

Podsumowanie pilotażu POZ Plus WYNIKI i REKOMENDA CJE

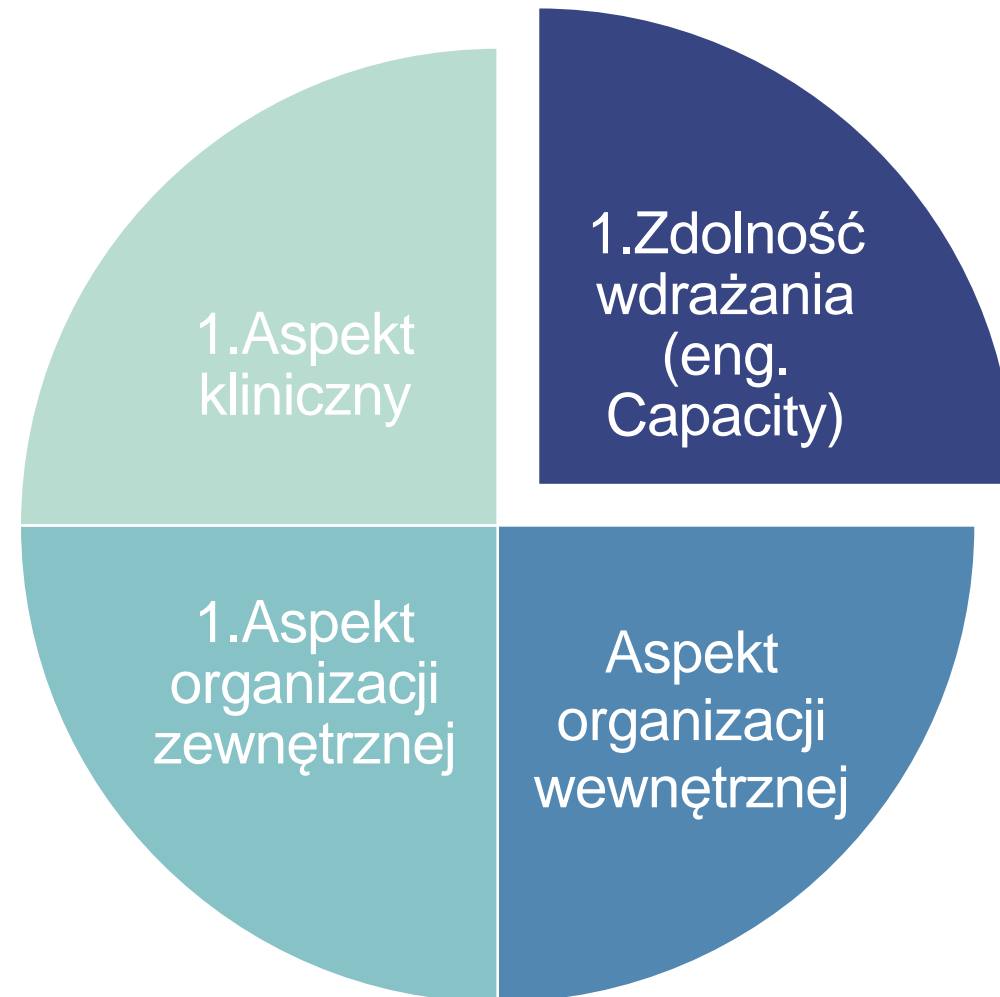
8 grudnia 2021, Warszawa
Konferencja „Opieka koordynowana w Polsce”

Anna Koziel
Aleksandra Kononiuk
Anna Król-Jankowska

Ewaluacja Programu Zarządzania Chorobą POZ Plus

— podsumowanie wyników

Pomimo wielu wyzwań, Program Zarządzania Chorobą może wspierać skuteczną i dobrej jakości opiekę w POZ

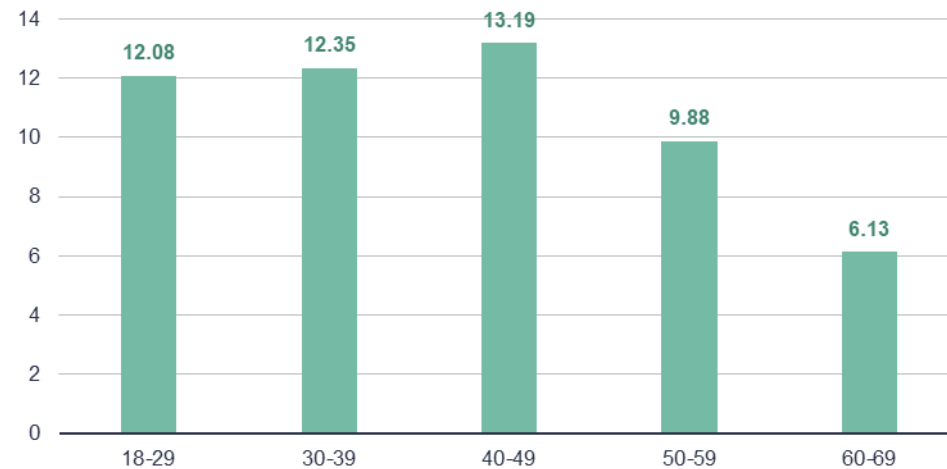


71 860 pacjentów objętych pilotażem — w programie zarządzania chorobą (PZCh) najczęściej w wieku 60+

Osoby w profilaktycznym programie bilansowym

53 750 osób

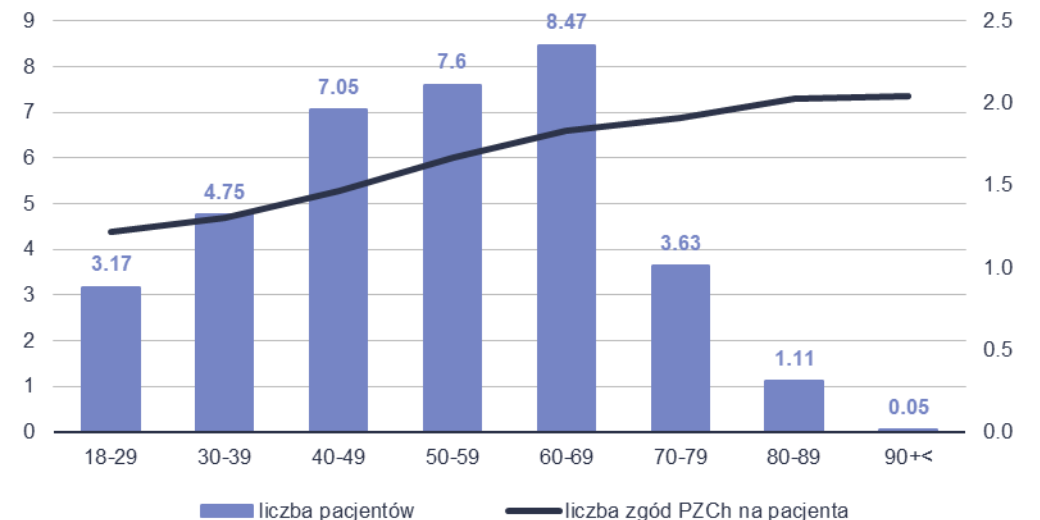
Rozkład wiekowy (tysiące)



Osoby z podpisanymi zgodami na PZCh

36 180 osób

Rozkład wiekowy (tysiące) i średnia liczba zgód na pacjenta



Fragmentaryzacja opieki dla wybranej grupy pacjentów POZ Plus zmniejszyła się po wejściu do programu

FCI

Przed:

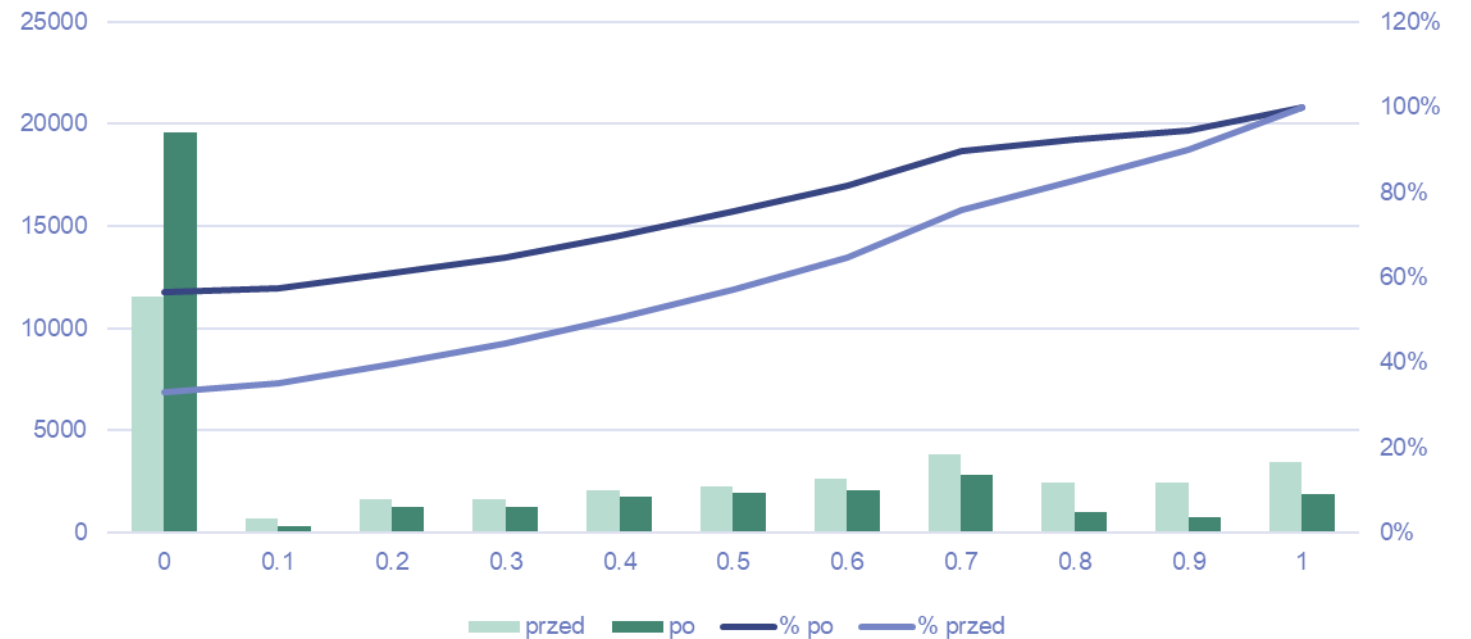
0,40

Po:

0,24

Analizując wybrane choroby indeks fragmentaryzacji wskazuje poprawę (różną, dla różnych chorób)

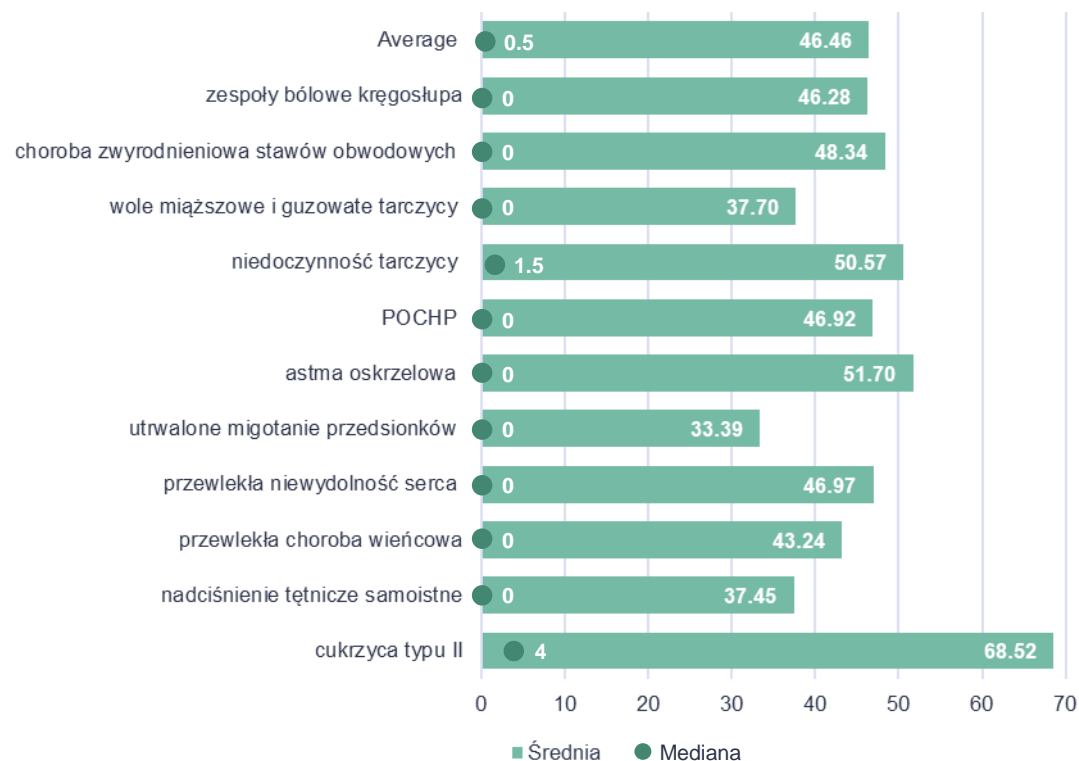
Analiza na podstawie zakresu POZ podst. +AOS +POZ Plus, wszystkie ICD10



Szybszy dostęp do badań i opieki nad pacjentem w ramach POZ

W WIĘKSZOŚCI PRZYPADKÓW TEGO SAMEGO DNIA CO ZGODA NA UDZIAŁ W PROGRAMIE ZARZĄDZANIA CHOROBA (DANE DO CZERWCA 2020)

Dni od podpisania zgody do pierwszej porady kompleksowej z ICD10



Barometr	stan na 2019 (m-ce)	stan na 2019 (dni)
Endokrynolog	24.2	726
Rehabilitant	11.2	336
Ortopeda	7.1	213
Diabetolog	2.6	78
Kardiolog	2.2	66
Neurolog	2	61
Pulmonolog	0.7	21

Źródło: „Barometr Fundacji Watch Health Care nr 19/15/02/2019”

Kaskada opieki dla cukrzycy

67%

cukrzyków włączonych
w program zarządzania
chorobą

cukrzyków może być ok. 13
tysięcy

Tylko

57%

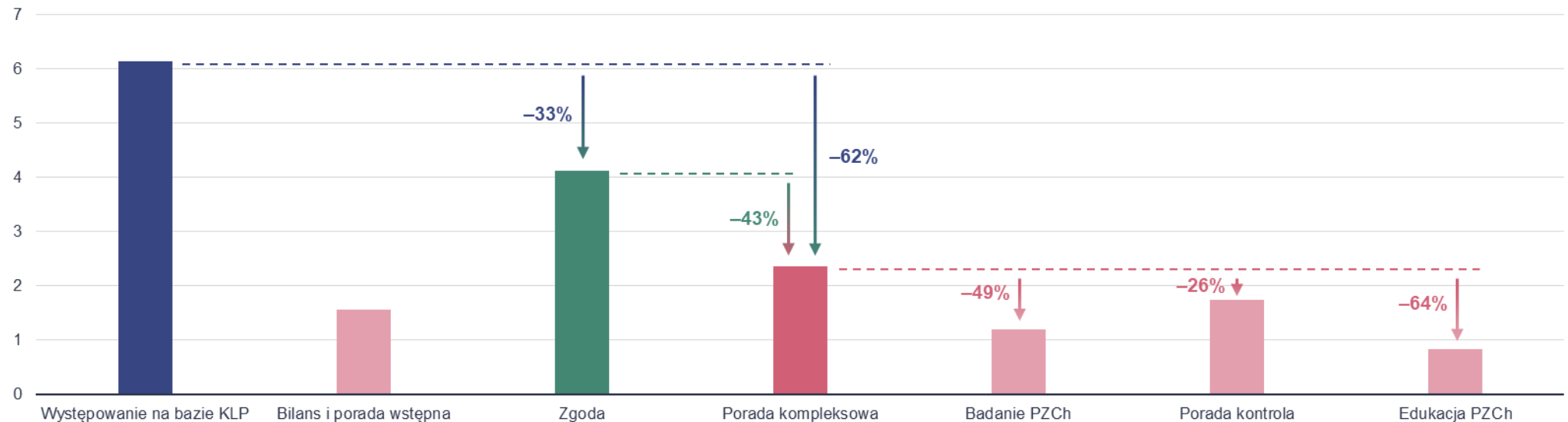
z poradą kompleksową

Tylko

36%

miało edukację

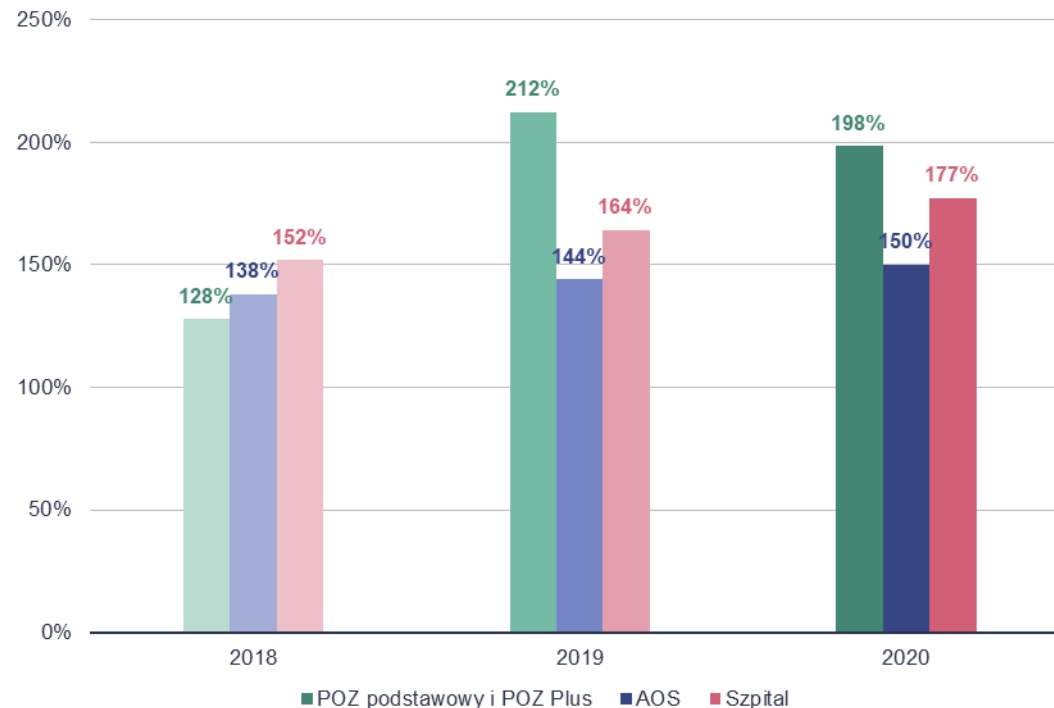
Kohorta PZCh w zakresie grupy rodzinnej diabetologia — kaskada (liczba osób, tysiące)



Dla pacjentów w całym pilotażu wzrosła średnia liczba świadczeń na pacjenta (**wszystkie rozpoznania**), w porównaniu do średniej krajowej

Liczba świadczeń w POZ podstawowym i AOS zmalała dla pacjentów w PZCh

Liczba świadczeń na 1 osobę biorącą udział w pilotażu POZ Plus do średniej liczby świadczeń na 1 dorosłego mieszkańca Polski



Liczba świadczeń dla pacjentów PZCh w POZ „podstawowym” po wejściu do programu spadła o 18%.

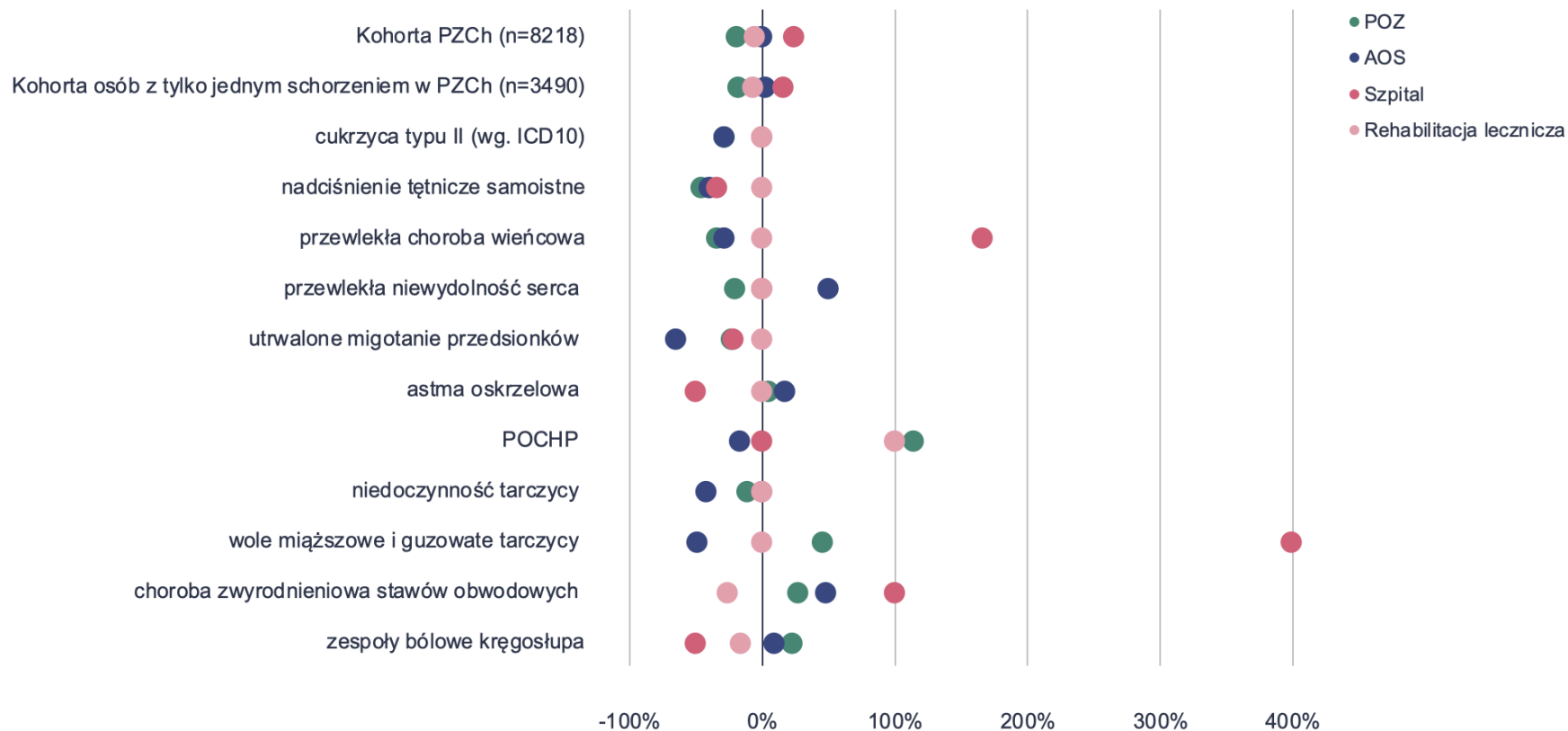
Pacjenci biorący udział w PZCh rzadziej chodzili do specjalistów poza programem (spadek o 0,3% w liczbie świadczeń na pacjenta) – wyjątek to niewydolność serca, choroba zwyrodnieniowa stawów obwodowych i astma.

Liczba pacjentów w AOS poza pilotażem spadła o ok. 40-50% w porównaniu z okresem przed pilotażem.

Wśród pacjentów z daną chorobą (rok obserwacji, rozpoznanie zgodne z PZCh) hospitalizacje wzrosły o 23%, a AOS spadł o 0.3%

Hospitalizacje jednodniowe wzrosły w każdej grupie chorobowej PZCh, oprócz astmy

Zmiana w rocznej liczbie świadczeń w poszczególnych kohortach po rodzaju świadczeń



* Tabela/wykres przedstawia zmianę w liczbie świadczeń pomiędzy rokiem w programie, a poprzednimi 12 miesiącami z rozpoznaniem głównym odpowiadającym kodom ICD10 przypisanym do chorób PZCh.

Z badań w POZ Plus skorzystała prawie cała populacja objęta pilotażem

Mimo to, do programu PZCh włączano pacjentów głównie na podstawie wcześniejszych rozpoznań



80%

osób w programie miało jakiegokolwiek badanie w POZ Plus

64% w kohorcie osób w wieku 65+
83% w kohorcie młodszych*



7.6%

całej populacji POZ Plus miało jakiegokolwiek badanie wysokospecjalistyczne (MR, TK, SPECT, scyntygrafia)



56%

miało badanie w diagnostyce obrazowej (MR, TK, USG albo RTG)

26% w kohorcie osób w wieku 65+
60% u młodszej grup wiekowej**

*raportowane (badania w ramach POZ podstawowego tutaj się nie wliczają).

** w młodszej grupie mamy dużo USG w ramach bilansów i DMP np. tarczycy i RTG kręgosłupa.

Jest potencjał do działania - liczba osób w PZCh znacznie mniejsza niż szacowana populacja z daną chorobą



Liczba osób (z procesami) w PZCh dla cukrzycy typu 2 w placówkach POZ Plus na tle szacunków epidemiologicznych



Liczba osób (z procesami) w PZCh dla zespołów bólowych kręgosłupa w placówkach POZ Plus na tle szacunków epidemiologicznych



Liczba osób (z procesami) w PZCh dla astmy w placówkach POZ Plus na tle szacunków epidemiologicznych



Liczba osób (z procesami) w PZCh dla POChP w placówkach POZ Plus na tle szacunków epidemiologicznych

Metodologia wykorzystana przy szacowaniu potencjalnej populacji z daną chorobą

Epidemiologię czterech chorób oszacowano na podstawie populacji placówki (stan na 1 stycznia 2018 roku) oraz informacji z poniższych źródeł:

- Zespoły bólowe kręgosłupa: na podstawie danych epidemiologicznych GUS 2014 dla Polski
- Cukrzyca typu 2: na podstawie danych epidemiologicznych KEZIP PAN 2013 dla Polski
- POChP: na podstawie danych epidemiologicznych GUS 2014 dla Polski
- Astma oskrzelowa: na podstawie danych epidemiologicznych GUS 2014 dla Polski

Aspekt kliniczny - pacjenci chorujący przewlekle czują się lepiej, zyskano dodatkowe dni życia w pełnym zdrowiu (QALY), ale jakość opieki kontrolowana w nieznacznym stopniu

Ścieżki opieki nie zawsze wdrażane: 36% osób po poradzie kompleksowej miało wizytę edukacyjną (przypadek cukrzycy)

- Zmodyfikować ścieżki i koszyk świadczeń
- Wzmocnić monitorowanie IPOM
- Wzmocnić edukację zdrowotną
- Narzędzia IT dla wsparcia ścieżek

Liczba hospitalizacji po wdrożeniu programu wzrosła. Hospitalizacje zmalały dla osób w programach: astma, migotanie przedsionków, ból pleców, nadciśnienie.

- Model opieki dopasować do potrzeb populacji (rodzaj choroby, charakterystyka populacji)
- Zweryfikować koszyk badań diagnostycznych POZ Plus w celu uniknięcia przyjęć do szpitala motywowanych wyłącznie koniecznością wykonania diagnostyki
- Narzędzia IT dla wzmocnienia komunikacji POZ/AOS/Szpital

Aspekt organizacji wewnętrznej - mniejsze rozproszenie opieki (FCI), lepsza kontynuacja leczenia, ale placówki POZ nadal słabo rozwinięte organizacyjnie

Średnio 25% potencjalnej populacji włączonej w PZCh – na podstawie dokumentacji i wcześniejszej wiedzy o chorobach pacjenta. Brak narzędzi do identyfikacji pacjentów potencjalnie chorych lub ich aktywności poza placówką. Duży potencjał do wykrycia chorób w populacji

- Rozplanować zmiany w perspektywie wieloletniej (3 do nawet 10 lat)
- Upowszechnić narzędzia do stratyfikacji populacji
- Przyspieszyć rozwój systemu IT i narzędzi pozwalających na otrzymywanie regularnej informacji zwrotnej dot. objętej opieką populacji

Znamiona zarządzania placówką i personelem - tylko w nielicznych przypadkach

- Budować potencjał i wymianę doświadczeń w POZ w tym dot. zarządzania placówką
- Stworzyć platformy wymiany informacji i danych na szczeblu krajowym i regionalnym (dzielenie się wiedzą i benchmarking)
- Rozważyć dalsze pilotaże

Aspekt organizacji zewnętrznej - duża rola dla NFZ/MZ we wdrażaniu budżetów powierzonych, nowych narzędzi IT, wsparciu analitycznym, benchmarkingu placówek, budowaniu potencjału

Niewystarczające wsparcie **wdrożeniowe w raportowaniu/rozliczaniu**, jak i merytorycznych aspektach wdrożenia (**materiały szkoleniowe**)

- Rozważyć wdrożenie dodatkowych projektów pilotażowych na mniejszą skalę
- Poszerzyć bazę materiałów edukacyjno-informacyjnych, dot. zarządzania, kontroli jakości
- Stworzyć narzędzia IT ułatwiające zbieranie i analizę danych
- Prowadzić ukierunkowane działania wzmacniające POZ

Koszt opieki nad pacjentem PZCh wzrósł o 56%. **Większa** liczba świadczeń na pacjenta (wzrost o 100%), w tym badań diagnostycznych. Brak dowodów na duplikację lub nadużycia

- Zweryfikować wycenę i koszyk świadczeń diagnostycznych POZ Plus w celu uniknięcia przyjęć do szpitala motywowanych wyłącznie koniecznością wykonania diagnostyki
- Kontrola jakości POZ/benchmarking

Ważna i pozytywna rola koordynatora

- Powołać koordynatorów opieki w placówkach POZ (nowe zadania + narzędzia)
- Narzędzia IT wspierające procesy leczenia

Zdolności wdrożeniowe - różne placówki w różnym tempie wprowadzały zmiany; placówki POZ na bardzo różnym poziomie organizacji

Pierwsze rok- „rozkrećanie” nowego zakresu świadczeń, różne placówki w różnym tempie wprowadzały zmiany
Niskie zdolności organizacyjne

- Wdrożyć nową formę opieki w sposób modułowy, najlepiej na dobrowolnych zasadach, dostosowując każdy z modułów do potrzeb pacjentów, możliwości personelu, dostępnych narzędzi i środków w budżecie

Trudności w wykorzystaniu systemów IT – brak informacji dot. leczenia poza placówką lub siecią. Brak narzędzi do zarządzania populacją i analiz

- Działania w obszarze cyfryzacji i e-zdrowia na poziomie krajowym i ułatwienie dostępu do dokumentacji medycznej (dalszy rozwój platformy e-zdrowia P1);
- Stworzyć wytyczne i aplikacje opieki koordynowanej do wykorzystania przez placówki ochrony zdrowia

Komunikacja wewnątrz placówki poprawiła się; słabe wykorzystanie konsultacji lekarz POZ – specjalista (7,5% wszystkich konsultacji; najczęściej w kardiologii i rehabilitacji)

- Wspierać rozwój pracy zespołowej na bazie lepszej łączności informatycznej, motywatorów finansowych, wskaźników jakości, pilotaży i szkoleń

Dziękujemy

Anna Koziel
Aleksandra Kononiuk
Anna Król-Jankowska

