

Zarządzanie chorobą

Wykaz grup dziedzicznych, chorób przewlekłych, ICD-10

Diabetologia:

- Cukrzyca t. II (E10, E11, E13, E14)

Kardiologia:

- Nadciśnienie tętnicze samoistne (I10, I11, I12, I13)
- Przewlekła choroba wieńcowa (I20, I24, I25)
- Przewlekła niewydolność serca (I50)
- Utrwalone migotanie przedsionków (I47, I48)

Pulmonologia:

- Astma oskrzelowa (J45, J46)
- POCHP (J41, J42, J43, J44)

Endokrynologia:

- Niedoczynność tarczycy (E01, E02, E03)
- Wole mięsiste i guzowate tarczycy (E04, E05)

Reumatologia i neurologia:

- Choroba zwyrodnieniowa stawów obwodowych (M15, M16, M17, M18, M19, M20, M21)
- Zespoły bólowe kręgosłupa (M43, M45, M46, M47, M48, M50, M51, M53, M5)

Przeprowadzenie porady traktujemy, jako pewien proces, który ma swoje rozpoczęcie (otwarcie) i zakończenie (zamknięcie), w niektórych przypadkach rozpoczęcie i zakończenie porady może odbyć się podczas 1 kontaktu pacjent – lekarz). W Zarządzaniu chorobą w pilotażu POZ PLUS rozróżniamy 4 typy porad:

1. **Porada wstępna** (zgoda na udział w programie POZ PLUS obowiązkowa – Zał. nr 9 do Zarządzenia)

Pacjent na poradę wstępną może trafić z wyniku 2 zdarzeń:

- Bieżący kontakt z lekarzem – wizyta kontrolna przy okazji innego schorzenia, wizyta nagła (np. przeziębienie), wizyta recepturowa, itp.
- Po bilansie podstawowym lub pogłębionym – jeśli zakres badań bilansowych nie wystarczył na potwierdzenie podejrzenia choroby przewlekłej.

Porada wstępna powinna odbyć się przy minimum 2 kontaktach pacjenta z lekarzem. Przy pierwszym kontakcie (sprawozdawany, jako statystyczny) lekarz powinien zlecić badanie/a z zakresu opisanego w załączniku 2b do ZP NFZ z dnia 16 marca br. wymienione, jako „świadczenia realizowane na etapie diagnozowania choroby(-ób)” i/lub z zakresu badań podstawowego POZ. Przy drugim kontakcie, lekarz na podstawie wyników musi potwierdzić/wykluczyć stawiane podejrzenie choroby(-ób) i zamknąć poradę celem rozliczenia.

W sytuacji potwierdzenia rozpoznania lekarz w trakcie tej samej wizyty powinien zaproponować pacjentowi przystąpienie do programu Zarządzania chorobą i w przypadku zgody rozpocząć poradę kompleksową. W przypadku, gdy stopień zaawansowania choroby uniemożliwia lekarzowi POZ kontynuację leczenia, pacjent może zostać skierowany do odpowiedniego lekarza ambulatoryjnej opieki specjalistycznej lub do szpitala.

2. **Porada kompleksowa** (wymaga zgody na udział w programie POZ PLUS i zgody na Zarządzanie chorobą – Zał. nr 9 i Zał. nr 10 do Zarządzenia)

Pacjent na poradę kompleksową może trafić w wyniku trzech zdarzeń:

- Po bilansie, (gdy z oceny bilansu jednoznacznie wynika, że pacjent jest chory przewlekłe)
- Po poradzie wstępnej (gdzie potwierdziło się podejrzenie choroby(-ób))
- Z istniejącą dokumentacją medyczną (pacjent chory przewlekłe)

Porada kompleksowa może odbyć się podczas jednego kontaktu pacjenta z lekarzem w przypadku, gdy z istniejącej dokumentacji medycznej (po bilansowej, historycznej w placówce lub własnej pacjenta) lekarz będzie w stanie wystawić IPOM (indywidualny plan opieki medycznej). Jeśli przy rozpoczęciu porady lekarz potrzebuje więcej informacji dotyczących stanu zdrowia pacjenta powinien zlecić dodatkowe badania i/lub konsultacje specjalistyczne wymienione w załączniku 2b do ZP NFZ z dnia 16 marca br. („świadczenia realizowane po złożeniu deklaracji przystąpienia do programu Zarządzania chorobą”). Po otrzymaniu i ocenie wyników następuje drugi kontakt z pacjentem, na którym ustalany i przekazywany jest IPOM. Ponieważ IPOM jest również swojego rodzaju zobowiązaniem pacjenta do stosowania się do zawartych w nim zaleceń, IPOM powinien być obustronnie podpisany przez lekarza prowadzącego i pacjenta.

Podczas wizyty kompleksowej (między kontaktami z pacjentem) lekarz ma możliwość konsultacji z innymi specjalistami opieki ambulatoryjnej, czy fizjoterapeutami, osobiście lub z wykorzystaniem telemedycyny (konsultacje telefoniczne, czy przy użyciu poczty elektronicznej), przy zachowaniu wszelkich zasad związanych z ochroną danych osobowych pacjentów. Jeśli zachodzi taka konieczność konsultacja może odbyć się również na poziomie pacjent – lekarz specjalista. Wykorzystanie ww. form komunikacji powinno zostać należycie udokumentowane w karcie pacjenta.

Po zakończeniu (zamknięciu) porady kompleksowej, gdzie pacjentowi został przekazany IPOM od następnego miesiąca naliczana jest stawka kapitacyjna w Zarządzaniu chorobą.

W przypadku choroby(-ób) przewlekłej(-ych) 1 grupie dziedzinowej u tego samego pacjenta można przeprowadzić 1 poradę kompleksową w ciągu 12 miesięcy, jeśli choroby odpowiadają 2 grupom dziedzinowym to 2 porady, w sytuacji 3 i więcej grup, 3 porady w ciągu 12 miesięcy.

W przypadku wielochorobowości stan pacjenta na poradach kompleksowych lekarz ocenia pod kątem wszystkich chorób przewlekłych niezależnie, do których grup dziedzinowych należą.

3. **Porada kontrolna**

Głównym celem porady kontrolnej jest weryfikacja realizacji IPOM przez pacjenta, tj. założonego celu terapeutycznego lub zaleceń (na podstawie wykonania zleconych badań diagnostycznych i/lub konsultacji specjalistycznych). Przewiduje się od 1 do 3 tego typu porad w ciągu roku, niezależnie od liczby chorób przewlekłych.

4. **Porada edukacyjna**

Celem porady edukacyjnej 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. Poradę przeprowadzić może pielęgniarka zespołu POZ PLUS, edukator zdrowotny lub lekarz. Porada powinna być przeprowadzana po opracowaniu IPOM i przy każdej jego zmianie.

Ponadto w ramach edukacji wyróżnia się jeszcze cykl porad dietetycznych realizowanych przez dietetyka:

- Pierwsza porada, polega na analizie dietetycznej, wskazaniu popełnianych błędów i nauce ich eliminowania, analizie dotychczasowego sposobu odżywiania, analizie składu ciała, opracowaniu indywidualnych zaleceń żywieniowych,
- Druga porada, polega na analizie implementacji zaleczonej korekty zachowań żywieniowych, w tym barier implementacji,
- Trzecia porada, polega na ocenie skuteczności zastosowanych interwencji.

Przewiduje się jeden cykl na 12 miesięcy (NFZ rozważa możliwość rozliczenia niepełnego cyklu w przypadku zdarzeń losowych, np. zgon pacjenta).

Fizjoterapia

W ramach Zarządzania chorobą – przy chorobach zwyrodnieniowych stawów obwodowych i zespołach bólowych kręgosłupa, lekarz może konsultować stan pacjenta z fizjoterapeutą oraz zalecić fizjoterapię indywidualnie w zależności od potrzeb, trwającą łącznie nie dłużej niż 6 m-cy w ciągu 12 m-cy.

Pozostałe porady w programie Zarządzania chorobą udzielane poza przedstawionym powyżej finansowane są w ramach stawki osobomiesiąca 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 i należy je sprawozdawać, jako produkty statystyczne, jeśli były wykonane w związku z udziałem pacjenta w programie zarządzania chorobą.

Zakończenie udziału w programie Zarządzania chorobą

W trakcie leczenia lekarz lub pacjent może zakończyć udział w programie, w następujących przypadkach:

- Stan zaawansowania choroby pacjenta nie pozwala na kontynuację leczenia w POZ (wystawiono skierowanie do specjalisty),
- Pacjent zrezygnował z leczenia w programie zarządzania chorobą składając pisemną deklarację rezygnacji z programu,
- Pacjent nie realizuje zaleceń wynikających z IPOM,
- Zgon pacjenta,
- Zmiana świadczeniodawcy POZ