***PROGRAM ZARZĄDZANIA CHOROBĄ W PILOTAŻU POZ PLUS***



*Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego* *Funduszu Społecznego*

***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 wchodzą, 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 zarzadzania 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:*
   1. *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),
   2. *przewlekła choroba wieńcowa* (I20 – dusznica bolesna, I24 – inne ostre postacie choroby niedokrwiennej serca, I25 – przewlekła choroba niedokrwienna serca)
   3. *przewlekła niewydolność serca* (I50 – niewydolność serca),
   4. *utrwalone migotanie przedsionków* (I47 – częstoskurcz napadowy, I48 – migotanie i trzepotanie przedsionków);
3. *pulmunologia:*
   1. *astma oskrzelowa* (J45 – dychawica oskrzelowa, J46 – stan astmatyczny),
   2. *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:*
   1. *niedoczynność tarczycy* (E01 - niedoczynność tarczycy z powodu niedoboru jodu, E02 – subkliniczna postać niedoczynności tarczycy z powodu niedoboru jodu, E03 – inne postacie niedoczynności tarczycy),
   2. *wole miąższowe i guzowate tarczycy* (E04 – wole nietoksyczne, E05 – nadczynność tarczycy);
5. *reumatologia i neurologia:*
   1. *choroba zwyrodnieniowa stawów obwodowych* (M15 – zwyrodnienia wielostawowe, M16 – choroba zwyrodnieniowa stawów biodrowych, M17 – choroba zwyrodnieniowa stawów kolanowych, M18 – choroby zwyrodnieniowe pierwszego stawu nadgarstkowo - śródręcznego, M19 – inne choroby zwyrodnieniowe, M20 – nabyte zniekształcenia palców rąk i stóp, M21 – inne nabyte zniekształcenia kończyn),
   2. *zespoły bólowe kręgosłupa* (M43 – inne zniekształcające choroby grzbietu, M45 – zesztywniające zapalenie stawów kręgosłupa, M46 – inne zapalne choroby kręgosłupa, M47 – zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa, M48 – inne choroby kręgosłupa, M50 – choroby kręgów szyjnych, M51 – inne choroby krążka międzykręgowego, M53 – inne choroby grzbiety, 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 kontynuacje 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 zarzadzania 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 zarzadzania 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 dyspanseryjnej (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. - osobomiesiąc - 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 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 kapitacyjnej.

***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 domowez 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 zarzadzania 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 chorbą

- 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 leczenie w programie zarządzania chorobą (stan zaawansowania choroby nie pozwala na kontynuacje 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 deklaracje rezygnacji; pacjent nie realizauje zaleceń wynikających z IPOM)