

PROGRAM ZARZĄDZANIA CHOROBA W PILOTAŻU POZ PLUS

Cel objęcia programem zarządzania chorobą

Celem wdrożenia programu zarządzania chorobą jest skoncentrowanie działań zespołu profesjonalistów medycznych na rzeczywistych potrzebach zdrowotnych pacjentów objętych opieką lekarza poz oraz ich realizację w sposób kompleksowy, planowany, ciągły i zintegrowany. Istotą programu zarządzania chorobą jest prowadzenie przez świadczeniodawcę aktywnej opieki nad pacjentem z chorobą przewlekłą. Pacjent ma stać się aktywnym partnerem we wspólnym podejmowaniu decyzji dotyczących postępowania w chorobie, w oparciu o wypracowany razem z nim indywidualny plan opieki medycznej (IPOM). W realizacji planu opieki pacjent uzyskuje wsparcie zespołu profesjonalistów medycznych, w skład którego wchodzi, oprócz lekarza i pielęgniarki, dietetycy i edukatorzy zdrowotni oraz fizjoterapeuci.

Dodatkowo lekarz poz uzyskuje dostęp do:

- szerszego zakresu oraz liczby działań profilaktycznych oraz edukacyjnych;
- szerszego zakresu usług diagnostycznych oraz fizjoterapeutycznych;
- konsultacji z innymi specjalistami opieki ambulatoryjnej, w tym z wykorzystaniem telemedycyny (konsultacja telemedyczna, telekonsultacja udzielana z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych, środków komunikacji elektronicznej lub publicznie dostępnych usług telekomunikacyjnych), przy jednoczesnym nałożeniu obowiązku na lekarzy poz dbałości o efekty terapeutyczne oraz przebieg procesu leczenia i konsultacji pacjenta.

Kryteria kwalifikacji (Wskazania) do programu zarządzania chorobą

Do objęcia programem zarządzania chorobą kwalifikują się pacjenci w wieku powyżej 18 r. ż. z podejrzeniem lub rozpoznaną przynajmniej jedną z jednostek chorobowych (wg ICD 10):

- 1) *diabetologia - cukrzyca typu II* (E10 - cukrzyca insulinozależna, E11 – cukrzyca insulinoniezależna, E13 – inne określone postacie cukrzycy, E14 – cukrzyca nieokreślona)
- 2) *kardiologia:*
 - a) *nadciśnienie tętnicze samoistne* (I10 – samoistne (pierwotne) nadciśnienie, I11 – choroba nadciśnieniowa z zajęciem serca, I12 – choroba ciśnieniowa z zajęciem nerek, I13 – choroba nadciśnieniowa z zajęciem serca i nerek),
 - b) *przewlekła choroba wieńcowa* (I20 – dusznica bolesna, I24 – inne ostre postacie choroby niedokrwiennej serca, I25 – przewlekła choroba niedokrwienności serca)
 - c) *przewlekła niewydolność serca* (I50 – niewydolność serca),

d) *utrwalone migotanie przedsionków* (I47 – częstoskurcz napadowy, I48 – migotanie i trzepotanie przedsionków);

3) *pulmunologia:*

a) *astma oskrzelowa* (J45 – dychawica oskrzelowa, J46 – stan astmatyczny),

b) *POCHP* (J41 – przewlekła zapalenie oskrzeli proste i śluzowo - ropne, J42 – nieokreślone przewlekłe zapalenie oskrzeli, J43 – rozedma płuc, J44 – inna przewlekła zaporowa choroba płuc);

4) *endokrynologia:*

a) *niedoczynność tarczycy* (E01 - niedoczynność tarczycy z powodu niedoboru jodu, E02 – subkliniczna postać niedoczynności tarczycy z powodu niedoboru jodu, E03 – inne postacie niedoczynności tarczycy),

b) *wole mięsiste i guzowate tarczycy* (E04 – wole nietoksyczne, E05 – nadczynność tarczycy);

5) *reumatologia i neurologia:*

a) *choroba zwyrodnieniowa stawów obwodowych* (M15 – zwyrodnienia wielostawowe, M16 – choroba zwyrodnieniowa stawów biodrowych, M17 – choroba zwyrodnieniowa stawów kolanowych, M18 – choroby zwyrodnieniowe pierwszego stawu nadgarstkowo - śródreźnego, M19 – inne choroby zwyrodnieniowe, M20 – nabyte zniekształcenia palców rąk i stóp, M21 – inne nabyte zniekształcenia kończyn),

b) *zespoły bólowe kręgosłupa* (M43 – inne zniekształcające choroby grzbietu, M45 – zeszywniające zapalenie stawów kręgosłupa, M46 – inne zapalne choroby kręgosłupa, M47 – zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa, M48 – inne choroby kręgosłupa, M50 – choroby kręgów szyjnych, M51 – inne choroby kręgosłupa międzykręgowego, M53 – inne choroby grzbietu, M54 – bóle grzbietu).

Kwalifikacja do programu zarządzania chorobą

- Kwalifikacja do programu zarządzania chorobą odbywa się na poradzie wstępnej u lekarza POZ:
- *Porada wstępna* może być poprzedzona wykonaniem niezbędnych badań diagnostycznych z katalogu świadczeń stanowiących załącznik nr 2b zleconych przez lekarza POZ mających na celu potwierdzenie/ wykluczenie wstępnego rozpoznania.
- Wykluczenie wstępnego rozpoznania dyskwalifikuje pacjenta z przystąpienia do programu zarządzania chorobą w związku z danym rozpoznaniem.
- Po potwierdzeniu wstępnego rozpoznania lekarz POZ:

- proponuje pacjentowi przystąpienie do programu zarządzania chorobą, jeżeli stan zaawansowania choroby pacjenta pozwala na kontynuację leczenia w POZ lub
- wystawia skierowanie do lekarza specjalisty posiadającego umowę z NFZ na świadczenia specjalistyczne w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna.
- Lekarz POZ wystawia skierowanie do lekarza specjalisty posiadającego umowę z NFZ na świadczenia specjalistyczne w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna w przypadku gdy:
 - stan zaawansowania choroby pacjenta nie pozwala na kontynuację leczenia w POZ,
 - pacjent nie zgodził się na objęcie opieką przez lekarza POZ programem zarządzania chorobą,
- Pacjent wyraża zgodę na objęcie opieką przez lekarza POZ programem zarządzania chorobą poprzez złożenie deklaracji, której wzór stanowi załącznik nr 10 do zarządzenia.

Świadczenia finansowane w ramach programu zarządzania chorobą

Świadczenia finansowane w ramach programu zarządzania chorobą obejmują diagnostykę, terapię i leczenie realizowane na rzecz pacjenta z wybranymi schorzeniami przez lekarza POZ przy współpracy z lekarzami specjalistami sześciu specjalności oraz fizjoterapeutą. Opis procesu postępowania z pacjentem w programie zarządzania chorobą opisują ścieżki postępowania diagnostyczno – terapeutycznego, które stanowią załącznik nr 2c do zarządzenia. Jest to ogólny opis wymogów organizacyjnych w odniesieniu do podmiotu leczniczego realizującego świadczenia w programie zarządzania chorobą, przy czym lekarz prowadzi (leczy) pacjenta zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej oraz zasadami Medycyny Opartej na Dowodach Naukowych (*EBM; Evidence Based Medicine*)

Świadczenia finansowane w ramach tego programu obejmują:

- 1) *przeprowadzenie porady kompleksowej* obejmującej: badanie podmiotowe i przedmiotowe oraz wykonanie niezbędnych badań, konsultacji specjalistycznych i fizjoterapeutycznych, z wyłączeniem badań potwierdzających wstępne rozpoznanie (chyba, że ich powtórzenie jest niezbędne w procesie terapeutyczno – leczniczym). Podczas porady kompleksowej lekarz ocenia stopień zaawansowania choroby i samodzielności pacjenta, kwalifikuje go do odpowiedniej grupy dyspenseryjnej (dokonuje stratyfikacji), opracowuje i uzgadnia z pacjentem indywidualny plan opieki medycznej (IPOM), oraz zleca niezbędne kontrolne badania diagnostyczne i konsultacje specjalistyczne, do których może wykorzystać ścieżki postępowania diagnostyczno – terapeutycznego.

- 2) przeprowadzenie *porady kontrolnej*, której celem jest kontrola realizacji IPOM tj. założonego celu terapeutycznego lub zaleceń (np. wykonania zleconych badań diagnostycznych i/lub konsultacji specjalistycznych) przez pacjenta.
- 3) przeprowadzenie *porady edukacyjnej* – realizowanej przez pielęgniarkę zespołu POZ PLUS lub edukatora zdrowotnego, której celem jest poszerzenie wiedzy pacjenta o chorobie oraz sposobach radzenia sobie z nią w trakcie jej trwania. Elementem tej porady jest uświadamianie celowości przyjętego IPOM i wynikającego z niego postępowania diagnostyczno-terapeutycznego.
- 4) przeprowadzenie cyklu *porad dietetycznych* – cykl 3 porad dietetycznych realizowanych przez dietetyka: – *pierwsza*, polega na analizie dietetycznej, wskazaniu popełnianych błędów i nauce ich eliminowania, analizie dotychczasowego sposobu odżywiania, analizie składu ciała, opracowaniu indywidualnych zaleceń żywieniowych, w tym m.in.: zapotrzebowanie na białka, węglowodany, tłuszcze, rozkład czasowy posiłków i wyszczególniona ich kaloryczność, a także opracowanie planu interwencji dietetycznej; *druga*, polega na analizie implementacji zaleconej korekty zachowań żywieniowych, w tym barier implementacji; *trzecia*, polega na ocenie skuteczności zastosowanych interwencji.

Organizacja udzielania świadczeń finansowanych w programie zarządzania chorobą

Świadczenia w programie zarządzania chorobą finansowane są poprzez:

- 1) - osobomiesięc - kwotę za objęcie opieką jednego świadczeniobiorcy programem zarządzania chorobą, wypłacaną w okresach miesięcznych;
- cenę jednostkową - kwotę za świadczenia udzielone zgodnie z katalogiem określonym w załączniku nr 2b do zarządzenia.

W ramach programu zarządzania chorobą finansowany jest poniższy schemat postępowania:

- porada kompleksowa wraz z niezbędnymi badaniami – 1 raz w ciągu 12 m-cy;
- porada kontrolna - zgodnie z IPOM wraz z niezbędnymi badaniami – 1 - 3 razy w ciągu 12 m-cy;
- konsultacje specjalistyczne - zlecane indywidualnie w zależności od potrzeb;
- konsultacje fizjoterapeuty – zlecane indywidualnie w zależności od potrzeb w chorobach zwyrodnieniowych stawów obwodowych i zespołach bólowych kręgosłupa (nie częściej niż 2 razy w ciągu 12 m-cy);
- porada edukacyjna - realizowana po opracowaniu IPOM i każdej jego zmianie;
- porada dietetyczna – cykl 3 porad w zależności od potrzeb (1 cykl na 12 m-cy);

- fizjoterapia - zlecana indywidualnie w zależności od potrzeb w chorobach zwyrodnieniowych stawów obwodowych i zespołach bólowych kręgosłupa trwająca łącznie nie dłużej niż 6 m-cy w ciągu 12 m-cy.

Porady w programie zarządzania chorobą udzielane poza przedstawionym powyżej schematem finansowane są w ramach stawki osobomiesiaca za objęcie pacjenta programem zarządzania chorobą i należy je sprawozdawać jako produkty statystyczne określone w katalogu świadczeń

Badania diagnostyczne zlecane w programie zarządzania chorobą z zakresu świadczeń gwarantowanych, finansowane są w ramach stawki kapitałowej.

Kryteria wyłączenia z programu zarządzania chorobą

Pacjent może zostać wyłączony z programu zarządzania chorobą w przypadku gdy:

- stan zaawansowania choroby pacjenta nie pozwala na kontynuację leczenia w POZ;
- pacjent nie zgodził się na objęcie opieką przez lekarza POZ programem zarządzania chorobą;
- pacjent zrezygnował z leczenia w programie zarządzania chorobą składając pisemną deklarację rezygnacji z programu;
- pacjent nie realizuje zaleceń wynikających z IPOM.

Zakres gromadzonych i przekazywanych danych do Funduszu:

Część A. - Dane ogólne o pacjencie:

- PESEL lub inny identyfikator pacjenta
- płeć
- wiek
- imię i nazwisko
- wsparcie społeczne (w związku lub prowadzi gospodarstwo domowe z inną osobą; stan wolny lub prowadzi gospodarstwo domowe samodzielnie)
- numer telefonu
- adres e-mail
- adres zamieszkania
- wykształcenie (podstawowe; średnie; wyższe)
- zawód wykonywany

Część B - Kwalifikacja do programu zarządzania chorobą

- podstawa kwalifikacji do programu zarządzania chorobą (bilans zdrowia; na podstawie dotychczasowego leczenia, na podstawie bieżącego wywiadu i /lub diagnostyki)
- rozpoznanie/ diagnozowanie w kierunku choroby przewlekłej objętej programem zarządzania chorobą
 - zgłaszane dolegliwości
 - stan zaawansowania choroby / powikłania
 - przyjmowane leki
 - stan pacjenta w przypadku rozpoznania choroby (stabilny; wymagający stabilizacji)
- - czy pacjent leczył się / leczy w AOS w związku z daną chorobą (tak – od kiedy?; nie)
- inne zdiagnozowane choroby przewlekłe spoza zakresu programu zarządzania chorobą (tak – podać ICD10; nie)
 - zgłaszane dolegliwości
 - przyjmowane leki na stałe
 - informacja o szczepieniach
- deklaracja przystąpienia do programu zarządzania chorobą (tak – dalsze postępowanie diagnostyczno -terapeutyczne; nie – pacjent nie zakwalifikowany do programu zarządzania chorobą)
- zalecenia dotyczące dalszego postępowania diagnostyczno-terapeutycznego
 - planowane konsultacje specjalistyczne (tak – data planowanej konsultacji; nie)
 - planowana diagnostyka (tak – lista badań; nie)

Część C – Program zarządzania chorobą:

- porada kompleksowa
 - data porady kompleksowej
 - wyniki zleconych badań (prawidłowy; nieprawidłowy; pacjent nie wykonał badania)
 - wyniki konsultacji (data konsultacji; lekarz konsultujący; zalecenia konsultanta)
 - planowane leczenie (premedykacja, fizjoterapia; zalecenia dot. zmiany zachowań behawioralnym, itp.)
 - planowana diagnostyka kontrolna (lista badań)
 - planowane konsultacje kontrolne (lista specjalności, planowana data konsultacji)
 - planowane porady edukacyjne (zakres tematyczny edukacji, data planowanej porady)
 - planowane porady dietetyczne (data planowanej porady)

- planowana fizjoterapia (tak - zakres fizjoterapii; nie)
- porada kontrolna (data planowanej porady)
- status pacjenta w chorobie (stabilny; wymagający stabilizacji)
- czy wystawiono pacjentowi IPOM (tak; nie)
- porada kontrolna
 - data porady kontrolnej
 - wyniki zleconych badań (lista badań ; wynik: prawidłowy / nieprawidłowy)
 - wyniki zleconych konsultacji specjalistycznych (data konsultacji; lekarz konsultujący; zalecenia konsultanta)
 - zgłaszane dolegliwości (krótki opis)
 - tolerancja leczenia (doba; zła)
 - status pacjenta w chorobie (stabilny; wymagający stabilizacji)
 - planowane leczenie (kontynuacja dotychczasowego leczenia/ modyfikacja – krótki opis)
 - modyfikacja IPOM (tak; nie)
 - planowana diagnostyka kontrolna (lista badań)
 - planowane konsultacje kontrolne (lista specjalności, planowana data konsultacji)
 - planowane porady edukacyjne (zakres tematyczny edukacji, data planowanej porady)
 - planowane porady dietetyczne (data planowanej porady)
 - porada kontrolna (data planowanej porady)

Część D. – Zakończenie leczenia w programie zarządzania chorobą

- przyczyna zakończenia leczenia w programie zarządzania chorobą (stan zaawansowania choroby nie pozwala na kontynuację leczenia w POZ; pacjent nie zgodził się na objęcie opieką przez lekarza POZ programem zarządzania chorobą; pacjent zrezygnował z leczenia w programie zarządzania chorobą składając deklarację rezygnacji; pacjent nie realizuje zaleceń wynikających z IPOM)