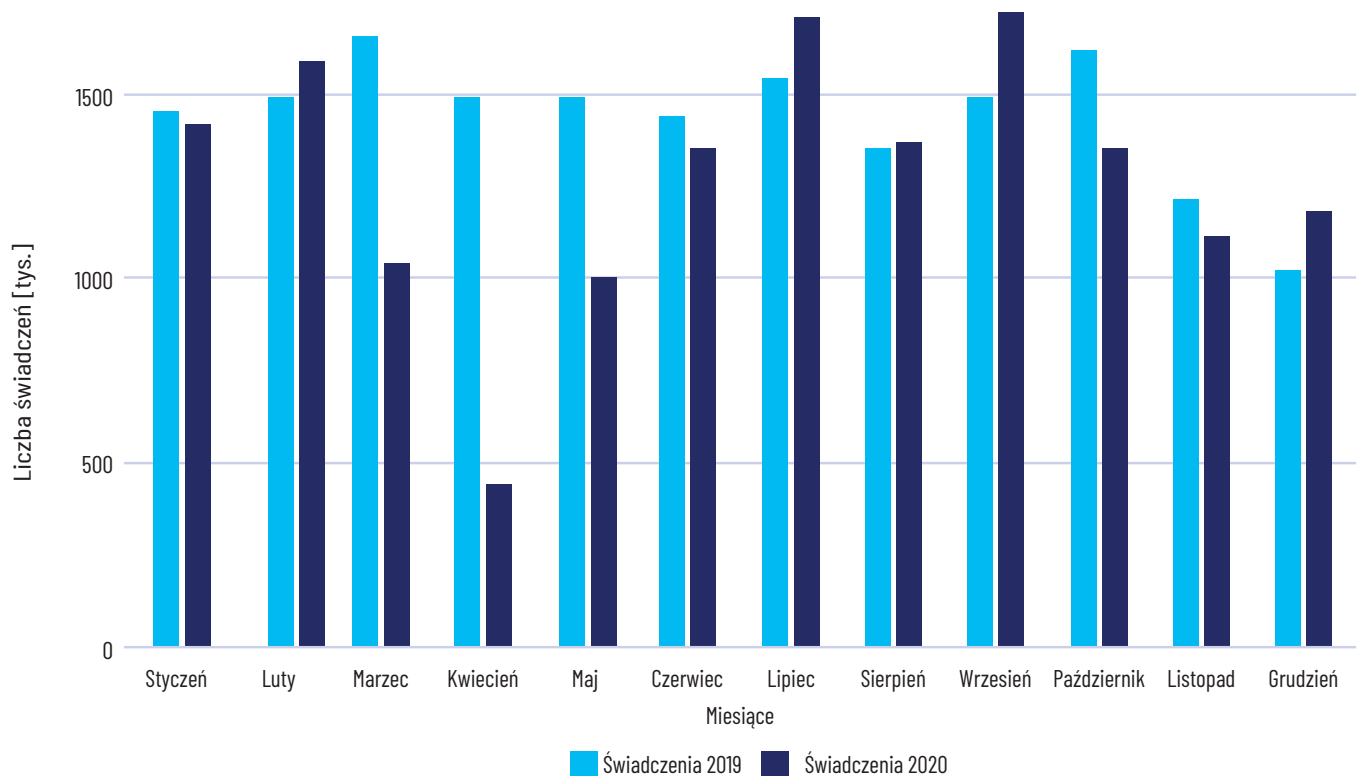


Źródło: Opracowanie DAiS MZ na podstawie danych NFZ

Największe spadki w liczbie hospitalizacji związanych z realizacją zabiegów elektrofizjologii w 2020 r. względem 2019 r. miał miejsce w miesiącach marzec-maj, czyli

pokrywał się z występowaniem pierwszej fali zachorowań na COVID-19 (Rysunek 32).

Rysunek 32. Liczba hospitalizacji związanych z realizacją zabiegów elektrofizjologii w latach 2019-2020 w podziale na miesiące



Źródło: Opracowanie DAiS MZ na podstawie danych NFZ

Największy spadek liczby hospitalizacji związanych z wykonaniem ablacji pomiędzy 2020 r. a 2019 r. dotyczył zabiegów bez użycia systemów do mapowania 3D (E43) oraz zabiegów prostych z wykorzystaniem systemów do mapowania 3D (E46) i wynosił odpowiednio -19,68%

oraz -16,37%. W przypadku zabiegów ablacji migotania przedsionków (E48) spadek wyniósł 5,69%, a przypadku ablacji złożonej z wykorzystaniem systemów 3D nastąpił wzrost o 3,85% (Tabela 13).

Tabela 13. Liczba hospitalizacji rozliczonych określonymi produktami NFZ w 2019 r. i 2020 r.

KOD PRODUKTU ROZLICZENIOWEGO NFZ	NAZWA PRODUKTU ROZLICZENIOWEGO NFZ	LICZBA ŚWIADCZEŃ 2019	LICZBA ŚWIADCZEŃ 2020	RÓŻNICA 2020 DO 2019 [%]
5.51.01.0005043	E43 ablacja zaburzeń rytmu*	6 775	5 442	-19,68
5.51.01.0005048	E48 ablacja migotania przedsionków - izolacja żył płucnych*	6 042	5 698	-5,69
5.51.01.0005046	E46 ablacja (prosta) zaburzeń rytmu z wykorzystaniem systemu elektroanatomicznego 3d *	2 321	1 941	-16,37
5.51.01.0005047	E47 ablacja (złożona) zaburzeń rytmu z wykorzystaniem systemu elektroanatomicznego 3d*	2 129	2 211	+3,85

Źródło: Opracowanie DAiS MZ na podstawie danych NFZ

Podobnie jak w przypadku angioplastyk wieńcowych spadek realizacji świadczeń w mniejszym stopniu dotyczył zabiegów złożonych, a nawet w przypadku

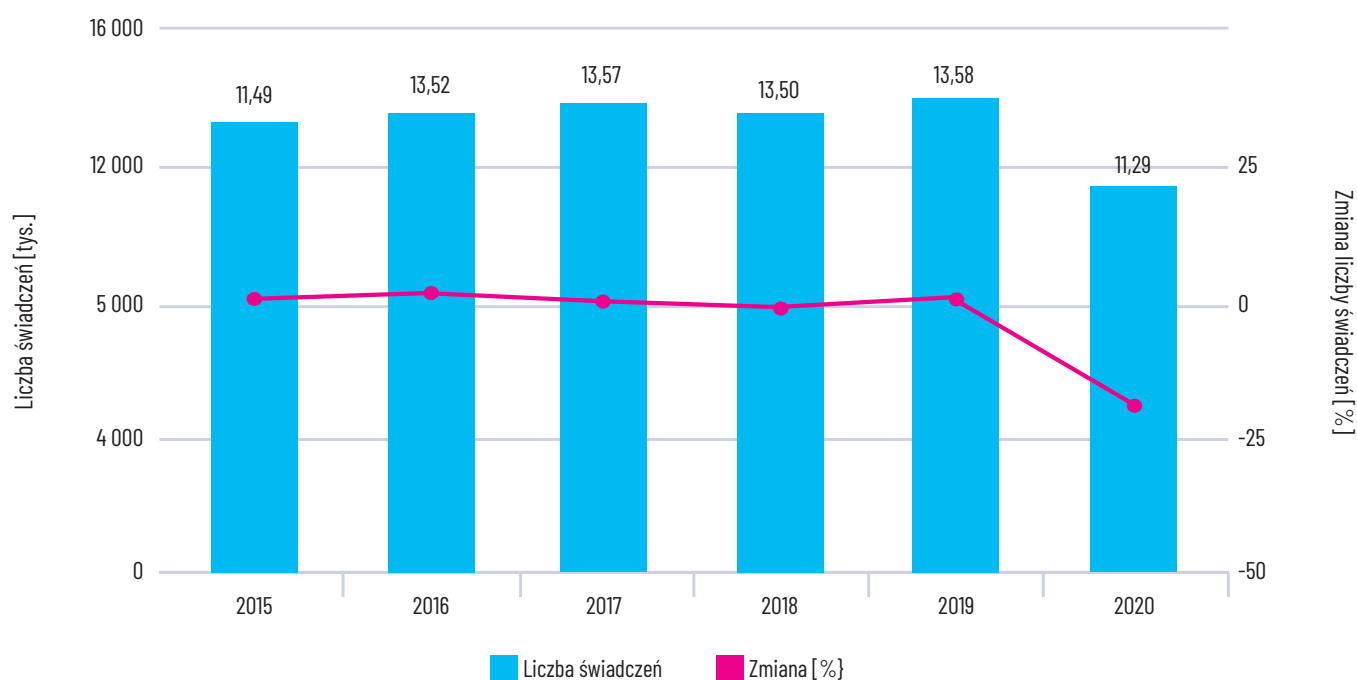
niektórych z nich odnotowano wzrost realizacji w 2020 r. w porównaniu do 2019 r.

4.3 Leczenie szpitalne - świadczenia wysokospecjalistyczne

Świadczenia wysokospecjalistyczne w dziedzinie chorób sercowo-naczyniowych są hospitalizacjami w ramach, których wykonywane są złożone zabiegi kardiochirurgiczne, w tym zabiegi przeszczepu oraz wspomaganie serca, wszczepienia i naprawy zastawek serca, operacje wad wrodzonych lub zabiegi ablacji wideotorakoskopowej.

W latach 2015–2019 liczba hospitalizacji związana z wykonywaniem zabiegów wysokospecjalistycznych utrzymywała się na poziomie 13,5 tys. zabiegów rocznie. W 2020 r. wykonano ich o 2,3 tys. mniej niż w roku 2019 (spadek o -16,9%) (Rysunek 33).

Rysunek 33. Liczba hospitalizacji oraz procentowa zmiana liczby hospitalizacji względem poprzedniego roku w latach 2015-2020, świadczenia wysokospecjalistyczne w chorobach sercowo-naczyniowych

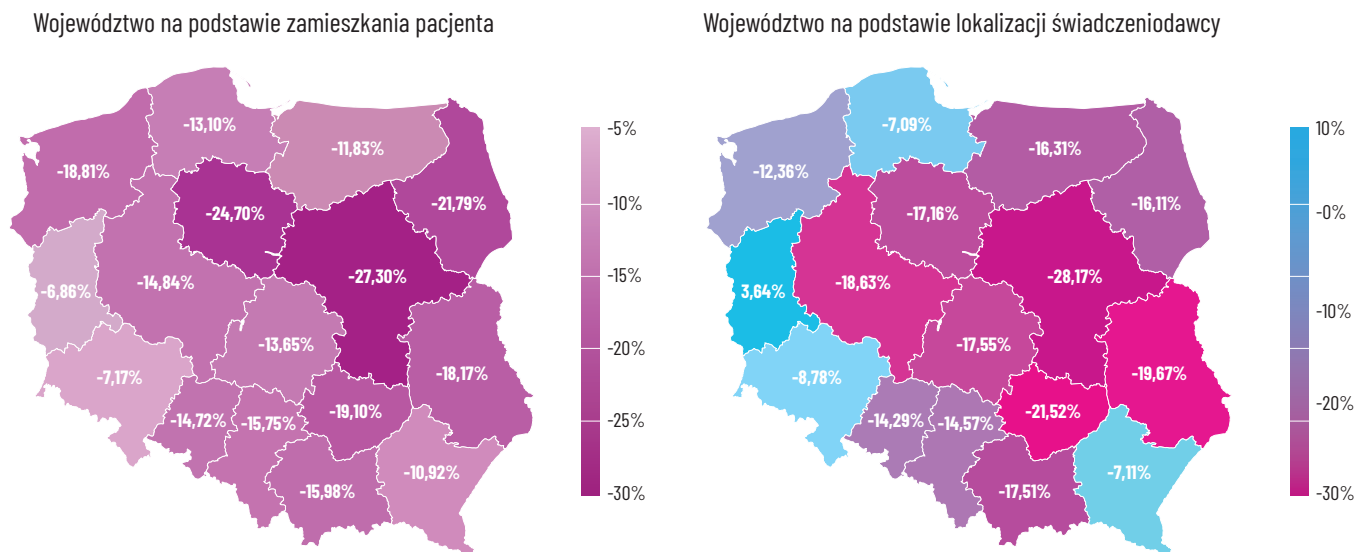


Źródło: Opracowanie DAiS MZ na podstawie danych NFZ

Spadki liczby hospitalizacji między 2020 a 2019 r. na podstawie miejsca zamieszkania pacjenta wystąpiły we wszystkich 16 województwach. Największe zaobserwowano w województwach mazowieckim (-27,30%), kujawsko-pomorskim (-24,70%) oraz podlaskim (-21,79%). Natomiast najmniejsze w województwach lubuskim (-6,86%) oraz dolnośląskim (-7,17%) (Rysunek 34).

W przypadku liczby hospitalizacji określonej na podstawie lokalizacji świadczeniodawcy, największe spadki wystąpiły w województwach mazowieckim (-28,17%), świętokrzyskim (-21,52%) oraz lubelskim (-19,67%). Wzrost liczby hospitalizacji wystąpił jedynie w województwie lubuskim (3,64%) (Rysunek 34).

Rysunek 34. Procentowa zmiana liczby hospitalizacji świadczeń wysokospecjalistycznych wg województw w roku 2020 względem 2019

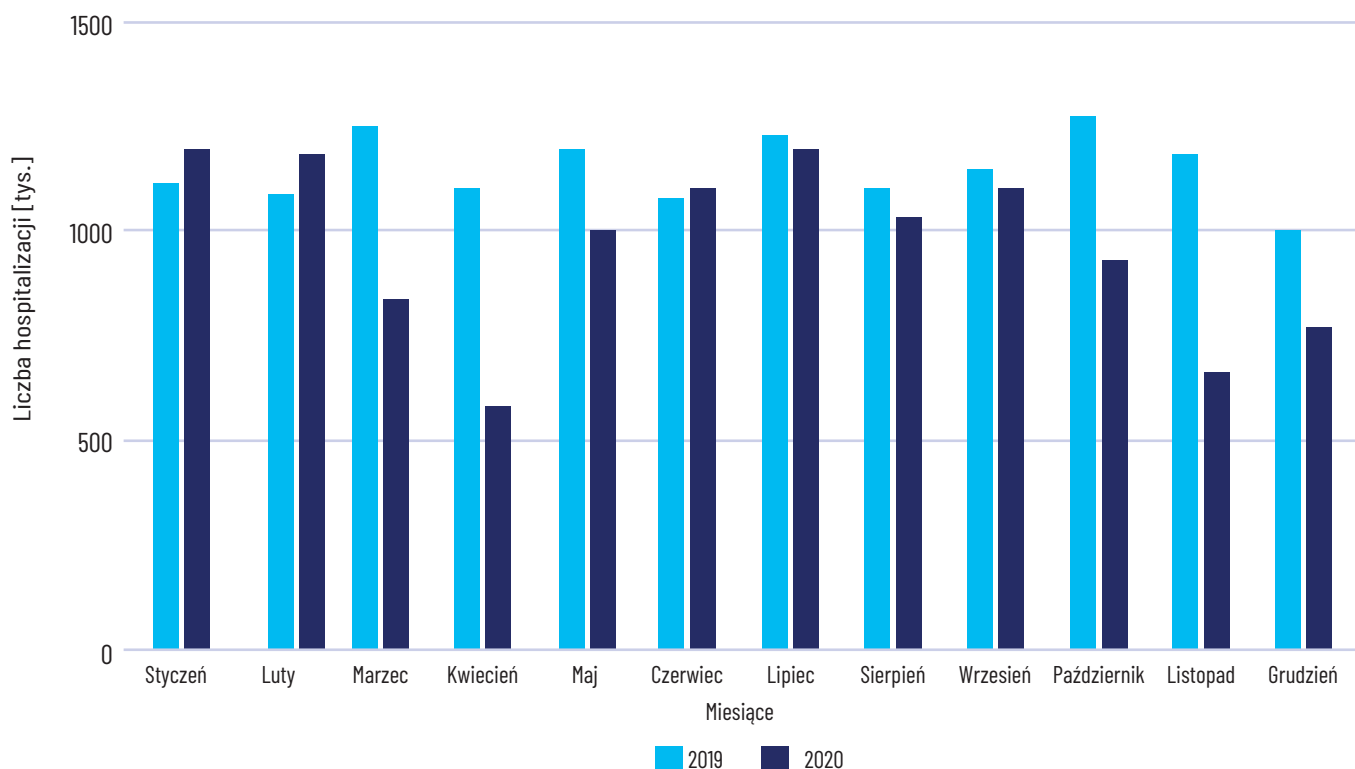


Źródło: Opracowanie DAiS MZ na podstawie danych NFZ

Analogicznie do pozostałych rodzajów świadczeń, zmniejszenie liczby hospitalizacji związanych z realizacją zabiegów wysokospecjalistycznych pokrywało się z falami pandemii COVID-19. Największe spadki względem 2019 r.

odnotowano w marcu (-33,41%), kwietniu (-46,51%), październiku (-27,54%) oraz listopadzie (-44,17%) (Rysunek 35).

Rysunek 35. Liczba hospitalizacji dla świadczeń wysokospecjalistycznych w poszczególnych miesiącach w latach 2019 – 2020



Źródło: Opracowanie DaiS MZ na podstawie danych NFZ

W 2020 r. we wszystkich realizowanych zakresach świadczeń wysokospecjalistycznych wykonano mniej zabiegów niż w 2019 r. z wyjątkiem wszczepienia zastawek serca, których wykonano o 101 więcej niż w roku ubiegłym (wzrost o 6,38%). Największe procentowe spadki wystąpiły w zabiegach wideotoraskopowej ablacji (-54,55%)

– jednak należy zauważyć, że liczbowo to jest niewielki spadek tj. o 24 hospitalizacje, operacji wad serca i aorty piersiowej w krążeniu pozaustrojowym u dorosłych (-24,05%) oraz operacji wad serca i aorty piersiowej w krążeniu pozaustrojowym u dzieci do lat 18 (-18,59%) (Tabela 14).

Tabela 14. Liczba hospitalizacji w poszczególnych zakresach w latach 2019 – 2020

KOD ZAKRESU ŚWIADCZEŃ W NFZ	NAZWA ZAKRESU ŚWIADCZEŃ W NFZ	LICZBA HOSPITALIZACJI W 2019 R.	LICZBA HOSPITALIZACJI W 2020 R.	ZMIANA PROCENTOWA LICZBY HOSPITALIZACJI MIĘDZY 2020, A 2019 R.
03.4601.033.02	Operacje wad serca i aorty piersiowej w krążeniu pozaustrojowym u dorosłych	8 304	6 307	-24,05%
03.4602.033.02	Operacja wad serca i aorty piersiowej w krążeniu pozaustrojowym u dzieci do lat 18	683	556	-18,59%
03.4603.033.02	Przezkórne lub z innego dostępu wszczepianie zastawek serca	1 552	1 651	6,38%
03.4604.033.02	Kardiologiczne zabiegi interwencyjne u dzieci do 18 lat, w tym przezkórne zamykanie przecieków z użyciem zestawów zamykających	1 572	1 446	-8,02%
03.4605.033.02	Przecewnikowa nieoperacyjna naprawa zastawki mitralnej u chorych wysokiego ryzyka	157	153	-2,55%
03.4656.033.02	Przeszczepienie/wspomaganie serca	279	266	-4,66%
03.4657.033.02	Operacje wad wrodzonych serca i wielkich naczyń u dzieci do ukończenia 1 roku życia, z wyłączeniem operacji przewodu tętniczego Botalla	1 161	1 099	-5,34%
03.4659.033.02	Wideotoraskopowa ablacja w ciężkim nieoddającym się leczeniu farmakologicznemu migotaniu przedsionków	44	20	-54,55%

Źródło: Opracowanie DaiS MZ na podstawie danych NFZ

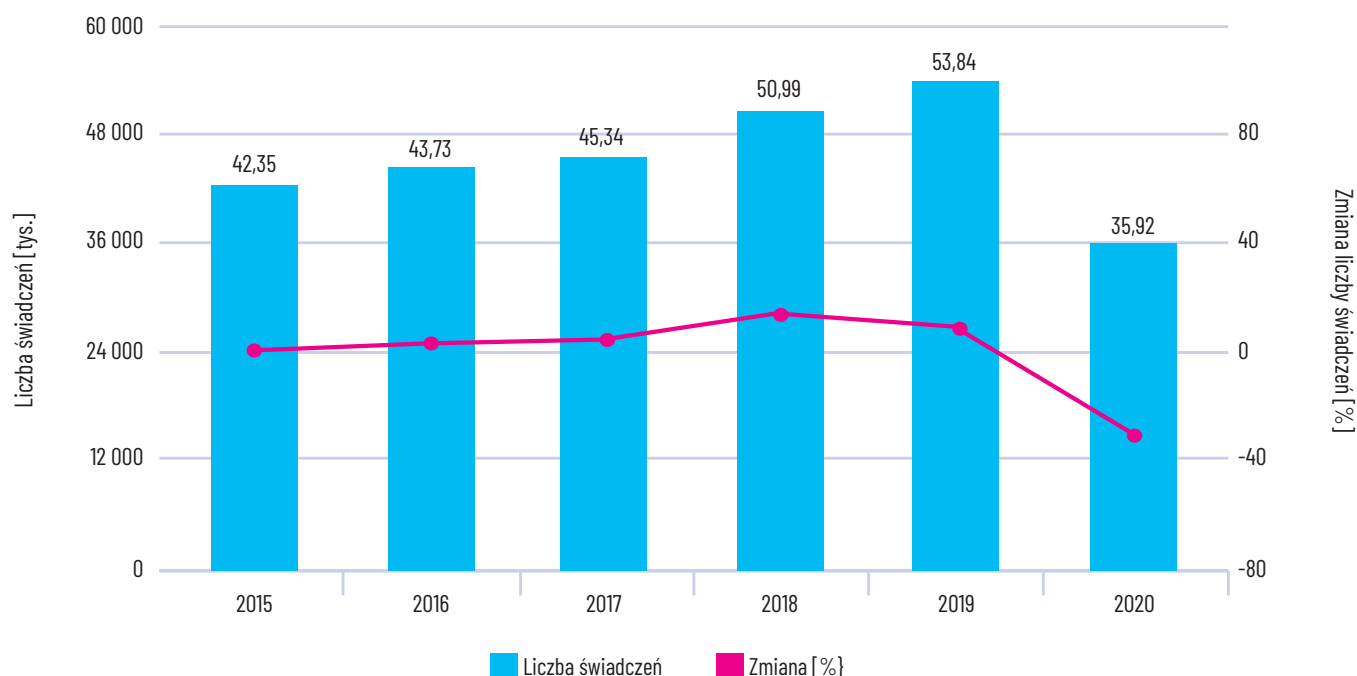
Świadczenia wysokospecjalistyczne, podobnie jak zabiegi pomostowania aortalno-wieńcowego wykonywane są w warunkach kardiologii więc na zmniejszenie liczby realizowanych świadczeń mogło mieć wpływ zaangażowanie zasobów personelu anestezyjologicznego, łóżek intensywnej terapii oraz sprzętu do ECMO w walkę z COVID-19.

4.4 Rehabilitacja lecznicza

W analizie uwzględniono wszystkie produkty NFZ właściwe dla rehabilitacji kardiologicznej, w tym rehabilitację stacjonarną, rehabilitację w oddziałach/ośrodkach dziennych, telerehabilitację hybrydową kardiologiczną oraz rehabilitację kardiologiczną realizowaną w ramach programu KOS-Zawał. Liczba pacjentów, którzy otrzymali

świadczenia rehabilitacji kardiologicznej, utrzymywała się na zbliżonym poziomie w latach 2015-2019. Liczba pacjentów na rehabilitacji kardiologicznej w 2020 r. była mniejsza niż w latach poprzedzających pandemię i wynosiła 35,92 tys., co oznacza spadek o 17,92 tys. (-33,28%) względem liczby pacjentów w 2019 r. (Rysunek 36).

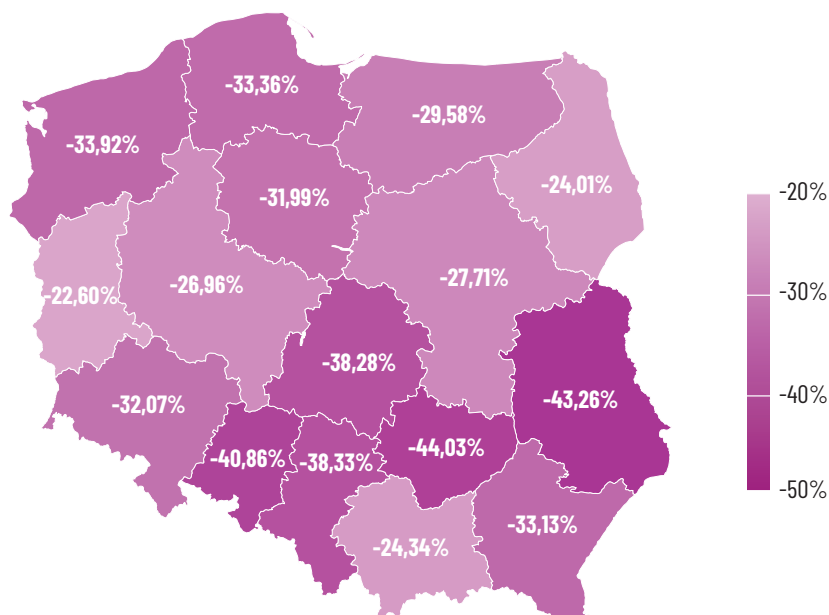
Rysunek 36. Liczba pacjentów oraz procentowa zmiana liczby pacjentów w rehabilitacji kardiologicznej względem roku poprzedniego w latach 2015-2020



Źródło: Opracowanie DaiS MZ na podstawie danych NFZ

Liczba pacjentów rehabilitacji kardiologicznej między 2019, a 2020 r. zmniejszyła się we wszystkich województwach. Największe spadki wystąpiły w województwach świętokrzyskim (- 44,03%), lubelskim (-43,26) oraz opolskim (40,86%). Natomiast najmniejsze spadki liczby pacjentów zaobserwowano w województwach lubuskim (-22,60%), podlaskim (-24,01%) oraz małopolskim (-24,34%) (Rysunek 37).

Rysunek 37. Procentowa zmiana liczby pacjentów w rehabilitacji kardiologicznej w województwach w 2020 roku względem 2019 (mapa na podstawie lokalizacji świadczeniobiorcy)

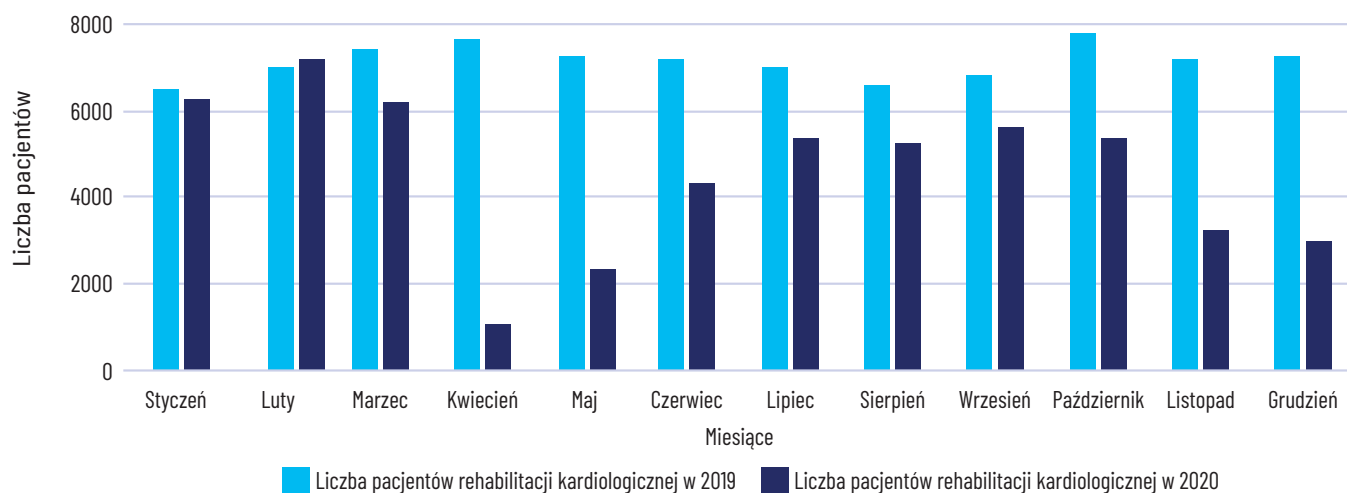


Źródło: Opracowanie DAiS MZ na podstawie danych NFZ

Spadek liczby pacjentów w rehabilitacji kardiologicznej pokrywał się z falami pandemii COVID-19. Największe spadki odnotowano w kwietniu (-86,14%), maju (-67,22%) oraz czerwcu (-39,46%). Jesienna fala pandemii spowodowała znaczące spadki w miesiącach listopad

oraz grudzień, w których liczba pacjentów rehabilitacji kardiologicznej zmniejszyła się odpowiednio o -55,14% oraz -58,30%. W pozostałych miesiącach liczba pacjentów w 2019 i 2020 r. utrzymywała się względnie na zbliżonym poziomie (Rysunek 38).

Rysunek 38. Liczba pacjentów w rehabilitacji kardiologicznej w poszczególnych miesiącach w latach 2019-2020



Źródło: Opracowanie DAiS MZ na podstawie danych NFZ

Dodatkowo, istotny wpływ na realizację świadczeń w obszarze rehabilitacji leczniczej miało wydane w dniu 31 marca 2020 r. Rozporządzenie Rady Ministrów (Dz.U. z 2020 r. poz. 566) wprowadzające czasowe ograniczenie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie

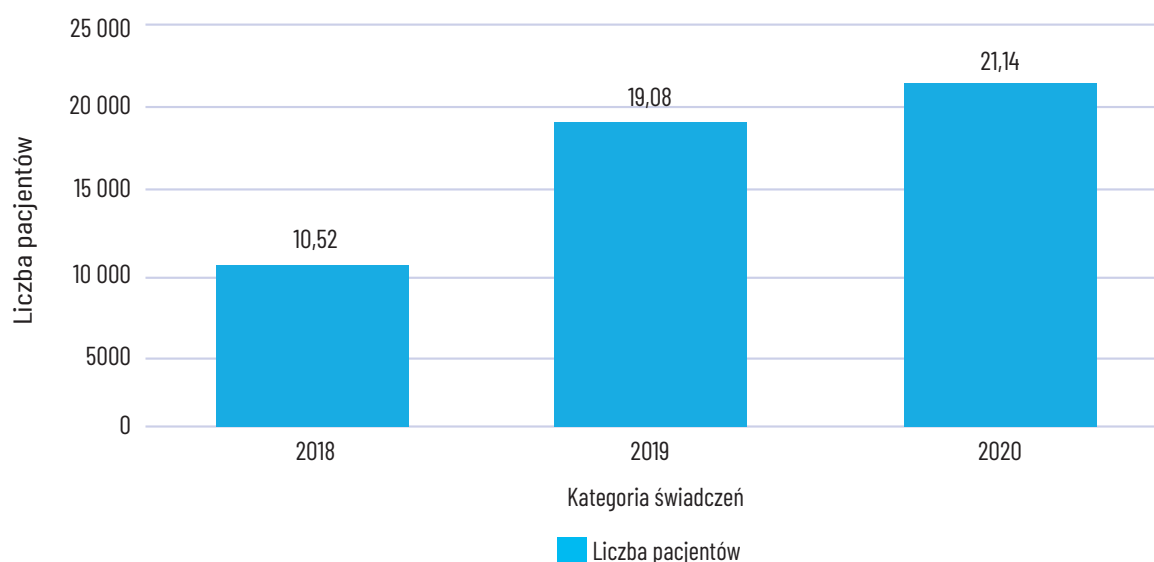
rehabilitacji leczniczej, z wyjątkiem przypadków, w których zaprzestanie rehabilitacji grozi poważnym pogorszeniem stanu zdrowia pacjenta, oraz z wyjątkiem świadczeń udzielanych za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności.

4.5 Kompleksowa opieka po zawale mięśnia sercowego (KOS-Zawał)

Kompleksowa opieka po zawale mięśnia sercowego (KOS-zawał) realizowana jest w Polsce od jesieni 2017 roku, kiedy to pierwsi pacjenci byli włączani do programu. W latach 2018-2020 zauważa się trend wzrostowy liczby

pacjentów objętych programem kompleksowej opieki po zawale mięśnia sercowego. W 2020 roku zaobserwowano wzrost liczby pacjentów w programie o 10,8% w stosunku do roku poprzedniego (Rysunek 39).

Rysunek 39. Liczba pacjentów programu kompleksowej opieki po zawale mięśnia sercowego w latach 2018 – 2020

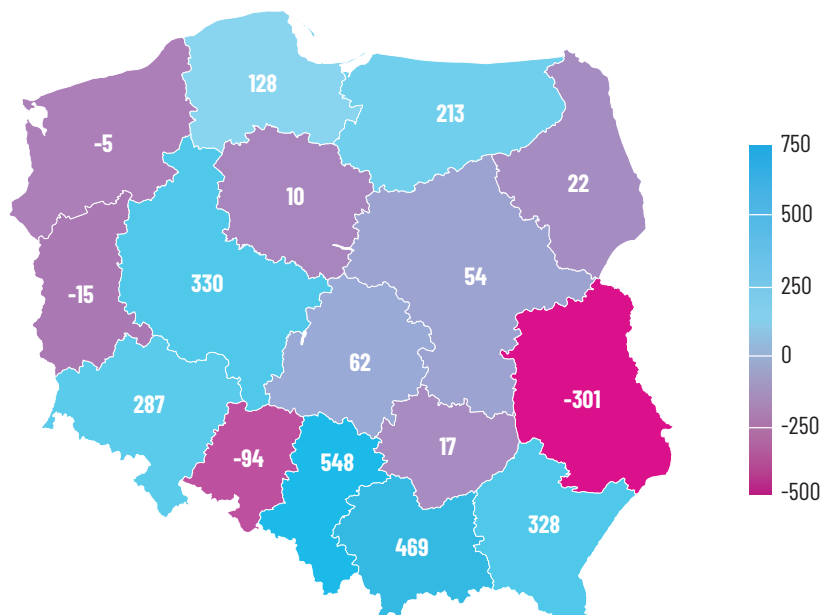


Źródło: Opracowanie DAiS MZ na podstawie danych NFZ

Liczba pacjentów objętych programem KOS-Zawał między 2019 a 2020 r. zwiększyła się w większości województw. Największe wzrosty wystąpiły w województwach śląskim (548), małopolskim (469), wielkopolskim (330) oraz podkarpackim (328). Natomiast największe spadki liczby pacjentów zaobserwowano

w województwach lubelskim (-301) oraz opolskim (- 94), przy czym są to województwa które w 2019 r. objęły programem wielu pacjentów po zawale serca więc w ujęciu procentowy zmiany wynosiły odpowiednio -13,86% i -12,27%. (Rysunek 40).

Rysunek 40. Zmiana liczby pacjentów programu kompleksowej opieki po zawale mięśnia sercowego w województwach w 2020 roku względem 2019 (mapa na podstawie lokalizacji świadczeniobiorcy)

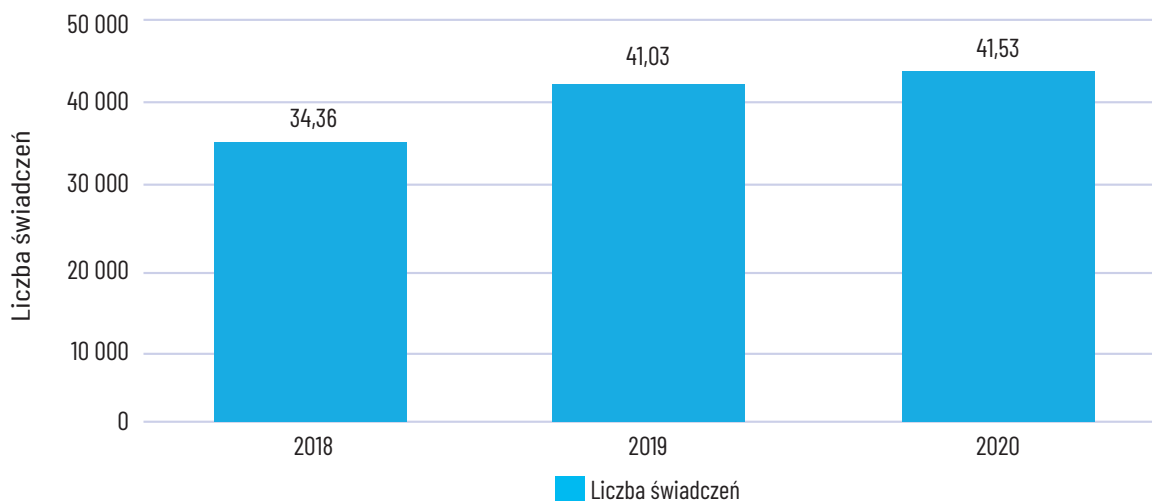


Źródło: Opracowanie DAIS MZ na podstawie danych NFZ

W latach 2018-2020 zauważa się trend wzrostowy liczby świadczeń z zakresu kompleksowej opieki po zawale mięśnia sercowego. W 2020 roku zaobserwowano

wzrost liczby świadczeń o 1,2% w stosunku do roku poprzedniego (Rysunek 41).

Rysunek 41. Liczba świadczeń w programie kompleksowej opieki po zawale mięśnia sercowego w latach 2018 – 2020.

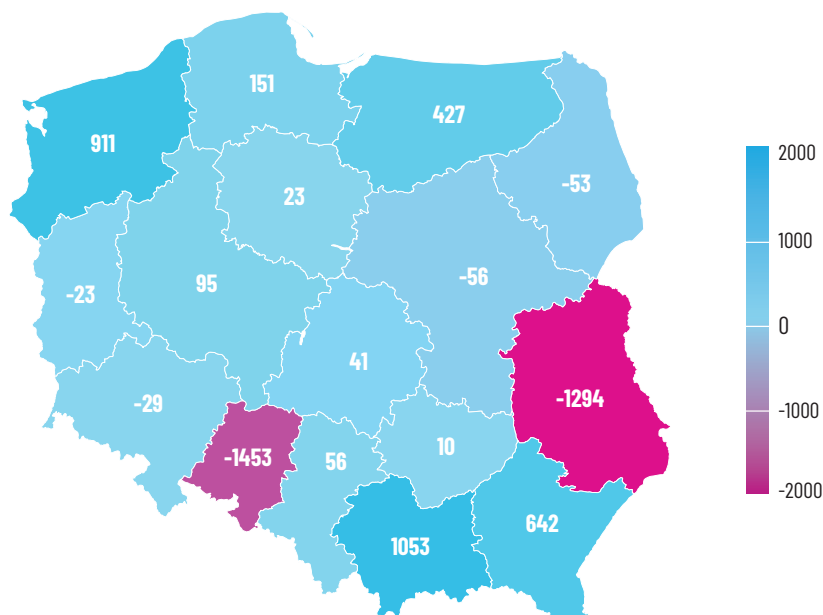


Źródło: Opracowanie DAIS MZ na podstawie danych NFZ

Liczba świadczeń w zakresie programu KOS-Zawał między 2019 a 2020 r. zwiększyła się w większości województw. Największe wzrosty wystąpiły w województwach małopolskim (1053), zachodniopomorskim (911), podkarpackim (642) oraz warmińsko-mazurskim

(427). Natomiast największe spadki liczby świadczeń zaobserwowano w województwach lubelskim (-1294) oraz opolskim (-1453), w wartościach procentowych odpowiednio -28,49% oraz - 55,82%. (Rysunek 42).

Rysunek 42. Zmiana liczby świadczeń programu kompleksowej opieki po zawale mięśnia sercowego w województwach w 2020 roku względem 2019 (mapa na podstawie lokalizacji świadczeniobiorcy)



Źródło: Opracowanie DAIS MZ na podstawie danych NFZ

Powyższe dane wskazują, że realizacja świadczeń kompleksowych, w których kluczową rolę odgrywa właściwa koordynacja leczenia, na którą składa się m.in. zapewnienie pacjentowi kolejnych etapów leczenia oraz udzielanie potrzebnych informacji, pozwoliła na zachowanie ciągłości leczenia. Świadczenia realizowane

w ramach KOS-Zawał finansowane są również jako odrębne produktu NFZ w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, leczenia szpitalnego oraz rehabilitacji leczniczej, dla których w poprzednich rozdziałach raportu wykazano spadki w 2020 r. względem 2019 r.

05

Podsumowanie

Głównym celem dokumentu jest podsumowanie wpływu pandemii COVID-19 na realizację świadczeń udzielanych w chorobach sercowo-naczyniowych. Analizie poddano obszar ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, leczenia szpitalnego, rehabilitacji leczniczej oraz program opieki kompleksowej KOS-Zawał.

Liczba pacjentów korzystających ze świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej dedykowanych diagnozowaniu i leczeniu chorób sercowo-naczyniowych w 2020r. zmniejszyła się o 276 tys. (-10,7%) pacjentów w stosunku do 2019 r., natomiast liczba zrealizowanych świadczeń zmalała o 0,63 mln (-11,8%). Największy spadek liczby świadczeń względem 2019 r. miał miejsce w okresie marzec-maj oraz październik-listopad 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. Największy udział teleświadczeń w całkowitej liczbie zrealizowanych świadczeń w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej wystąpił w kwietniu (72,13%) oraz maju (45,16%) 2020 r. 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 krążenia, finansowanych w ramach katalogu JGP, zmniejszyła się o 223,7 tys. (-28,4%) pomiędzy 2020 r. a 2019 r. Spadek ten był spowodowany przede wszystkim zmniejszeniem się liczby hospitalizacji zachowawczych, dla których liczba zrealizowanych hospitalizacji zmniejszyła się o 162,48 tys. (-32,8%). Spadek liczby hospitalizacji zabiegowych pomiędzy 2020 r. i 2019 r. był zdecydowanie mniejszy i wynosił 61,2 tys. (-20,9%).

W raporcie przedstawiono wpływ pandemii na realizację najważniejszych zabiegów stosowanych w leczeniu chorób układu krążenia, czyli zabiegów pomostowania aortalno-wieńcowego, angioplastyki wieńcowej,

elektroterapii i elektrofizjologii. Liczba hospitalizacji związanych z wykonywaniem zabiegów pomostowania aortalno-wieńcowego zmniejszyła się o 3,1 tys. (-29,8%) pomiędzy 2020 r. a 2019 r., zabiegi angioplastyki wieńcowej w rozpoznaniu zawału serca zmniejszyły się o 8,4 tys. (-13,9%) a angioplastyki wieńcowe planowe o 12,5% (-22,5%), natomiast zabiegi elektroterapii i elektrofizjologii zmniejszyły się o odpowiednio 6,9 tys. (-15,6%) oraz -2,0 tys. (-11,5%). Oddzielnie przeanalizowano zmiany w liczbie hospitalizacji związanych z wykonywaniem procedur wysokospecjalistycznych, takich jak przeszczep serca, wymiana lub naprawa zastawek czy też operacje wad wrodzonych serca, w ich przypadku liczba hospitalizacji pomiędzy 2020 r. a 2019 r. zmniejszyła się o -2,3 tys. (-16,9%).

Hospitalizacje związane z wykonywaniem zabiegów pomostowania aortalno-wieńcowego oraz świadczenia wysokospecjalistyczne wykonywane są w warunkach kardiologii. Dlatego też spadek ich realizacji może być spowodowany faktem, że do realizacji tego typu zabiegów wymagany jest personel anestezjologiczny oraz oddział intensywnej terapii, czyli zasoby, które były wykorzystywane do leczenia pacjentów zakażonych COVID-19. Ponadto, sprzęt do ECMO, również wykorzystywany w walce z pandemią, w dużej mierze znajduje się na oddziałach kardiologii, gdzie jest on od dawna stosowany. Dodatkowo w celu zmniejszenia zużycia zapasów krwi i preparatów krwiopochodnych starano się ograniczyć właśnie zabiegi związane z pomostowaniem naczyń wieńcowych oraz zabiegami naczyniowymi na aorcie brzusznej oraz piersiowej. Natomiast, hospitalizacje związane z realizacją zabiegów angioplastyki wieńcowej, elektroterapii i elektrofizjologii wykonywane są głównie na oddziale kardiologii i tylko w części przypadków może być wymagana dostępność personelu anestezjologicznego czy też

łóżek intensywnej terapii lub intensywnego nadzoru kardiologicznego. Warto zauważyć, że spadek liczby hospitalizacji w mniejszym stopniu dotyczył zabiegów bardziej złożonych, w przypadku zabiegów angioplastyki wieńcowej były to zabiegi wielonaczyniowe, dwu-etażowe lub realizowane u pacjentów z powikłaniami lub dla których czas hospitalizacji był dłuższy. Również w przypadku zabiegów elektrofizjologii spadek realizacji świadczeń w mniejszym stopniu dotyczył zabiegów złożonych, a nawet w przypadku niektórych z nich odnotowano wzrost realizacji w 2020 r. w porównaniu do 2019 r.

Liczba pacjentów korzystających ze świadczeń rehabilitacji kardiologicznej w 2020 r. była o 17,92 tys. (-33,28%) mniejsza niż w 2019 r. Istotny spadek liczby rehabilitowanych pacjentów miał miejsce w okresie marzec-maj 2020 r., co miało związek z wydanym Rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 31 marca 2020 r. w sprawie ograniczenia udzielania świadczeń rehabilitacji leczniczej, za wyjątkiem przypadków kiedy występuje ryzyko pogorszenia stanu zdrowia pacjenta. Zalecano zwiększenie realizacji świadczeń udzielanych za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub innych systemów łączności.

Kluczową rolę w zachowaniu ciągłości leczenia wydaje się mieć koordynacja udzielania świadczeń, o czym może świadczyć fakt, że w 2020 r. udało się zachować poziom realizacji świadczeń w ramach programu opieki kompleksowej KOS-Zawał. Zarówno liczba pacjentów włączonych do programu jak i liczba świadczeń udzielonych w programie w 2020 r. była wyższa niż w 2019 r. o odpowiednio 10,8% oraz 1,2%.