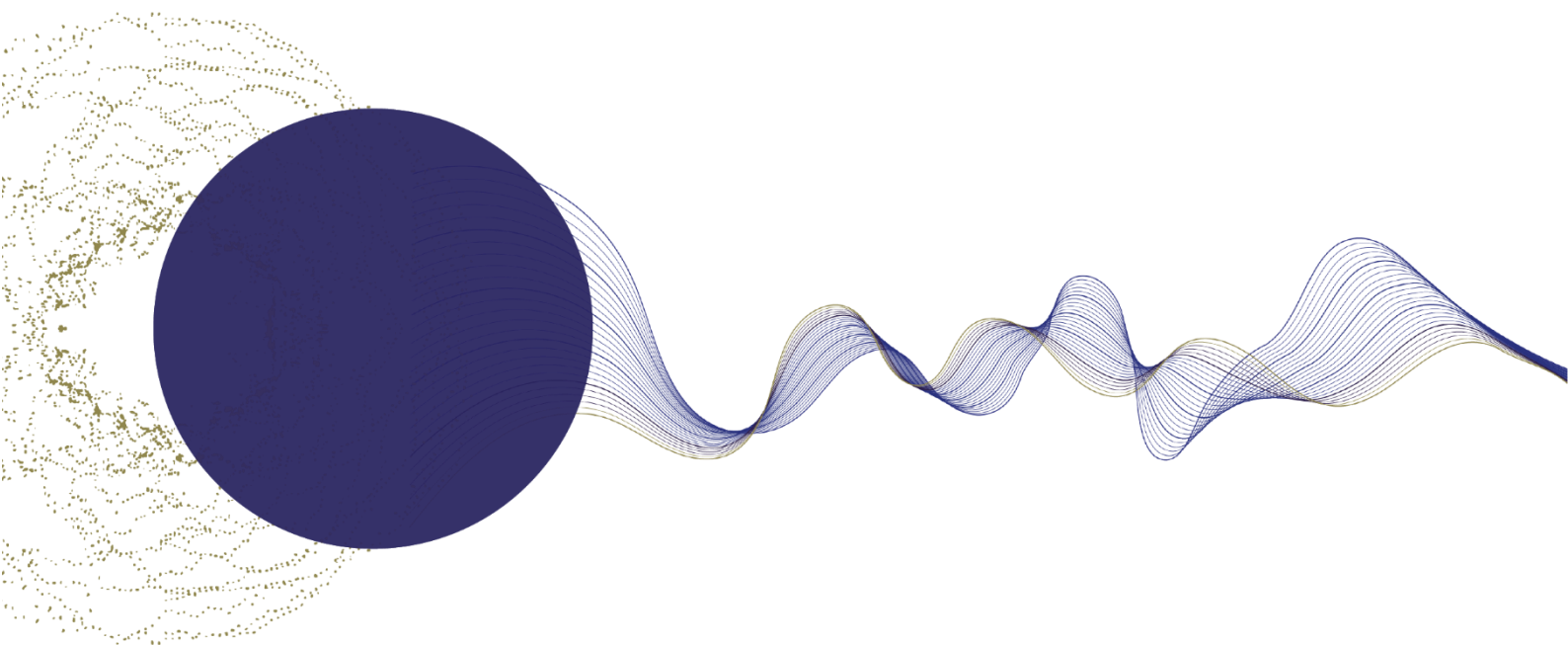




WPŁYW ŚWIADCZENIA NA LECZENIE W PROGRAMIE LEKOWYM

Przyjęcie ambulatoryjne raz na 3 miesiące – potencjalny wpływ na realizację programu lekowego

WERSJA 1.0,
KRAKÓW WRZESIEŃ 2024

Grzegorz Wójcik

PODSUMOWANIE

Wnioski z wprowadzenie nowego świadczenia pt. przyjęcie pacjenta raz na 3 miesiące w trybie ambulatoryjnym związanego z wykonaniem programu, na podstawie analizy post hoc danych z programu lekowego B.29:

Z perspektywy NFZ:

- brak niekontrolowanego wzrostu liczby nowo włączanych pacjentów do programu,
- brak istotnych zmian w kosztach leczenia per pacjent. Nowe świadczenie stosowane jest głównie zamiast standardowego przyjęcia ambulatoryjnego, którego wycena jednostkowa jest proporcjonalnie niższa z uwagi na częstotliwość rozliczania,
- zwiększenie udziału realizacji programu w warunkach ambulatoryjnych przy spadku liczby i udziału rozliczonych hospitalizacji w ramach programu lekowego,
- uwolnione zasoby szpitalne – odwrócona piramida świadczeń.

Z perspektywy świadczeniodawców:

- brak zmian w przychodach (łącznie hospitalizacja + ambulatorium) per pacjent dla świadczeniodawców przy jednoczesnym spadku liczby wizyt ambulatoryjnych i hospitalizacji na 1 pacjenta (z średnio 7,77 wizyt w 2017r. do średnio 4,18 wizyt w 2022r.)
- uwolnienie zasobów ośrodków na realizację innych procedur/świadczeń z uwagi na mniejszą liczbę wizyt na 1 pacjenta,
- wprowadzenie świadczenia nagrodzi te ośrodki, które kierując się komfortem pacjenta wydawały dotychczas leki do domu otrzymujące niższe środki za realizację programu, wbrew rachunkowi ekonomicznemu ośrodka (rozliczały mniejszą liczbę przyjęć ambulatoryjnych ze standardową wyceną),
- bardzo szybkie przyswajanie nowego świadczenia przez ośrodki realizujące program w warunkach ambulatoryjnych (efektywnie ponad 80% udział w rozliczeniu podań leku).

CEL PROJEKTU

Niniejsza analiza została przygotowana w celu zbadania wpływu wprowadzania świadczenia ambulatoryjnego umożliwiającego podanie oraz wydanie leku do domu w ramach wizyty ambulatoryjnej raz na 3 miesiące (kod świadczenia 5.08.07.0000026 - przyjęcie pacjenta raz na 3 miesiące w trybie ambulatoryjnym związane z wykonaniem programu) na realizację programu lekowego leczenia ciężkiej postaci astmy (B.44).

W projekcie dokonano analizy post hoc wprowadzenia wspomnianego świadczenia w programie lekowym leczenia pacjentów ze stwardnieniem rozsianym (B.29).

W ramach analizy sprawdzone zostały 3 główne hipotezy dotyczące potencjalnego wpływu wprowadzenia nowego świadczenia ambulatoryjnego na realizację programu.

Analizowane hipotezy:

1. Niekontrolowany i dynamiczny wzrost liczby nowo włączanych pacjentów do programu lekowego.
2. Zwiększenie udziału rozliczania świadczeń w programie w warunkach ambulatoryjnych w stosunku do hospitalizacji w warunkach szpitalnych (odwrócenie piramidy świadczeń, spadek liczby hospitalizacji w programie).
3. Zmiana wydatków płatnika na realizację procedur związanych z wykonaniem programu (oszczędności płatnika) oraz przychodów jednostek realizujących świadczenie.

KIEDY WPROWADZONO NOWE ŚWIADCZENIE I JEGO WYCENA – RYS HISTORYCZNY

Zgodnie z zarządzeniami Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia nowe świadczenie (5.08.07.0000026) - przyjęcie pacjenta raz na 3 miesiące w trybie ambulatoryjnym związane z wykonaniem programu) zostało wprowadzone w programie B.29 dnia 2 sierpnia 2019 roku¹. Jego wycenę przyjęto na poziomie 324,48 punktów tj. trzykrotności wyceny standardowego świadczenia pt. „przyjęcie pacjenta w trybie ambulatoryjnym związanego z wykonaniem programu” (5.08.07.0000004), które może być rozliczane co miesiąc.

Wycena punktowa analizowanego świadczenia nie uległa zmianie do dnia dzisiejszego. Aktualnie to świadczenie może być rozliczane w 8 programach lekowych [1].

ZMIANA LICZBY PACJENTÓW W PROGRAMIE LEKOWYM B.29

Dostępne dane publiczne pozwalające na oszacowania liczby nowo włączanych pacjentów do poszczególnych programów lekowych, dostępne na portalu Statystyki NFZ [2], nie wskazują by nowe

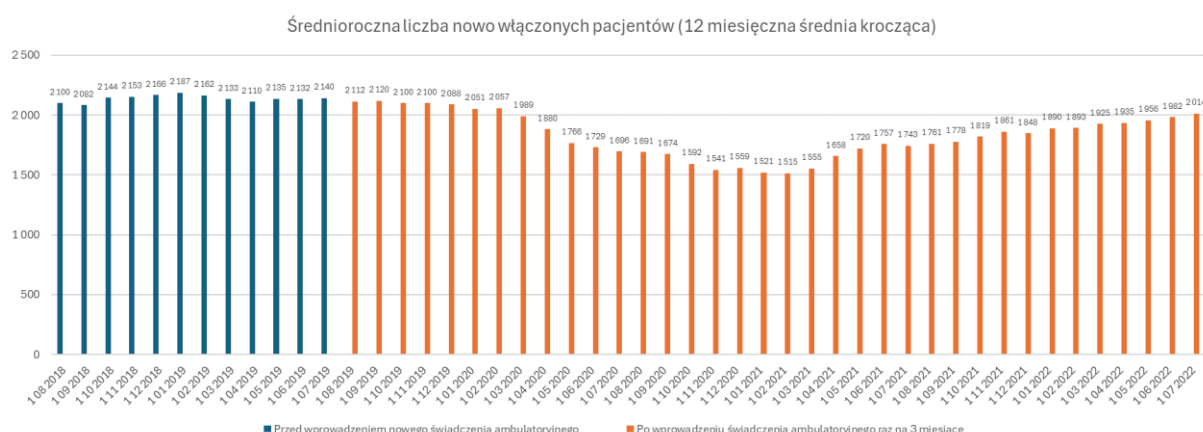
¹ pierwotnie pod nazwą „przyjęcie pacjenta w trybie ambulatoryjnym związane z leczeniem stwardnienia rozsianego

świadczenie ambulatoryjne związane z przyjęciem pacjentów raz na 3 miesiące, powodowało przyspieszenie rekrutacji pacjentów do leczenia w programie.

W przypadku leczenia stwardnienia rozsianego w ramach programu B.29 liczba nowych pacjentów pozostała na zbliżonym poziomie po wprowadzeniu zmian do programu² (Rysunek 1). Średnioroczna liczba nowo włączanych pacjentów w analizowanym programie kształtowała się na stabilnym poziomie około 2050-2150 pacjentów do marca 2020 i wybuchu epidemii COVID-19 w Polsce.

Rysunek 1.

Liczba nowo włączanych pacjentów w programie lekowym B.29 oszacowana w oparciu o dostępne dane

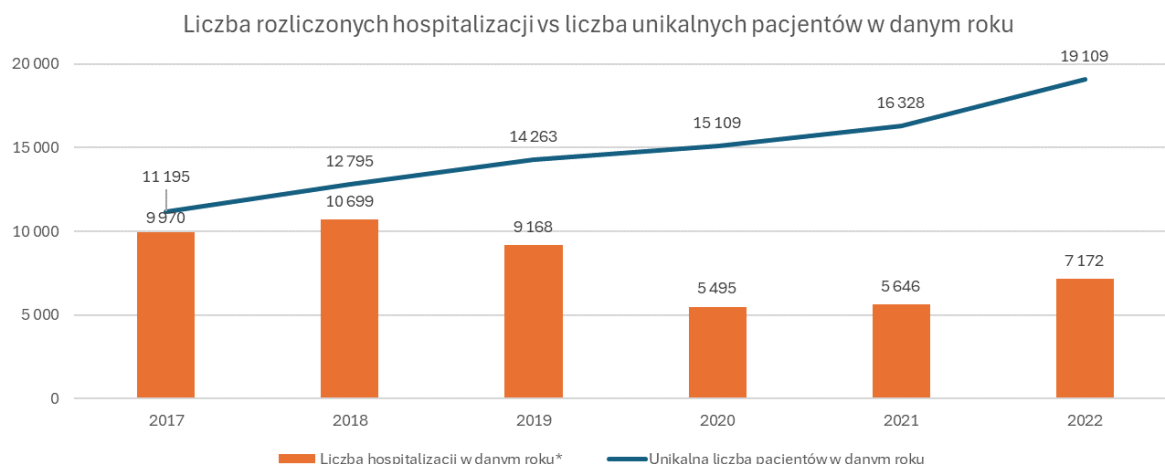


LICZBA ROZLICZANYCH ŚWIADCZEŃ I PIRAMIDA ŚWIADCZEŃ (NA PRZYKŁADZIE B.29)

Analiza historycznych danych wskazuje na spadek liczby rozliczanych hospitalizacji w ramach realizacji programu, który dynamicznie przyspieszył od 2019 roku (wprowadzenie nowego świadczenia ambulatoryjnego w sierpniu tego roku). Warto odnotować, że zmniejszenie nominalnej liczby hospitalizacji występuje pomimo rosnącej liczby unikalnych pacjentów leczonych w kolejnych latach kalendarzowych (Rysunek 2).

² Należy pamiętać, że wpływ na liczbę pacjentów w programie mają też inne czynniki (wprowadzane nowe terapie, zmiana kryteriów kwalifikacji, liczba ośrodków realizujących program, wysokość podpisanych kontraktów (środków finansowych) na realizację programu, skuteczność diagnostyki czy sytuacja epidemiologiczna)

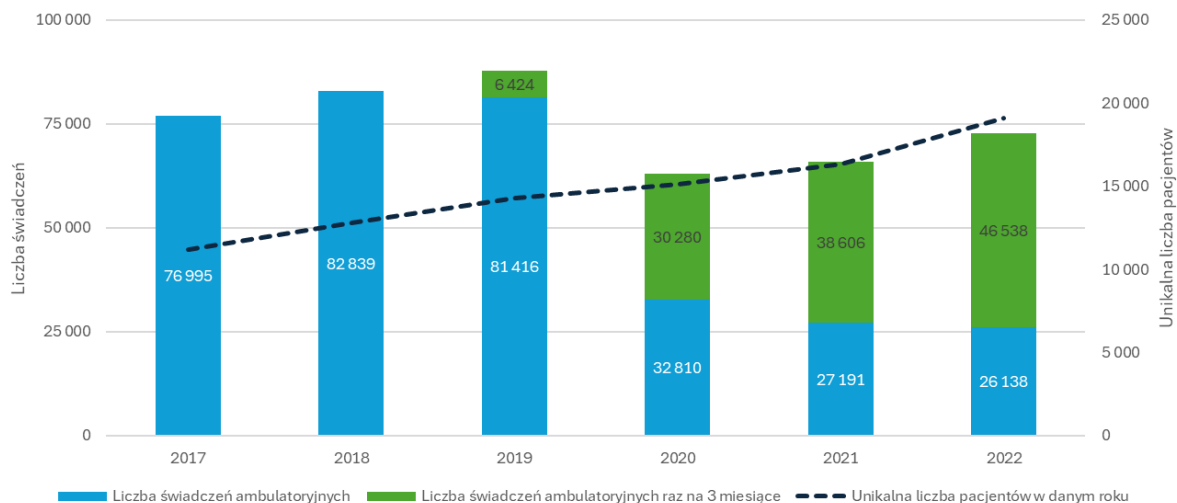
Rysunek 2.
Liczba hospitalizacji i unikalnych pacjentów w programie lekowym B.29 (stwardnienie rozsiane)



** dotyczy wszystkich świadczeń w warunkach szpitalnych tj. hospitalizacja (kod 5.08.07.0000001), hospitalizacja jednodniowa (kod 5.08.07.0000002) i hospitalizacja dziecięca (5.08.07.0000002)

Wprowadzenie nowego świadczenia ambulatoryjnego zmniejszyło także sumaryczną liczbę rozliczonych wizyt w poradni ambulatoryjnej między 2019 a 2022 rokiem o ponad 10 tys. (spadek o 12%) przy wzroście liczby osób w programie o ponad 6 300 (wzrost o blisko 50%) (Rysunek 3).

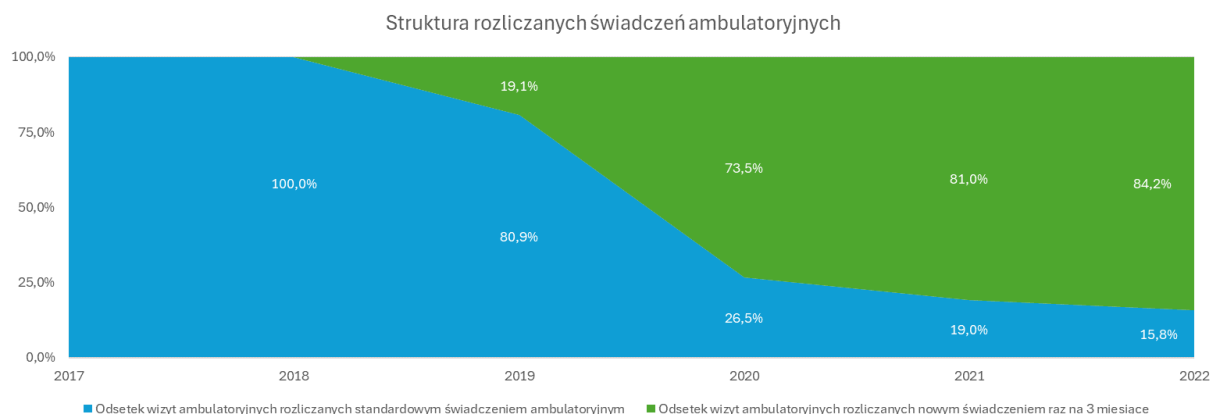
Rysunek 3.
Liczba wizyt ambulatoryjnych i unikalnych pacjentów w programie lekowym B.29 (stwardnienie rozsiane)



Jednostki realizujące program bardzo chętnie zaczęły stosować nowe świadczenie ambulatoryjne zamiast rozliczania comiesięcznych wizyt w poradni w dotychczasowy sposób. Już w pierwszym pełnym roku obowiązywania nowego świadczenia (2020 rok) blisko 70% podań ambulatoryjnych zostało rozliczona za jego pomocą³. Odsetek ten wzrósł w 2022 roku do ponad 80% (Rysunek 4).

³ Efektywnych podań leku uwzględniających fakt, że za pomocą nowego świadczenia rozliczane jest do 3 podań leku (1 w warunkach ambulatoryjnych i 2 w warunkach domowych)

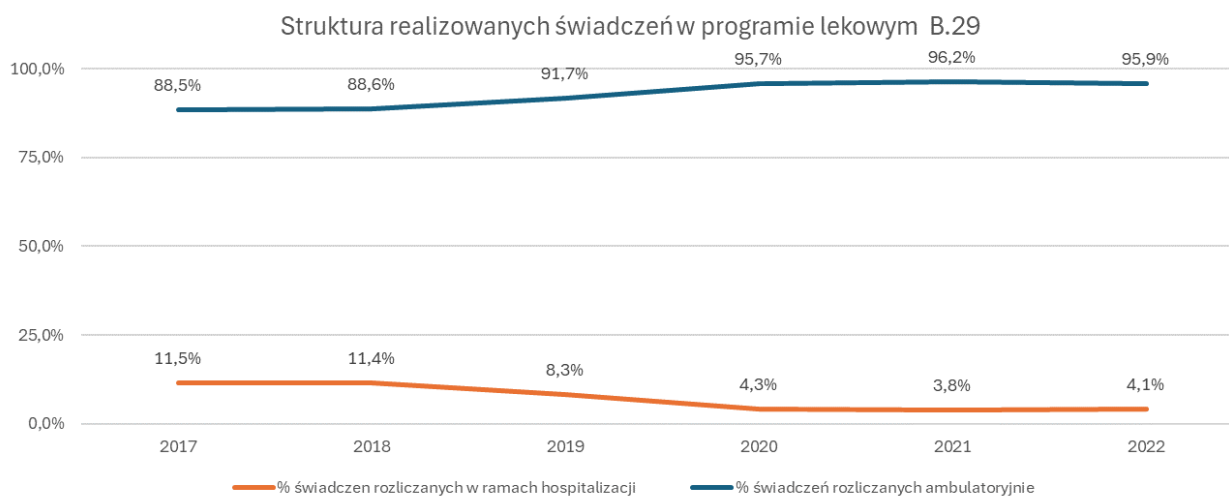
Rysunek 4.
Efektywny udział wizyt ambulatoryjnych rozliczanych nowym świadczeniem raz na 3 miesiące



- a) Świadczeniu przyjęcie ambulatoryjne raz na 3 miesiące przypisano „wagę” 3 standardowych przyjęć w ramach poradni ambulatoryjnej

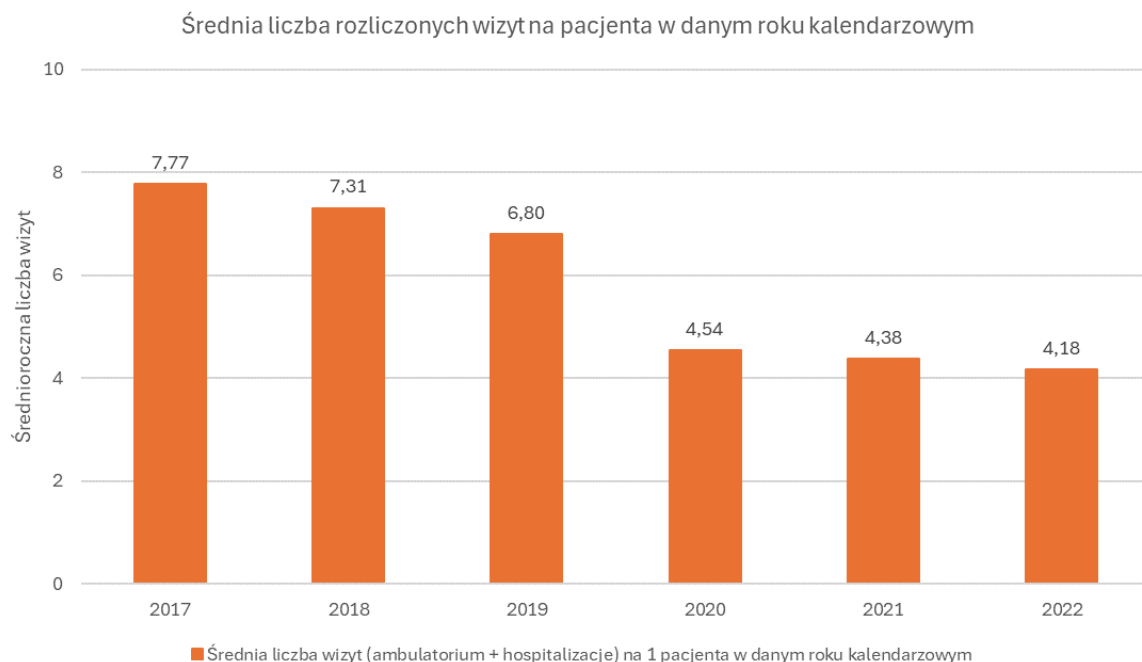
Wprowadzone zmiany systemowe pomogły przyczynić się również do zmniejszenia odsetka świadczeń rozliczanych w ramach hospitalizacji z ok. 11,4% w 2018 do ok. 4,1% w 2022 roku (zmiana o ponad 7 punktów procentowych) (Rysunek 5).

Rysunek 5.
Struktura realizowanych świadczeń w programie lekowym B.29



- a) Świadczenia ambulatoryjne raz na 3 miesiące przypisano „wagę” 3 standardowych przyjęć w ramach poradni ambulatoryjnej / szpitalnej

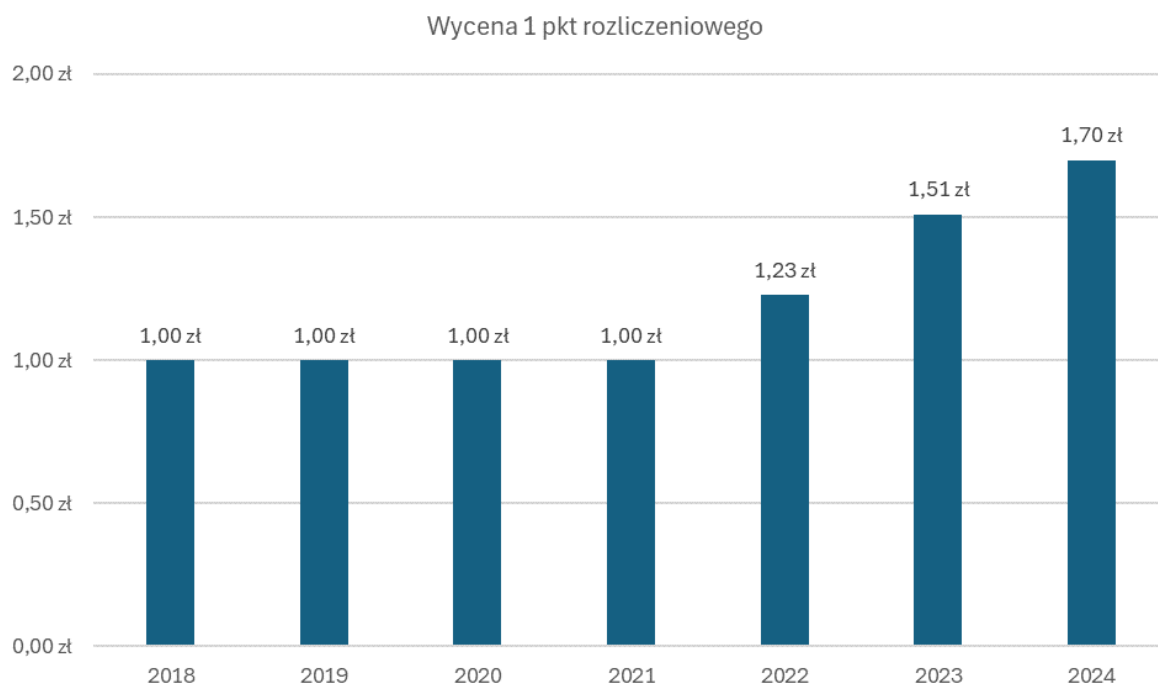
Kolejnym skutkiem zaimplementowania nowego świadczenia ambulatoryjnego do programu lekowego B.29 jest zmniejszenie średniej liczby wizyt (ambulatoryjnych lub hospitalizacji) związanych z realizacją programu w przeliczeniu na jednego pacjenta. W okresie pomiędzy 2018 i 2022 rokiem średnia liczba wizyt na jednego pacjenta spadła o ponad 40% (z poziomu 7,31/rok na ok. 4,18/rok). Zmniejszenie obciążenia ośrodków w realizacji programu lekowego w sposób pozytywny wpływa na uwolnienie ich potencjału oraz poprawę wydajności (Rysunek 6).

Rysunek 6.**Liczba wizyt ambulatoryjnych lub hospitalizacji w danym roku kalendarzowym na jednego w pacjenta w PL B.29**

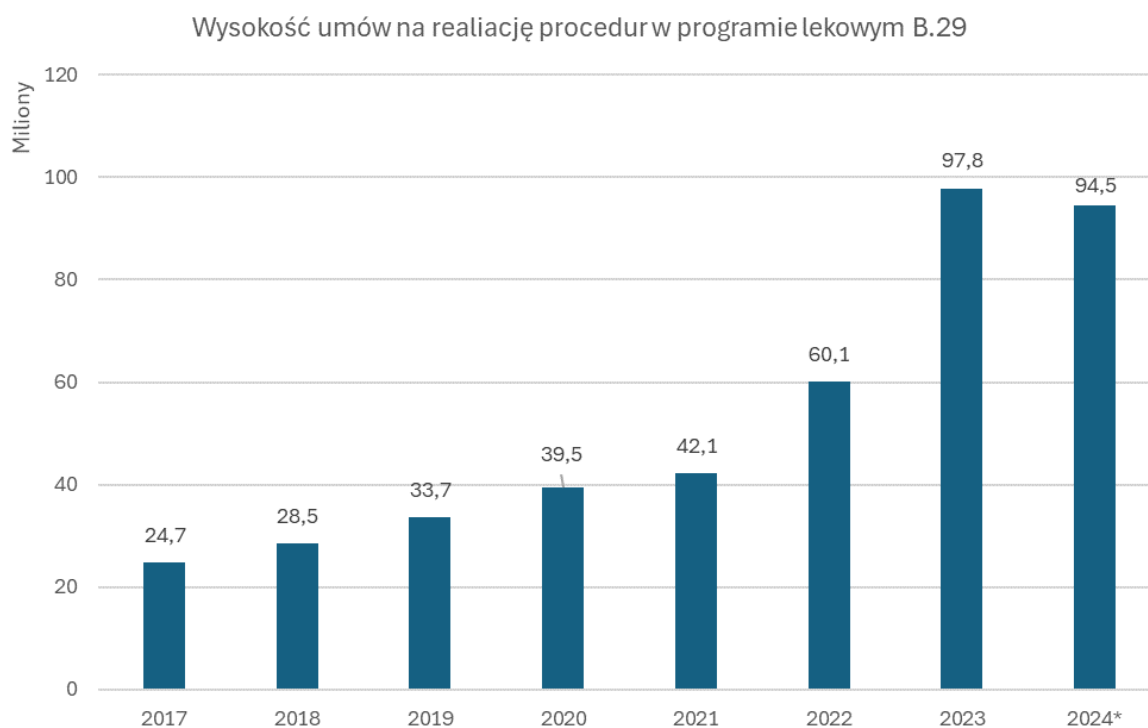
ZMIANA WYDATKÓW PŁATNIKA I PRZYCHODÓW ŚWIADCZENIODAWCÓW REALIZUJĄCYCH PROGRAM LKOWY

Wydatki na procedury wymagane w trakcie realizacji programów lekowych w Polsce w większości przypadków wzrastają w czasie. Wynika to m.in. z ciągłego wprowadzania nowych technologii lekowych, rozszerzania wskazań refundacyjnych, które skutkują wzrastającą liczbą pacjentów włączanych i leczonych w programach oraz postępującym wzrostem kosztów minimalnego wynagrodzenia za pracę w ochronie zdrowia ponoszonego przez NFZ, co z kolei prowadzi do wzrostu wyceny podpisywanych umów (Rysunek 7-Rysunek 8) [2, 3].

Rysunek 7.
Średnia wycena punktu dla świadczeń związanych z wykonaniem programu B.29 (procedury)



Rysunek 8.
Wysokość umów na realizację procedur w programie lekowym wg Informatora o Umowach

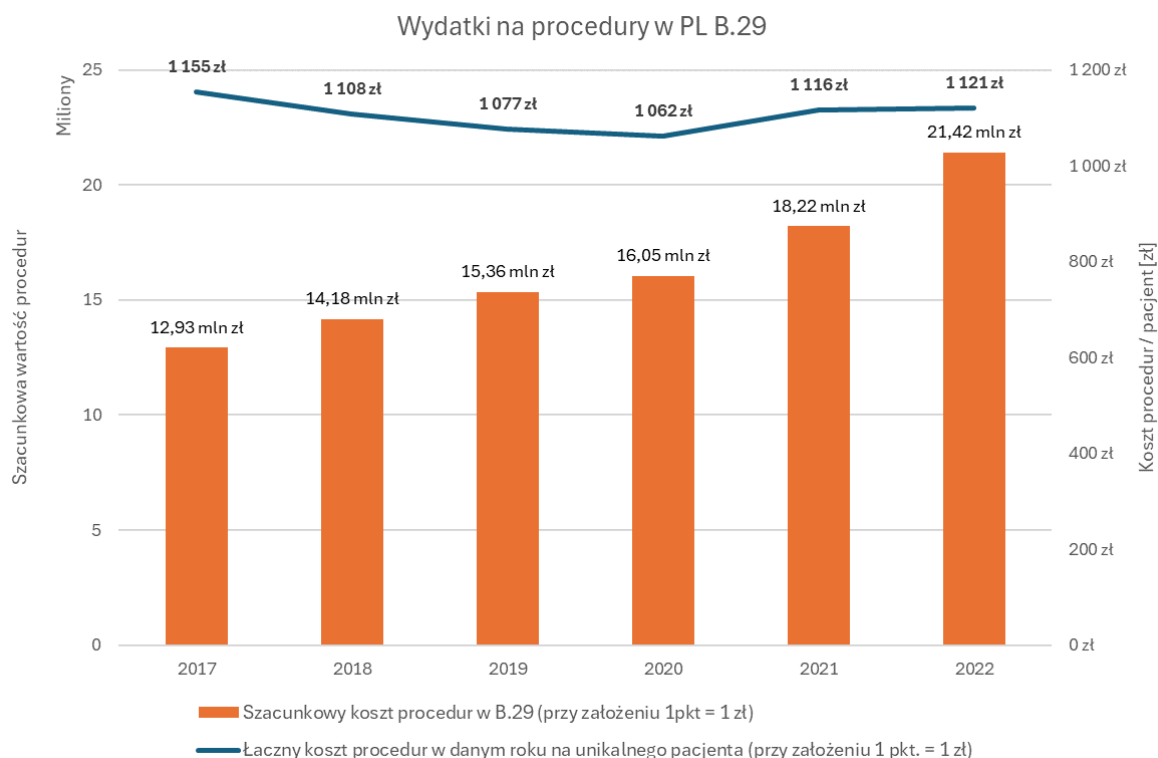


*dane kontraktowe za rok 2024 nie są ostateczne (są aktualne na 31 sierpnia 2024)

By oszacować bezpośredni wpływ nowego świadczenia na realizację programu lekowego w niniejszej analizie przeprowadzono zatem obliczenia, które miały na celu zbadanie kosztów płatnika, wyrażonych w cenach stałych, bez zmiany wyceny punktu rozliczeniowego (przy założeniu, że koszt 1 punktu = 1 zł na przestrzeni całego horyzontu analizy) oraz uwzględniania wzrastającej liczby leczonych pacjentów w czasie.

Rysunek 9.

Szacunkowa wartość wydatków na realizację procedur oraz wydatki na pacjenta

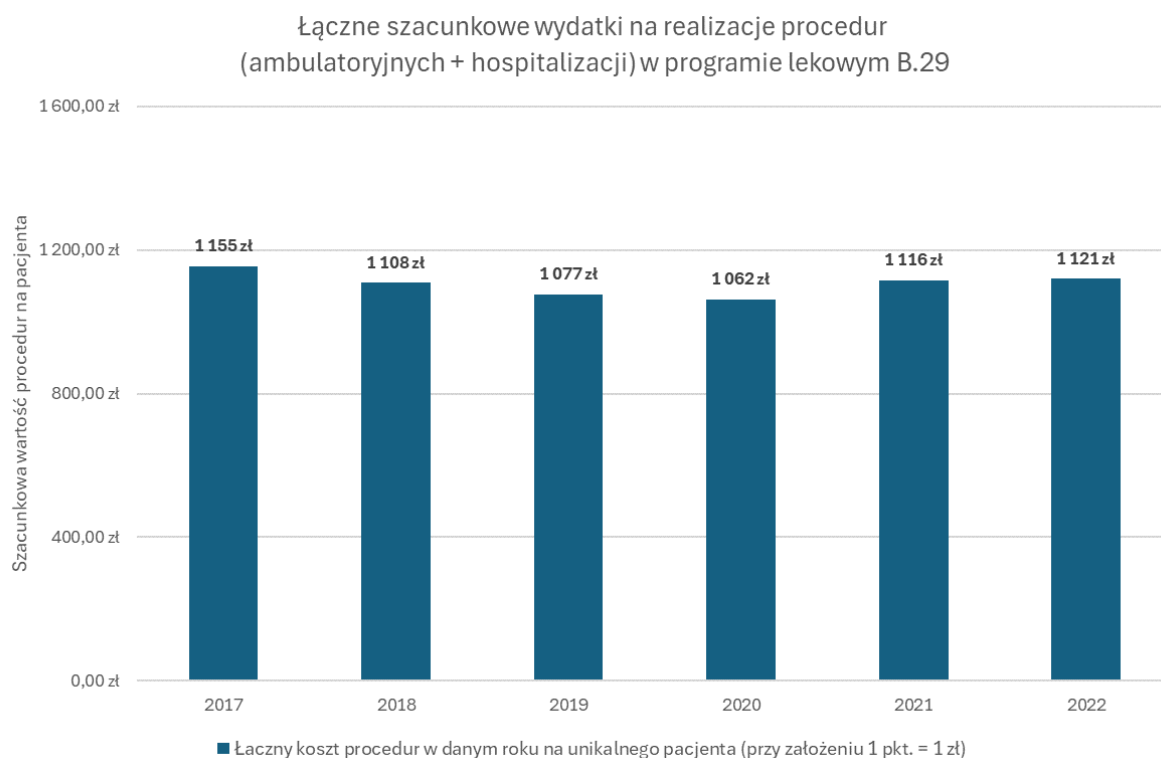


*nowe świadczenie pojawiło się w sierpniu 2019 roku

Uwzględniono koszty procedur ambulatoryjnych i hospitalizacji bez ryczałtu za diagnostykę

Wyniki prac jednoznacznie wskazują, że po wprowadzeniu nowego świadczenia ambulatoryjnego koszty przeliczone na jednego pacjenta pozostały na zbliżonym poziomie (ok. 1100 zł) w kolejnych latach (widoczny jest nawet niewielki spadek).

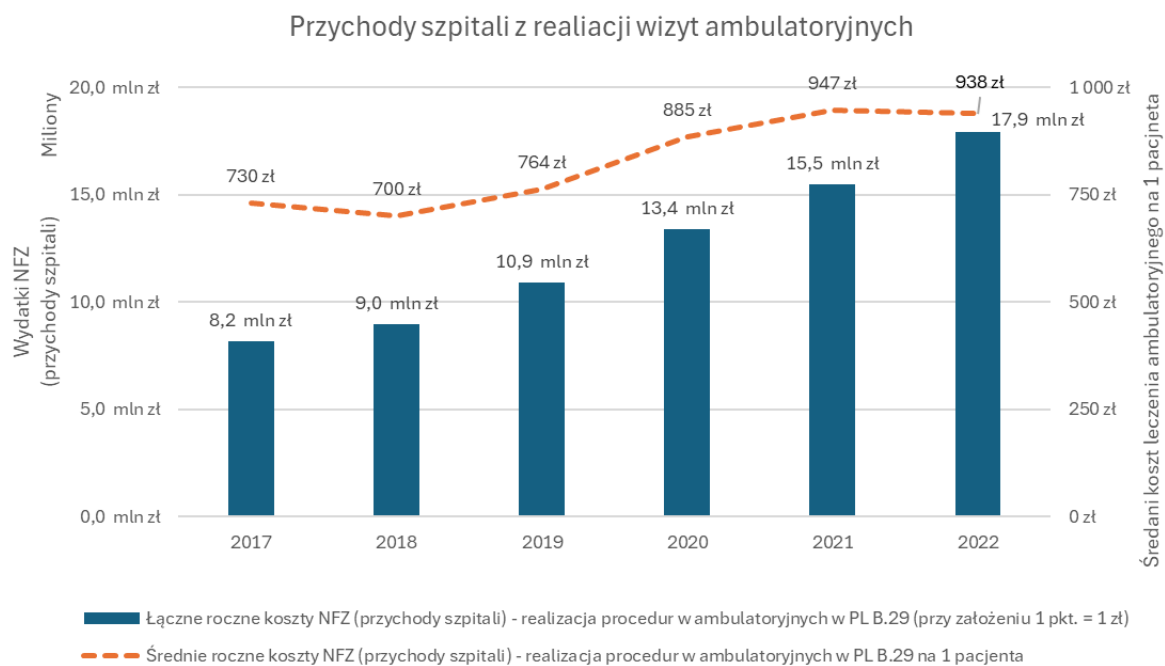
Rysunek 10.
Skorygowane wydatki na pacjenta w PL B.29 przy uwzględnieniu wyceny 1 pkt. = 1 zł



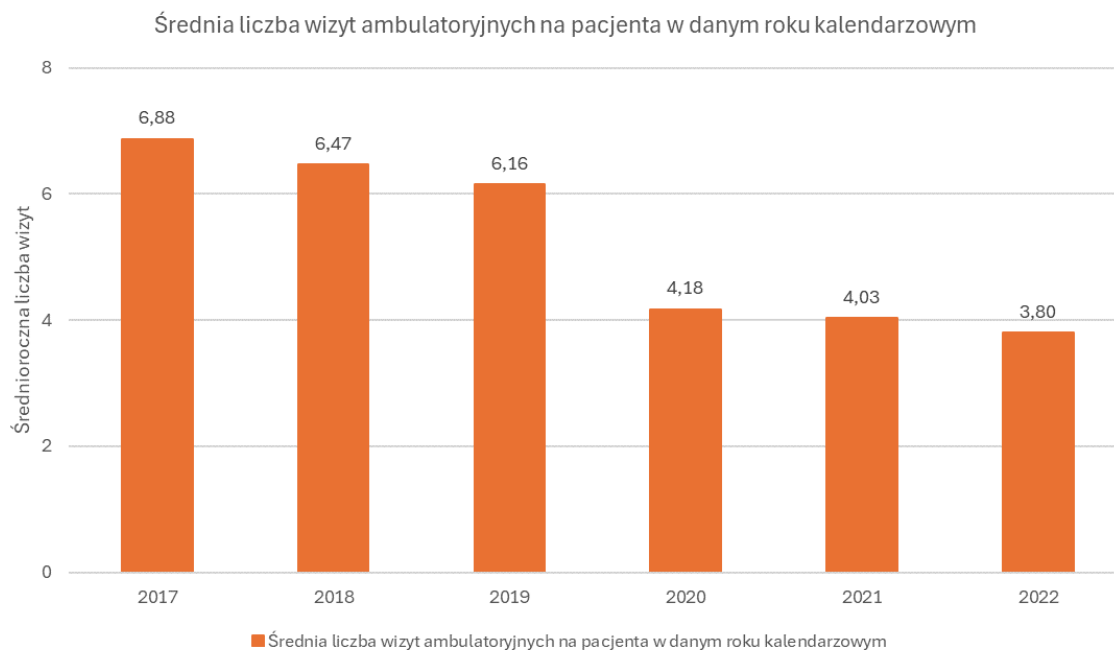
*nowe świadczenie pojawiło się w sierpniu 2019 roku

Jednocześnie biorąc pod uwagę przeprowadzone obliczenia w cenach stałych (1 pkt = 1 zł) można zauważyć, że wprowadzenie nowego świadczenia powoduje wzrost średnich przychodów szpitala (wydatków NFZ) na świadczenia ambulatoryjne w przeliczeniu na jednego pacjenta w programie lekowym. Pomiędzy 2018 a 2022 rokiem średnia wartość wydatków na świadczenia ambulatoryjne wzrosła o prawie 34% z ok. 700 zł do ok. 938 zł na jednego pacjenta. Przedstawiony wzrost wydatków NFZ (przychodów szpitala) miał miejsce przy jednoczesnym spadku liczby rozliczonych wizyt ambulatoryjnych na pacjenta z ok. 6,47 w 2018 roku do ok. 3,8 w 2022 roku (spadek o ok. 42%) [1, 2, 4]

Rysunek 11.
Wydatki NFZ (przychody szpitali) na świadczenia ambulatoryjne wyrażone w cenach stałych (1 pkt = 1 zł)



Rysunek 12.
Średnia liczba wizyt ambulatoryjnych na 1 pacjenta w B.29 w danym roku kalendarzowym



PODSUMOWANIE I WNIOSKI

Przeprowadzona analiza danych historycznych dla programu lekowego B.29 wskazuje, że wprowadzenie nowego świadczenia ambulatoryjnego przyjęcie pacjenta raz na 3 miesiące w związku z wykonaniem programu **powoduje pozytywny wpływ na realizację programu lekowego**.

Nowe świadczenie niewątpliwie **przyczynia się do poprawy komfortu i jakości życia pacjentów** leczonych w warunkach ambulatoryjnych, którzy byli zobligowani do comiesięcznych wizyt w ośrodkach, związanych z podaniem leku. Umożliwienie przez NFZ rozliczenia wydania leków do domu w ramach nowego świadczenia **nagrodzi także ośrodki, które kierując się komfortem pacjenta wydawały dotychczas leki do domu** otrzymujące niższe środki za realizację programu (rozliczały mniejszą liczbę przyjęć ambulatoryjnych ze standardową wyceną). Dodatkowo, po wprowadzeniu nowego świadczenia, **można także zaobserwować odwrócenie piramidy świadczeń** i zwiększenie udziału rozliczanych świadczeń w programie w warunkach ambulatoryjnych przy jednoczesnym mniejszym zaangażowaniu leczenia szpitalnego, skutkujące uwolnieniem potencjału ośrodka. Nowe świadczenie ambulatoryjne **minimalizuje również dysproporcje** pomiędzy wyceną przyjęcia pacjenta w ramach hospitalizacji vs wydania leku do domu. **Może zatem stanowić zachętę** dla części ośrodków do zmiany sposobu prowadzenia pacjentów, **jeśli spełnione są wszystkie warunki medyczne do samodzielnego podania leku przez pacjenta**.

Wprowadzenie nowego świadczenia do programu lekowego B.44 wydaje się zatem dobrym pomysłem jako dodatkowa opcja, rozszerzająca możliwości prowadzenia terapii przez ośrodki pod warunkiem utrzymania dotychczasowych możliwości rozliczeń pozostałych świadczeń w formie hospitalizacji i ambulatorium.

Tabela 1.
Podsumowanie wniosków z analizy

Hipoteza	Wniosek z analizy	Komentarz
Niekontrolowany i dynamiczny wzrost liczby nowo włączanych pacjentów do programu lekowego	Nie zaobserwowano	Brak dowodów wskazujących na wystąpienie nagłego i dynamicznego wzrostu nowo włączanych pacjentów
Zwiększenie udziału rozliczania świadczeń w programie w warunkach ambulatoryjnych w stosunku do hospitalizacji w warunkach szpitalnych (odwrócenie piramidy świadczeń, spadek liczby hospitalizacji w programie)	Widoczny wpływ	Zaobserwowano spadek liczby hospitalizacji, zmianę struktury rozliczania świadczeń. Nowe świadczenie stało się pierwszym wyborem w przypadku rozliczania ambulatoryjnego.
Zmiana wydatków płatnika na realizację procedur związanych z wykonaniem programu (oszczędności płatnika) oraz przychodów jednostek realizujących świadczenie	Widoczny wpływ	Brak istotnych zmian w kosztach leczenia z perspektywy NFZ. Nowe świadczenie stosowane jest głównie zamiast standardowego przyjęcia ambulatoryjnego, którego wycena jest proporcjonalnie niższa. Wzrost przychodów bezwzględnych z realizacji programu w ramach ambulatorium

Optimalizacja przychodów części ośrodków – mniejsza liczba wizyt w poradni przy jednoczesnym wzroście przychodów poradni na 1 pacjenta	Widoczny wpływ Spadek średniej liczby wizyt ambulatoryjnych na 1 pacjenta z blisko 7 rocznie do niespełna 4. Wzrost przychodów szpitali z realizacji programu w ramach leczenia ambulatoryjnego. Uwolnienie zasobów na realizację innych świadczeń.
---	---

OGRANICZENIA

Pomimo, że analiza została przeprowadzona z należytą starannością, to należy zwrócić uwagę na ograniczenia, które mogą mieć wpływ na wyniki i ich interpretację.

- Analiza konsekwencji zmian została ograniczona do jednego programu lekowego, który wybrano w oparciu o analizę zmian zapisów w latach 2017 – 2022 pod kątem możliwie niewielkich modyfikacji związanych z wprowadzeniem nowych terapii i rozszerzeń wskazań refundacyjnych wpływających na liczbę pacjentów czy strukturę rozliczeń.
- Analiza została przygotowana w całości w oparciu o dostępne dane publiczne (brak możliwości analizy szczegółowej z perspektywy poszczególnych pacjentów/szpitali itd., konieczność stosowania kompromisów np. wykorzystanie dostępnej informacji o liczbie pacjentów w danym roku zamiast bardziej precyzyjnej, ale niedostępnej informacji o łącznej długości terapii wszystkich pacjentów uwzględniającej zarówno liczbę jak i czas leczenia każdego z nich).
- Brak możliwości dostosowania i uwzględnienia wpływu zdarzeń losowych, które miały miejsce przed i po wprowadzeniu nowego świadczenia ambulatoryjnego jak np. epidemia COVID-19.
- Zmiana struktury świadczeń w ramach programu lekowego może być spowodowana szeregiem innych czynników np. zmieniającymi się wytycznymi klinicznymi, większą pulą dostępnych terapii, wyższą świadomością lekarzy i pacjentów wskazującą na korzyści z wydawania leków do domu itd.

Bibliografia

1. Zarządzenia Prezesa NFZ / Zarządzenia Prezesa / Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) – finansujemy zdrowie Polaków. Dostęp: <https://www.nfz.gov.pl/zarzadzenia-prezesa/zarzadzenia-prezesa-nfz/> (27.8.2024).
2. Statystyka NFZ - Start. Dostęp: <https://statystyki.nfz.gov.pl/> (27.8.2024).
3. Informator o zawartych umowach / O NFZ / Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) – finansujemy zdrowie Polaków. Dostęp: <https://www.nfz.gov.pl/o-nfz/informator-o-zawartych-umowach/> (27.8.2024).
4. Uchwały Rady NFZ / Zarządzenia Prezesa / Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) – finansujemy zdrowie Polaków. Dostęp: <https://www.nfz.gov.pl/zarzadzenia-prezesa/uchwaly-rady-nfz/> (27.8.2024).