

# **Konceptcja Koordynowanej Ambulatoryjnej Opieki Zdrowotnej**

---

---

---

**Andrzej Zapaśnik**

**Jarosław Skłucki**

**Jan Tumasz**

**Piotr Szyrkiewicz**

**Tadeusz Jędrzejczyk**

**Piotr Popowski**



**POLSKIE TOWARZYSTWO  
PROGRAMÓW ZDROWOTNYCH**

**Recenzenci:** dr Artur Pruszko  
dr Lubomira Wengler

**Redakcja:** Andrzej Zapaśnik, Małgorzata Wojnarowska

© Copyright by Polskie Towarzystwo Programów Zdrowotnych

ISBN: 978-83-933651 1-0-4

**Wydawca:**  
Polskie Towarzystwo Programów Zdrowotnych  
Al. Zwycięstwa 42a, 80-210 Gdańsk  
Tel.: +48 587358303, fax +48 583491548

**Gdańsk, 2016**

## Spis treści

Spis treści .....	3
<b>WSTĘP</b> .....	5
<b>I. WPROWADZENIE DO ZAGADNIEŃ OPIEKI KOORDYNOWANEJ</b> .....	7
<b>II. AUTORSKA KONCEPCJA KOORDYNOWANEJ AMBULATORYJNEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ (KAOZ)</b> .....	9
II.1. Uwarunkowania wdrożenia koncepcji .....	9
II.2. Kierunki działań .....	9
II.3. Cele i organizacja KAOZ .....	10
II.3.1. Ustanowienie POZ koordynatorem opieki i przewodnikiem pacjenta. ....	11
II.3.2. Utworzenie interdyscyplinarnego zespołu integrującego działania lekarzy POZ i AOS .....	12
II.3.3. Zintegrowanie rehabilitacji ambulatoryjnej z AOS i POZ .....	13
II.3.4. Uruchomienie koordynowanych programów profilaktycznych i edukacyjnych. ....	13
II.3.5. Przekazanie części zadań pielęgniarkom POZ i edukatorom zdrowotnym .....	13
II.3.6. Przekazanie części zadań koordynatorom opieki medycznej .....	14
<b>III. KONTRAKTOWANIE I MODEL FINANSOWANIA</b> .....	15
III.1. Spodziewane efekty .....	16
III.1.1. Lepsze zaspokojenie potrzeb zdrowotnych pacjenta w procesie leczenia .....	16
III.1.2. Poprawa sposobu funkcjonowania systemu ochrony zdrowia .....	17
III.2. Wyłączenia z KAOZ .....	19
<b>IV. PLAN WDROŻENIA</b> .....	20
IV.1. Podstawy prawne .....	20
IV.2. Zakres I etapu .....	20
IV.3. Określenie zakresu świadczeń objętych KAOZ oraz niezbędnego budżetu .....	21
IV.4. Przygotowanie szczegółowych warunków umowy kontraktowej przez NFZ .....	22
IV.5. Monitorowanie KAOZ .....	23
<b>V. NADZÓR NAD REALIZACJĄ PROJEKTU</b> .....	26
V.1. Nadzór wewnętrzny nad zgodnością realizacji świadczeń z zapisami umowy .....	26
V.2. Nadzór zewnętrzny nad zgodnością realizacji świadczeń z zapisami umowy .....	26
<b>VI. MOŻLIWE KIERUNKI ROZWOJU OPIEKI KOORDYNOWANEJ W DALSZEJ PRZYSZŁOŚCI</b> .....	27
VI.1. Długoterminowa opieka domowa .....	27

VI.2. Leki refundowane.....	27
VI.3. Leczenie sanatoryjne.....	28
VI.4. Leczenie szpitalne .....	28
<b>ZAŁĄCZNIKI DO PROJEKTU .....</b>	<b>29</b>
Załącznik 1. Kalkulacja stawki kapitałowej KAOZ.....	30
Załącznik 2. Przykłady świadczeń możliwych do rozliczania w ramach funduszu zadaniowego.....	32
Załącznik 3. Wykaz częstszych chorób przewlekłych w POZ, dla których w ramach projektu opracowywane są standardy medyczne i organizacyjne KAOZ na podstawie wytycznych EBM.....	34
Załącznik nr 4. Analiza SWOT realizacji projektu KAOZ .....	35
<b>STANDARDY MEDYCZNE I ORGANIZACYJNE KOORDYNOWANEJ AMBULATORYJNEJ OPIEKI W NADCIŚNIENIU TĘTNICZYM.....</b>	<b>38</b>
<b>STANDARDY MEDYCZNE I ORGANIZACYJNE KOORDYNOWANEJ AMBULATORYJNEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ W CUKRZYCY T. 2 .....</b>	<b>46</b>
<b>BIBLIOGRAFIA .....</b>	<b>52</b>

## WSTĘP

Rozwój systemów ochrony zdrowia w Polsce i na świecie następuje w dwóch zasadniczych kierunkach. Dynamiczny przyrost wiedzy medycznej oraz postęp technologiczny skutkuje rosnącą specjalizacją zarówno w obrębie zawodów medycznych jak i sposobów organizacji udzielania świadczeń zdrowotnych. Pozwala to na wykonywanie usług medycznych opartych na najnowszych dostępnych technologiach diagnostycznych i terapeutycznych, ale także wymaga kosztochłonnego utrzymania złożonych struktur organizacyjnych i wielodyscyplinarnych zasobów kadrowych. Efektem ubocznym procesu specjalizacji w ramach systemu ochrony zdrowia stało się osłabienie więzi organizacyjnych pomiędzy poszczególnymi świadczeniodawcami. Zjawisko to jest wykorzystywane przez część pacjentów, którzy pomijają poziom podstawowej opieki zdrowotnej i kierują się bezpośrednio do specjalistów, zarówno w lecznictwie ambulatoryjnym jak i szpitalnym. Prowadzi to do nadmiernej konsumpcji drogich świadczeń specjalistycznych, powodując szybko postępujący wzrost kosztów funkcjonowania całego systemu ochrony zdrowia<sup>1</sup>, nie przekładając się jednakże na adekwatne wyniki w zakresie długości i jakości życia. Nadmierna specjalizacja prowadzi również do wzrostu nierówności w dostępie do świadczeń, ponieważ świadczenia specjalistyczne, jednostkowo drogie i limitowane, są adresowane do stosunkowo nielicznej grupy pacjentów. I częściej korzystają z nich mieszkańcy dużych miast, z zamożniejszych grup społecznych.

Równoległe do postępującej specjalizacji kraje wysoko rozwinięte zapewniają obywatelom swobodny dostęp do podstawowej opieki zdrowotnej (POZ). Silna podstawowa opieka zdrowotna, ze względu na powszechną dostępność, ma istotny pozytywny wpływ na stan zdrowia publicznego [16,15]. Kraje, w tym kraje wysoko rozwinięte, które w sposób konsekwentny rozwinęły podstawową opiekę zdrowotną, osiągnęły znaczącą poprawę stanu zdrowia swoich mieszkańców [8]. W Polsce istnieje obecnie pilna potrzeba zwiększenia zakresu kompetencji POZ i przekazania na poziom podstawowy części świadczeń wykonywanych dotychczas wyłącznie w poradniach specjalistycznych, a co za tym idzie zwiększenia jej złożoności organizacyjnej. W celu ograniczenia niekorzystnych efektów postępującej specjalizacji potrzebne jest wzmocnienie roli lekarza POZ jako skutecznego „strażnika systemu”, który kieruje na wyższy poziom opieki pacjentów rzeczywiście tego wymagających [17].

---

<sup>1</sup> w obecnej sytuacji wzrost kosztów nie jest skutecznie kontrolowany przez płatnika publicznego

W polskim systemie ochrony zdrowia funkcjonuje mieszany system finansowania: kapitałowy w podstawowej opiece zdrowotnej oraz za usługę w przypadku wszystkich pozostałych rodzajów świadczeń. W wielu krajach, w których wprowadzono wcześniej niż w Polsce rozliczanie świadczeń w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej (AOS) za usługę w oparciu o tzw. "produkty jednostkowe" (m.in. Dania, Norwegia i Szwecja), system ten jest mocno krytykowany, jako nieefektywny ekonomicznie i nieprzyjazny dla pacjenta. Przeciwnicy zwracają uwagę na fakt, że ważniejsze stają się rozliczane „produkty” niż potrzeby zdrowotne pacjenta [7].

Aktualnie w Polsce zostały zapoczątkowane zmiany, których celem jest stworzenie przez płatnika publicznego systemu finansowania świadczeń zdrowotnych realizowanych w ramach opieki kompleksowej. Próbami tego typu działań, o nieznanym obecnie rezultacie, mogą być: kompleksowa opieka nad kobietą i dzieckiem, łączenie świadczeń kardiologii inwazyjnej i ortopedii z rehabilitacją, czy zapowiadane projekty reformy opieki psychiatrycznej. Powyższe zmiany w sposobie finansowania mają jednak ograniczony zasięg i koncentrują się na poszczególnych problemach zdrowotnych ograniczonych grup pacjentów. Nie rozwiązują zasadniczych problemów stojących przed ochroną zdrowia w Polsce, jakimi są m.in.:

- ograniczenie negatywnych skutków chorób cywilizacyjnych,
- zapewnienie ciągłej opieki profilaktycznej dla całej populacji lokalnych,
- przenoszenie kompetencji diagnostyczno–terapeutycznych i rehabilitacyjnych na najniższy efektywny poziom opieki,
- kontrola i optymalizacja kosztów.

Tym wyzwaniom może sprostać jedynie daleko idąca zmiana procesu udzielania świadczeń w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej. Autorzy niniejszego opracowania przedstawiają propozycję założeń, które, ich zdaniem, winny zostać dopracowane w wyniku publicznej, otwartej dyskusji, a następnie przetestowane w pilotażach. Uważamy, że każda istotna zmiana systemu zdrowia wymaga dobrego przygotowania koncepcyjnego i przed wdrożeniem w skali ogólnopolskiej musi zostać poddana próbom (pilotażom) w wybranych, w oparciu o właściwe kryteria, ośrodkach.

## I. WPROWADZENIE DO ZAGADNIENÍ OPIEKI KOORDYNOWANEJ

Pojęcie opieki koordynowanej narodziło się w Stanach Zjednoczonych, gdzie w wyniku licznych oddolnych inicjatyw pojawiły się różne jej formy, a w wielu miejscach odnotowano jej dynamiczny rozwój [9]. W czasie relatywnie krótkiej historii, opieka koordynowana doczekała się kilkudziesięciu prób definicji i jest obecnie bardzo różnie rozumiana, a określenie to jest często zamiennie stosowane z pojęciem "opieka zintegrowana". Na potrzeby niniejszego opracowania koordynowana opieka zdrowotna rozumiana jest jako celowe organizowanie opieki nad pacjentem przy współudziale dwóch lub większej liczby podmiotów (w tym pacjenta) zajmujących się pacjentem w celu ułatwienia odpowiedniego świadczenia usług zdrowotnych. Organizowanie opieki obejmuje zarządzanie personelem oraz innymi zasobami niezbędnymi do przeprowadzenia niezbędnych czynności w zakresie opieki nad pacjentem, a często jest realizowane poprzez wymianę informacji między uczestnikami odpowiedzialnymi za różne aspekty współpracy. [10] Celem koordynowanej opieki jest osiągnięcie wysokiego poziomu ochrony zdrowia przy ograniczeniu zbędnych kosztów opieki zdrowotnej. [10]

K.M. McDonald, V. Sundaram, D.M. Bravata podają 5 podstawowych elementów, niezbędnych do zaliczenia danego sposobu organizacji świadczeń do opieki koordynowanej [10]:

1. obejmuje grupę kilku podmiotów udzielających świadczeń (niekoniecznie niezależnych);
2. istnieje współzależność funkcjonalna pomiędzy poszczególnymi podmiotami;
3. poszczególni świadczeniodawcy muszą być świadomi swojej roli oraz roli innych podmiotów;
4. uczestnicy opieki koordynowanej posiadają możliwość ciągłej wymiany informacji;
5. celem integracji działań uczestników opieki koordynowanej jest ułatwienie dostarczania właściwego poziomu opieki.

Powyższe cechy wyróżniające definiują nowy model opieki zdrowotnej: **skoncentrowanej na pacjentach, zachowującej ciągłość opieki, zorientowanej na rezultaty i realizowanej przez przygotowane do tego podmioty lecznicze**. Specyfiką tego modelu jest aktywne dostosowywanie sposobu udzielania świadczeń do zmiennych preferencji pacjentów, wspieranie innowacyjności w sferze organizacyjnej i technologicznej oraz przenoszenie kompetencji na najniższy efektywny jej poziom: podstawową opiekę zdrowotną oraz samych

pacjentów.

Koncepcja opieki koordynowanej opiera się na kompleksowym zarządzaniu dostępem do świadczeń, kompleksowym zarządzaniu jakością udzielanych świadczeń oraz na generowaniu pozytywnych bodźców wobec wszystkich uczestników systemu. To właśnie kompleksowość jest zasadniczym wyróżnikiem opieki koordynowanej, który jednocześnie stanowi poważne wyzwanie dla menadżerów w podmiotach leczniczych.

Wprowadzenie koordynowanej opieki zdrowotnej do polskiego systemu ochrony zdrowia byłoby fundamentalnym krokiem w kierunku zmiany polityki zdrowotnej państwa, między innymi ze względu na przekazanie świadczeniodawcom części dotychczasowych kompetencji płatnika w zakresie organizacji opieki i alokacji zasobów finansowych, a w konsekwencji istotnej części odpowiedzialności za zdrowie obywateli.<sup>2</sup> [6]

Wdrożenie koncepcji opieki koordynowanej pociąga za sobą konieczność [4, 5]:

- zmiany w sposobie organizacji podmiotów medycznych,
- zmiany w sposobie finansowania świadczeń zdrowotnych,
- motywowania pacjenta do większego zaangażowania i aktywnego udziału na wszystkich etapach opieki medycznej,
- uruchomienia mechanizmów oceny jakości, i in.

---

<sup>2</sup> ciekawe studium historyczne opieki koordynowanej na przykładzie regionu łódzkiego i miasta Łodzi przedstawili J. Michalak i A. Rybarczyk-Szwajkowska [11]



## **II. AUTORSKA KONCEPCJA KOORDYNOWANEJ AMBULATORYJNEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ (KAOZ)**

### **II.1. Uwarunkowania wdrożenia koncepcji**

Skuteczne wdrażanie zmian systemowych, szczególnie w tak złożonych systemach jak ochrona zdrowia, wymaga pogłębionej, opartej na wiedzy i doświadczeniu, analizy uwarunkowań oraz określenia jak na wprowadzane zmiany zareagują poszczególni uczestnicy systemu.

Autorzy opracowania dokonali szerokiego przeglądu czynników, które mogą przyczynić się do sukcesu projektu. Uwarunkowania te można skategoryzować w następujących grupach [12, 5]:

- infrastruktura i organizacja opieki zdrowotnej,
- kompetencje profesjonalistów,
- oczekiwania pacjentów z uwzględnieniem ich statusu ekonomicznego, wykształcenia, wieku, stanu cywilnego i stanu zdrowia,
- kultura współpracy pomiędzy poszczególnymi poziomami opieki zdrowotnej oraz samymi profesjonalistami,
- dostępne narzędzia do wymiany informacji,
- uwarunkowania prawne i finansowe.

Przedstawiona koncepcja KAOZ została opracowana w oparciu o funkcjonujące już w Polsce elementy systemu ochrony zdrowia oraz z uwzględnieniem szeregu rozwiązań wdrożonych w innych krajach m.in. Stany Zjednoczone, Hiszpania, Szkocja. Autorzy rekomendują jednak przeprowadzenie dodatkowego studium wykonalności przed samym wdrożeniem, które przedstawione rozwiązania skonfrontuje ponownie z założonymi celami oraz środkami przyjętymi do ich osiągnięcia.

### **II.2. Kierunki działań**

Autorzy opracowania podzielają przekonanie, że najskuteczniejszym sposobem ograniczenia kolejek do specjalistów jest pełne wykorzystanie potencjału lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej (POZ), tak żeby stali się oni faktycznymi „przewodnikami” pacjenta po systemie oraz „strażnikami” kosztów. Realizacja tego postulatu będzie możliwa w

przypadku wdrożenia koordynowanej ambulatoryjnej opieki zdrowotnej. W związku z tym autorzy postulują umożliwienie realizacji KAOZ, opierającej się przede wszystkim na wdrożeniu:

- standardów medycznych KAOZ – opracowanych dla poszczególnych jednostek chorobowych w oparciu o wytyczne EBM (ang. evidence based medicine) polskich i europejskich towarzystw naukowych,
- standardów organizacyjnych KAOZ – opisujących i rozgraniczających kompetencje POZ i AOS oraz zasady współpracy między nimi.

Proponowane przez autorów rozwiązania skupiają się w pierwszym rzędzie na realizacji rzeczywistych potrzeb zdrowotnych pacjentów, przy zachowaniu dla nich formuły otwartej. Formuła taka zakłada brak ograniczeń w zakresie prawa pacjenta do wyboru miejsca leczenia, a dodatkowo zapewnia mu prawo do wyboru sposobu organizacji procesu leczenia. Leczenie w formule KAOZ mogłoby być oferowane równoległe do obecnego lub zmodyfikowanego zgodnie z propozycjami MZ sposobu leczenia ambulatoryjnego. Omówiona w opracowaniu koncepcja poza korzyściami w zakresie organizacji świadczeń, pozwoli także na racjonalizację kosztów świadczeń zdrowotnych, a dodatkowo może doprowadzić do wdrożenia na polskim rynku usług medycznych nowych zasad konkurencji ukierunkowanych na wzrost tworzonej wartości (konkurowanie przez współpracę). [18]

Koordynowana opieka zdrowotna realizowana w oparciu o lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej jest z sukcesem rozwijana w Wielkiej Brytanii (tzw. PTCs – Primary Care Trusts), a w zbliżonych modelach funkcjonuje w Niemczech i niektórych innych krajach europejskich [3]. Również w Polsce wielu ekspertów ochrony zdrowia postuluje wprowadzenie opieki koordynowanej.

### **II.3. Cele i organizacja KAOZ**

Głównym celem KAOZ jest uzyskanie znaczącej poprawy w realizacji potrzeb zdrowotnych pacjentów w zakresie ambulatoryjnej opieki zdrowotnej poprzez stworzenie modelu zintegrowanej, poszerzonej podstawowej opieki zdrowotnej, obejmującej swoim zakresem działania dotychczasowego POZ oraz część działań AOS (z wyłączeniem poradni AOS dostępnych bez skierowania).

Organizacja KAOZ powinna opierać się na czterech zasadach:

1. Standaryzacja – postępowanie w najczęściej występujących chorobach przewlekłych

w oparciu o opracowane standardy medyczne i organizacyjne, z rozpisaniem zadań POZ i AOS;

2. Informatyzacja – stworzenie systemu wspierającego przepływ informacji pomiędzy świadczeniodawcami realizującymi KAOZ oraz umożliwiającego gromadzenie danych dotyczących pacjentów i realizowanych na ich rzecz świadczeń;
3. Edukacja – realizacja programów edukacyjnych dla personelu medycznego i pacjentów w zakresie postępowania w określonych stanach chorobowych oraz profilaktyki i promocji zdrowia w systemie KAOZ;
4. Monitorowanie – procesu leczenia, wyników leczenia oraz satysfakcji pacjentów.

Przedstawiona w niniejszym opracowaniu koncepcja zakłada, że realizacja celu głównego KAOZ będzie możliwa dzięki podjęciu działań zmierzających do:

1. ustanowienia POZ koordynatorem opieki zdrowotnej;
2. utworzenia interdyscyplinarnego zespołu integrującego działania lekarzy POZ i AOS;
3. zintegrowania rehabilitacji ambulatoryjnej z AOS i POZ;
4. uruchomienia koordynowanych programów profilaktycznych i edukacyjnych;
5. przekazania części zadań pielęgniarkom POZ i edukatorom zdrowotnym;
6. przekazania części zadań koordynatorom opieki medycznej.

### **II.3.1. Ustanowienie POZ koordynatorem opieki i przewodnikiem pacjenta.**

Warunkiem realizacji tego celu jest poszerzenie kompetencji lekarza POZ w zakresie:

- a) wstępnej diagnostyki chorób przewlekłych – przed konsultacją w AOS – w oparciu o poszerzony zakres badań dodatkowych;
- b) leczenia chorób przewlekłych w szerszym niż obecnie zakresie, w oparciu o standardy medyczne (z równoczesnym określeniem wskazań do konsultacji w AOS), takich jak m.in.:
  - nadciśnienie tętnicze pierwotne, bez istotnych klinicznie powikłań narządowych,
  - cukrzyca t. II bez istotnych klinicznie powikłań narządowych, na lekach doustnych i w skojarzeniu z insulinoterapią,
  - inne choroby przewlekłe bez objawów zaawansowanej niewydolności narządowej – m.in. stabilna choroba wieńcowa, POCHP i astma oskrzelowa o łagodnym i umiarkowanym nasileniu, niewydolność serca I i II st. wg NYHA, przewlekła choroba nerek w kategorii zaawansowania G1-G3,
  - choroby zakwalifikowane do objawowego leczenia zachowawczego, m.in.: choroba zwyrodnieniowa stawów, zespoły bólowe korzeniowe bez objawów ubytkowych,

- choroby naczyń kończyn dolnych, przerost prostaty, niedoczynność tarczycy i in.;
- c) monitorowania pacjentów leczonych w AOS, w oparciu o wdrożone standardy współpracy POZ z AOS, m.in. w zakresie:
- nadciśnienia tętniczego lekoopornego oraz z powikłaniami narządowymi,
  - cukrzycy t. II z powikłaniami narządowymi oraz z nieskutecznością lub powikłaniami leczenia,
  - chorób potencjalnie kwalifikujących się do leczenia przyczynowego i operacyjnego (choroba zwyrodnieniowa stawów, zespoły bólowe korzeniowe z objawami ubytkowymi, choroby naczyń kończyn dolnych, przerost prostaty i in.),
  - innych chorób z objawami zaawansowanej niewydolności narządowej (m.in. niestabilna choroba wieńcowa, POCHP i astma oskrzelowa o ciężkim i bardzo ciężkim przebiegu, niewydolność serca III i IV st. wg NYHA, przewlekła choroba nerek w kategorii zaawansowania G4-G5).

Fakultatywnie, w zależności od posiadanych kompetencji potwierdzonych odpowiednimi szkoleniami, lekarz POZ mógłby realizować samodzielnie niektóre świadczenia oraz badania diagnostyczne przewidziane dotychczas wyłącznie dla AOS.

Praca lekarza POZ w modelu KAOZ byłaby na tyle wszechstronna, że medycyna rodzinna miałaby szansę ponownie stać się dla młodych lekarzy atrakcyjną specjalizacją.

### **II.3.2. Utworzenie interdyscyplinarnego zespołu integrującego działania lekarzy POZ i AOS**

Celowi temu ma służyć m.in. określenie kompetencji lekarza AOS w zakresie:

- a) konsultacji – pacjent byłby kierowany przez lekarza POZ na konsultację lekarza AOS z kompletem badań określonym w standardach medycznych KAOZ; do lekarza AOS należałoby ustalenie (w miarę możliwości w oparciu o standardy medyczne KAOZ) czy pacjent wymaga stałej opieki specjalistycznej, a lekarz POZ powinien na ten temat otrzymywać każdorazowo informację wraz z uzasadnieniem,
- b) leczenia – powinno się ono odbywać w ścisłej współpracy z lekarzem POZ, najlepiej w oparciu o pełny dostęp do prowadzonej na różnym poziomie dokumentacji medycznej. Leczenie nie powinno trwać dłużej niż wynika to ze standardów medycznych i organizacyjnych KAOZ.

### **II.3.3. Zintegrowanie rehabilitacji ambulatoryjnej z AOS i POZ**

Czas oczekiwania i zakres rehabilitacji, zwłaszcza w przypadku zabiegów fizjoterapeutycznych w różnego rodzaju zespołach bólowych, ma być bardziej niż obecnie uzależniony od wskazań medycznych, określonych w standardach KAOZ.

### **II.3.4. Uruchomienie koordynowanych programów profilaktycznych i edukacyjnych**

Programy w zakresie profilaktyki pierwotnej chorób przewlekłych powinny obejmować określone grupy pacjentów i być przeprowadzane zgodnie z wytycznymi EBM [np. 1]:

- profilaktyka chorób układu krążenia i cukrzycy,
- cytologia,
- mammografia,
- kolonoskopia (finansowanie z MZ).

W przypadku pacjentów ze stwierdzonym podwyższonym ryzykiem zachorowania będą opracowane dalsze procedury nadzoru nad ich stanem zdrowia.

Programy edukacyjne będą kierowane do wszystkich chorych na przewlekłe choroby cywilizacyjne, takie jak:

- cukrzyca,
- nadciśnienie tętnicze,
- zaburzenia lipidowe,
- otyłość i zespół metaboliczny,
- nikotynizm,
- choroba alkoholowa.

### **II.3.5. Przekazanie części zadań pielęgniarkom POZ i edukatorom zdrowotnym**

Autorzy omawianej koncepcji KAOZ zakładają możliwość zaangażowania personelu nielekarskiego w większym niż obecnie stopniu, w szczególności w zakresie:

- a) edukacji prozdrowotnej i programów profilaktycznych,
- b) wstępnej oceny stanu zdrowia (w przypadku zgłaszanych problemów zdrowotnych), m.in. na drodze porad (w tym telefonicznych i internetowych), prowadzonych według określonego protokołu postępowania, umożliwiającego w szczególności wykrycie sytuacji, w których niezbędna jest wizyta u lekarza (np. infolinia 8.00-18.00),
- c) edukacji i opieki nad pacjentami przewlekle chorymi.

Warto podkreślić, że sprawna komunikacja z pacjentami i ich edukacja jest istotna nie

tylko z punktu widzenia jakości i efektywności profilaktyki, ale także satysfakcji pacjentów z udzielanych świadczeń. Zaangażowanie innych niż lekarzy, profesjonalistów medycznych jest niezbędne ze względu na dużą liczbę pacjentów i zróżnicowanie ich problemów zdrowotnych [5, 2].

### **II.3.6. Przekazanie części zadań koordynatorom opieki medycznej.**

Konieczność koordynacji opieki dotyczy działań na każdym jej poziomie: profilaktyki i edukacji zdrowotnej, postępowania diagnostyczno–terapeutycznego oraz rehabilitacji. Jej celem jest:

- aktywizacja pacjenta i jego rodziny w zakresie współuczestniczenia w działaniach zmierzających do zachowania zdrowia lub ograniczających niekorzystne skutki choroby,
- planowanie działań zgodne z rzeczywistymi potrzebami zdrowotnymi pacjenta,
- optymalizacja wykorzystania zasobów świadczeniodawcy.

Istotą tego działania jest zmiana dotychczasowej rutyny postępowania, w której to pacjent jest odpowiedzialny za umawianie się na kolejne zlecone przez lekarzy wizyty. W KAOZ ta odpowiedzialność ma zostać częściowo przeniesiona na koordynatora opieki medycznej, który w trakcie ustalania terminu kolejnych świadczeń kieruje się indywidualnym dla każdego pacjenta planem opieki. Plan taki powinien zostać opracowany m.in. na podstawie zaleceń wynikających z populacyjnych programów profilaktycznych, przynależności pacjenta do zdefiniowanej grupy ryzyka oraz stwierdzonych chorób przewlekłych. W przypadku rozpoznania choroby przewlekłej plan opieki medycznej (poradnictwa czynnego) opracowuje lekarz POZ, po dokonaniu uprzedniej dyspanseryzacji (wynikającej z rodzaju oraz stopnia zaawansowania choroby). Lekarz przygotowujący plan opieki medycznej powinien uzgodnić go z pacjentem, a następnie sprawować nadzór nad jego realizacją.

Koordynatorem opieki medycznej może być pracownik zespołu medycyny rodzinnej (POZ) lub podmiotu współpracującego np. contact center (pod warunkiem obowiązywania stosownej umowy dotyczącej zachowania poufności w zakresie danych medycznych pacjenta).

### III. KONTRAKTOWANIE I MODEL FINANSOWANIA

Prezentowana koncepcja KAOZ zakłada podpisywanie umów na realizację świadczeń oddzielnie z każdym świadczeniodawcą, który posiada listę deklaracji do POZ i wyrazi wolę przystąpienia oraz spełni warunki realizacji KAOZ. Jednym z takich warunków będzie utworzenie na obszarze powiatu grupy świadczeniodawców mających pod opieką nie mniej niż 50 tys. pacjentów w ośrodkach wielkomiejskich i 20 tys. w mniejszych powiatach. Grupa ta będzie związana umową współpracy w zakresie działań realizowanych w ramach KAOZ podejmowanych w oparciu o wspólny potencjał kadrowy i sprzętowy. Poszczególne jednostki będą zobowiązane do wspólnego zarządzania jakością i monitorowania zgodności opieki ze standardami i celami KAOZ, a także do wspólnego podejmowania niektórych działań (np. realizowania koordynowanych programów profilaktycznych i edukacyjnych).

Autorzy koncepcji proponują, aby podstawą finansowania KAOZ była stawka kapitacyjna. Finansowanie opieki skoncentrowanej na zaspokojeniu potrzeb zdrowotnych pacjenta w zdefiniowanym zakresie i w sposób zgodny z przyjętymi standardami KAOZ mogło by się odbyć docelowo ze środków NFZ częściowo pochodzących ze środków finansowych dotychczas wykorzystywanych w obszarach:

- POZ (w tym transport sanitarny),
- AOS (za wyjątkiem zakresów świadczeń, które będą wyłączone z KAOZ),
- badań kosztochłonnych (ASDK) zlecanych przez lekarzy POZ i AOS objętych KAOZ,
- rehabilitacji ambulatoryjnej (REH) zlecanej przez lekarzy POZ i AOS objętych KAOZ.

W przypadku świadczeń będących w zakresie KAOZ, a na życzenie pacjenta realizowanych poza tym systemem i rozliczanych przez NFZ na podstawie umów z innymi świadczeniodawcami, wyżej wymienione środki byłyby odpowiednio pomniejszane, z jednoczesnym przekazywaniem informacji do organizatora KAOZ dla kogo, gdzie, kiedy i za ile świadczenia takie miały miejsce.

Osobny budżet zadaniowy powinien być przeznaczony na poprawę skuteczności leczenia w chorobach społecznych. W tym celu należy zdefiniować i wycenić świadczenia służące:

- wczesnemu wykrywaniu chorób w fazie bezobjawowej,
- realizowaniu działań profilaktycznych zapobiegających rozwojowi chorób

(profilaktyka pierwotna),

- edukacji pacjentów z rozpoznanymi chorobami przewlekłymi (w tym interwencja antynikotynowa),
- poprawie jakości opieki i skuteczności leczenia.

Zasady finansowania świadczeń zdrowotnych w ramach KAOZ powinny zostać tak zdefiniowane, żeby system był motywacyjny na każdym poziomie opieki, a o sposobie i miejscu leczenia decydowały standardy medyczne i organizacyjne KAOZ opracowane na podstawie wytycznych EBM.

### **III.1. Spodziewane efekty**

Przedstawiona koncepcja KAOZ, podobnie jak inne inicjatywy z zakresu opieki koordynowanej, ma na celu poprawę efektywności całego systemu, w szczególności w zakresie ograniczenia liczby możliwych do uniknięcia hospitalizacji [1].

#### **III.1.1. Lepsze zaspokojenie potrzeb zdrowotnych pacjenta w procesie leczenia**

1. Ograniczenie groźnych dla życia i zdrowia powikłań chorób społecznych wskutek zwiększenia ich wykrywalności oraz skuteczności profilaktyki pierwotnej i wtórnej.
2. Poprawa dostępności i jakości opieki w zakresie chorób przewlekłych na skutek:
  - diagnostyki i leczenia przez lekarza POZ w większym niż obecnie zakresie, ściśle określonym przez standardy KAOZ, w oparciu o pełen dostęp do diagnostyki ambulatoryjnej, wspomaganego przez konsultacje lekarzy AOS,
  - ograniczenie kolejek do poradni AOS w efekcie określenia w standardach KAOZ ścisłych wskazań do opieki specjalistycznej, po ustąpieniu których pacjent wraca pod opiekę lekarza POZ.
3. Zmniejszenie obciążenia finansowego pacjentów wskutek ograniczenia niepotrzebnych wydatków na leki (m.in. ograniczenie polipragmazji i częstej zmiany leczenia), na dojazdy do specjalistów (konsultacje bliżej miejsca zamieszkania) oraz na leczenie w prywatnych gabinetach lekarskich (z powodu kolejek do AOS finansowanej ze środków publicznych).
4. Poprawa efektywności leczenia i komfortu pacjentów.



### III.1.2. Poprawa sposobu funkcjonowania systemu ochrony zdrowia

1. Poprawa opinii pacjentów na temat jakości systemu ochrony zdrowia;
2. Stabilizacja całego systemu ochrony zdrowia poprzez wprowadzenie systemu zachęt do podpisywania umów wieloletnich;
3. Zmniejszenie liczby i kosztów hospitalizacji planowych i ponownych hospitalizacji;
4. Zmniejszenie liczby i kosztów wizyt w szpitalnych oddziałach ratunkowych (SOR).

**Tabela 1. Porównanie modelu POZ z modelem KAOZ.**

	<b>Obecnie</b>	<b>KAOZ</b>	<b>Efekty/Uwagi</b>
<b>Profilaktyka</b>	ograniczona	systemowa	– ograniczenie progresji i powikłań
<b>Diagnostyka</b>	ograniczona	jak w AOS	– poprawa dostępności, – ograniczenie wizyt „diagnostycznych” w AOS
<b>Leczenie</b>	ograniczone	zgodne ze standardami	– zwiększenie zakresu chorób leczonych w POZ
<b>Edukacja pacjentów</b>	przypadkowa	systemowa	– poprawa efektów leczenia
<b>Konsultacje AOS</b>	brak	zgodne ze standardami	– poprawa skuteczności leczenia w POZ
<b>Współpraca z AOS</b>	brak	zgodne ze standardami	– poprawa monitorowania leczenia w AOS – powrót części pacjentów z AOS do POZ
<b>Współpraca ze SZP</b>	brak	systemowa	– ograniczenie wizyt w SOR, – poprawa dostępu do hospitalizacji planowych, – wstępna diagnostyka przed planową hospitalizacją, – skrócenie hospitalizacji
<b>Administracja</b>	20 % wizyt	ograniczenie	– włączenie personelu nielekarzkiego
<b>Ilość pacjentów/1 lekarza</b>	2500	1500	Docelowo

<b>Ilość wizyt w dniu pracy</b>	40 (35+5*)	30 (20+10*)	Docelowo
<b>Kompetencje lek. rodz.</b>	ograniczone	podnoszone	– poprawa prestiżu medycyny rodzinnej

\* pacjenci leczeni przewlekle

Źródło: opracowanie własne

**Tabela 2. Porównanie modelu AOS z modelem KAOZ.**

	<b>Obecnie</b>	<b>KAOZ</b>	<b>Efekty/Uwagi</b>
<b>Diagnostyka</b>	całościowa	uzupełniająca	– ograniczenie wizyt „diagnostycznych” w AOS
<b>Konsultacje dla POZ</b>	brak	zgodne ze standardami	– poprawa dostępności, – poprawa skuteczności leczenia w POZ
<b>Skierowanie na leczenie</b>	uznaniowe	zgodne ze standardami	– ograniczenie AOS do pacjentów tego wymagających
<b>Leczenie</b>	uznaniowe	zgodne ze standardami	– ograniczenie świadczeń pod rozliczenie z NFZ, – poprawa efektywności kosztów
<b>Edukacja pacjentów</b>	ośrodki przykliniczne	systemowa	przy współpracy z POZ
<b>Współpraca z POZ</b>	formalna	zgodna ze standardami	– poprawa monitorowania leczenia, – powrót części pacjentów do POZ
<b>Współpraca ze SZP</b>	ograniczona	systemowa	– ograniczenie wizyt w SOR, – poprawa dostępu do hospitalizacji planowych, – wstępna diagnostyka przed planową hospitalizacją, – skrócenie hospitalizacji
<b>Kompetencje lek. AOS</b>	niewykorzystane	podnoszone	– poprawa prestiżu pracy w AOS

<b>Opieka „disease management”</b>	wytyczne, projekty	standardy, realizacja	– zmniejszenie hospitalizacji pacjentów z zaawansowaną niewydolnością narządową
<b>Ilość pacjentów/godz.</b>	6	4	Docelowo
<b>Ilość wizyt w dniu pracy</b>	40	30	Docelowo

Źródło: opracowanie własne

### III.2. Wyłączenia z KAOZ

Autorzy omawianej koncepcji KAOZ zakładają, że w pierwszym etapie wdrażania zostaną z niej wyłączone następujące obszary opieki ambulatoryjnej:

- poradnie AOS dostępne bez skierowania – nie mogą być objęte KAOZ z powodu braku narzędzi służących kontroli kosztów,
- diagnostyka i leczenie chorób przewlekłych nieobjętych kompetencjami lekarza POZ,
- poradnie AOS dla dzieci do 18 r.ż. (z wyjątkiem alergologicznej, laryngologicznej chirurgicznej i ortopedycznej),
- wysokospecjalistyczne świadczenia w poradniach o wyższym stopniu referencyjności (m.in.: diagnostyka i leczenie NT wtórnego i lekoopornego, kontrola stymulatorów serca),
- świadczenia w poradniach przyszpitalnych (opieka przed i poszpitalna, w tym pooperacyjna),
- opieka hospicyjna.

W przyszłości jednak należy rozważyć dalszy rozwój modelu KAOZ z włączeniem niektórych z wyżej wymienionych zakresów, a także wybranych obszarów opieki stacjonarnej.

## **IV. PLAN WDROŻENIA**

### **IV.1. Podstawy prawne**

W oparciu o posiadane opinie prawne autorzy koncepcji uważają, że wystarczającym warunkiem do wdrożenia KAOZ jest opublikowanie odpowiedniego Rozporządzenia Ministra Zdrowia, a następnie Zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, traktujących KAOZ jako formę zintegrowanej opieki podstawowej. Da to możliwość realizacji KAOZ na obowiązującej w POZ zasadzie przystąpienia, a nie konkursu, pod warunkiem spełniania określonych warunków.

Autorzy projektu widzą ponadto potrzebę wprowadzenia odpowiednich zmian ustawowych, które umożliwią:

- stopniowe wprowadzanie KAOZ w poszczególnych województwach oraz dostosowanie jej zakresu do lokalnych potrzeb i regionalnej polityki zdrowotnej, zamiast wdrożenia od razu jednego modelu KAOZ w całym kraju,
- wdrażanie na poziomie województw innych koordynowanych programów opieki wynikających z regionalnej polityki zdrowotnej (np. opieki nad pacjentami z zaawansowaną niewydolnością serca, cukrzycą z zaawansowanymi powikłaniami narządowymi, chorobą nowotworową itp.),
- pilotażowe wdrażanie różnorodnych projektów poprawy funkcjonowania systemu ochrony zdrowia (opracowanych przez MZ, NFZ, różnorodne środowiska medyczne, w tym towarzystwa naukowe) na reprezentatywnych grupach pacjentów w wybranych oddziałach wojewódzkich, przed ich wprowadzeniem do systemu ochrony zdrowia na terenie całego kraju.

W obowiązującym obecnie porządku prawnym wszelkie nowe produkty kontraktowe wynikające z rozporządzeń MZ i zarządzeń Prezesa NFZ są realizowane od razu w całej Polsce, bez możliwości ich wcześniejszego sprawdzenia na mniejszej populacji.

### **IV.2. Zakres I etapu**

Całkowita zmiana filozofii organizacji oraz finansowania opieki ambulatoryjnej i przejście z rozliczania świadczeniodawców za poszczególne zrealizowane usługi na rozliczanie za kompleksowy proces opieki ambulatoryjnej skoncentrowanej na potrzebach

zdrowotnych pacjenta, oparty o standardy medyczne i organizacyjne KAOZ, wymaga wdrażania etapami. Takie właśnie stopniowe wdrażanie opieki koordynowanej jest zgodne z zaleceniami ekspertów, gdyż umożliwia m.in. lepsze merytoryczne przygotowanie personelu medycznego, pacjentów, świadczeniodawców oraz samego płatnika. W związku z tym autorzy koncepcji proponują rozpoczęcie wdrożenia modelu KAOZ od pilotażu przeprowadzonego w jednym lub kilku województwach, na obszarze wybranych powiatów. Pilotaż powinien objąć od 20 tys. pacjentów w mniejszych powiatach oraz od 50 tys. pacjentów w większych miastach. Dodatkowo powinien być realizowany przez kilku (kilkunastu) współpracujących ze sobą w ramach KAOZ świadczeniodawców, posiadających listy POZ oraz odpowiedni potencjał do realizowania opieki koordynowanej, w oparciu o umowę podpisaną na okres 24-36 miesięcy.

Opracowane standardy medyczne i organizacyjne również powinny być wprowadzane stopniowo, początkowo jako zalecenia, najlepiej połączone z mechanizmami motywowania za ich przestrzeganie, a docelowo jako obowiązujący punkt odniesienia. Ostateczne decyzje zawsze podejmuje lekarz i pacjent, jednak fakt ewentualnego niestosowania się do standardów powinien być opisany w dokumentacji z podaniem przyczyny.

Zwłaszcza w początkowym okresie proponowany model opieki powinien być uważnie monitorowany, najlepiej przez jednostki niezależne od płatnika i realizatora świadczeń, tak żeby porównać wady i zalety oraz ewoluować projekt w kierunku maksymalizacji efektów w stosunku do ponoszonych kosztów.

#### **IV.3. Określenie zakresu świadczeń objętych KAOZ oraz niezbędnego budżetu**

Koszyk świadczeń objętych KAOZ powinien zostać określony w odpowiednim rozporządzeniu Ministra Zdrowia. Wykaz poradni, które zdaniem autorów projektu należałoby włączyć do KAOZ zawiera Załącznik 1. Z zakresu świadczeń tych poradni powinny zostać wyłączone świadczenia związane z:

- ambulatoryjną opieką przed- i poszpitalną (poradnie przyszpitalne),
- opieką nad chorobami przewlekłymi nieobjętymi przez POZ (m.in. kolagenozy, koagulopatie, padaczka, istotne klinicznie komorowe zaburzenia rytmu serca oraz zaburzenia przewodzenia i automatyzmu serca itp.),
- opieką w poradniach wojewódzkich i przyklinicznych, referencyjnych dla KAOZ.

Szczegółowe warunki realizacji i finansowania KAOZ powinny zostać ujęte w

zarządzeniu Prezesa NFZ. Powinno ono dawać Dyrektorowi OW NFZ możliwość dokonania szczegółowej kalkulacji finansowej dotychczasowych kosztów opieki w zakresie KAOZ na terenie powiatu, gdzie planowane jest jej wdrożenie, najlepiej w odniesieniu do poszczególnych grup wiekowych. Kalkulacja taka powinna stać się podstawą do określenia stawki kapitacyjnej dla KAOZ. Istotne elementy takiej kalkulacji wymienione zostały w Załączniku 1.

Dodatkowe środki, przekazywane przez NFZ w ramach funduszu zadaniowego, należy przeznaczać na świadczenia dotychczas nie realizowane w sposób, który zgodnie z wytycznymi EBM ma przynosić wymierne korzyści zdrowotne i systemowe w zakresie chorób społecznych (m.in. poprawa wykrywalności, zmniejszenie ryzyka powikłań, poprawa efektów leczenia, zmniejszenie odległych hospitalizacji). Przykładowy wykaz tego typu świadczeń zamieszczony został w Załączniku 2.

#### **IV.4. Przygotowanie szczegółowych warunków umowy kontraktowej przez NFZ**

Umowa kontraktowa powinna zawierać m.in.:

1. Zakres świadczeń będących przedmiotem KAOZ obejmujący:
  - cały POZ z wyjątkiem nocnej opieki chorych (NOCH),
  - AOS z wyjątkiem poradni bez skierowań oraz świadczeń możliwych do realizacji w przychodniach przyszpitalnych i referencyjnych,
  - rehabilitację (REH) zlecaną przez lekarzy poradni objętych KAOZ, z wyjątkiem świadczeń możliwych do realizacji jedynie w przychodniach przyszpitalnych i referencyjnych,
  - badania ASDK zlecane przez lekarzy poradni objętych KAOZ.
2. Warunki realizacji umowy kontraktowej, m.in.:
  - wykaz i opis obowiązujących w KAOZ standardów medycznych i organizacyjnych (aneksowany i aktualizowany minimum co trzy lata),
  - wykaz świadczeń rozliczanych w ramach funduszu zadaniowego wraz z obowiązującą dokumentacją medyczną (m.in. kwestionariusze) i sprawozdawczością,
  - wymagany potencjał lokalowy i sprzętowy do realizacji umowy, w tym informatyczny,
  - wymagany minimalny harmonogram pracy poradni.
3. Warunki które muszą spełnić ubiegający się o kontrakt świadczeniodawcy, należą do

nich m.in.:

- umowa pomiędzy świadczeniodawcami dotycząca współpracy w realizacji KAOZ,
- udokumentowane umowami zaplecze kadrowe, lokalowe i sprzętowe umożliwiające realizację kontraktu (własne i podwykonawców),
- udokumentowana zdolność do wymiany elektronicznej dokumentacji medycznej pomiędzy świadczeniodawcami współpracującymi w ramach KAOZ (dopuszczalny okres przejściowy dla stworzenia systemu elektronicznej wymiany danych w pierwszym roku funkcjonowania),
- udokumentowane szkolenia lekarzy i pozostałego personelu medycznego w zakresie standardów medycznych i organizacyjnych KAOZ (dopuszczalny okres przejściowy wraz z harmonogramem planowanych szkoleń w pierwszym roku funkcjonowania),
- udokumentowane systemy komunikowania z pacjentami w zakresie zasad KAOZ, a w szczególności w zakresie rozpoznawania ich potrzeb zdrowotnych i przekazywania informacji zwrotnych (np. platforma eZdrowie – dopuszczalny okres przejściowy dla stworzenia tego typu platformy wymiany danych elektronicznych w pierwszym roku funkcjonowania).

#### **IV.5. Monitorowanie KAOZ**

Monitorowanie funkcjonowania KAOZ powinno obejmować m.in.:

1. Badanie porównawcze procesu opieki nad pacjentami z podobnymi problemami zdrowotnymi pod kątem jego zgodności ze standardami KAOZ, na podstawie oceny poszczególnych przypadków oraz zbiorczych analiz gromadzonych danych, w odniesieniu do poszczególnych lekarzy i świadczeniodawców (tzw. benchmark);
2. Monitorowanie jakości opieki na podstawie badania satysfakcji pacjentów oraz poziomu osiągniętych celów (tzw. outcomes).

W celu zapewnienia obiektywizmu kontroli uzasadnione byłoby monitorowanie KAOZ przez instytucję zewnętrzną, niezależną od świadczeniodawców i płatnika, która co pół roku dokonywałaby oceny i przygotowywała stosowne raporty.

#### **Przykładowy zakres monitoringu:**

1. Ilość świadczeń ambulatoryjnych w poszczególnych poradniach:
  - całkowita,

- w poszczególnych grupach wiekowych,
  - w poszczególnych schorzeniach, poczynając od najczęstszych.
2. Ilość świadczeń ambulatoryjnych w poszczególnych grupach wiekowych
    - całkowita,
    - w poszczególnych poradniach,
    - w poszczególnych schorzeniach, poczynając od najczęstszych.
  3. Ilość świadczeń realizowana zgodnie ze standardami KAOZ:
    - w poszczególnych schorzeniach, poczynając od najczęstszych,
    - w poszczególnych grupach wiekowych,
    - w poszczególnych poradniach.
  4. Wyniki leczenia wybranych chorób przewlekłych zgodnie ze standardami KAOZ.  
Przykładowe mierniki służące ocenie wyników leczenia to:
    - % pacjentów z cukrzycą t.2 z HBA1c < 7 g%,
    - % pacjentów z NT ze średnim BP < 140/90 w pomiarach domowych/ABPM,
    - % pacjentów z dyslipidemią i zalecanym poziomem LDL.
  5. Wysokość kosztów ponoszonych przez pacjentów na leki:
    - całkowita,
    - w poszczególnych grupach wiekowych,
    - w poszczególnych schorzeniach, poczynając od najczęstszych.
  6. Wysokość kosztów ponoszonych przez pacjentów na świadczenia odpłatne:
    - całkowita,
    - w poszczególnych grupach wiekowych,
    - w poszczególnych schorzeniach, poczynając od najczęstszych.
  7. Poziom satysfakcji pacjentów ze świadczonych usług medycznych:
    - całkowita,
    - w poszczególnych grupach wiekowych,
    - w poszczególnych schorzeniach, poczynając od najczęstszych,
  8. Ilość hospitalizacji:
    - całkowita,
    - w poszczególnych grupach wiekowych,
    - w poszczególnych schorzeniach, poczynając od najczęstszych.

Grupę kontrolną powinni stanowić pacjenci nie objęci KAOZ:



- zadeklarowani do innych okolicznych świadczeniodawców,
- ci, którzy wybrali tradycyjny model opieki u świadczeniodawców realizujących KAOZ.

Dokładna ocena efektów medycznych, ekonomicznych i satysfakcji pacjentów oraz ewentualna rekomendacja rozwijania tego systemu opieki na terenie całego kraju będzie możliwa w czasie pierwszych 1-2 lat od wdrożenia pilotażu. Jednakże pierwsze analizy i wnioski będą mogły być wyciągnięte już po pół roku funkcjonowania KAOZ.

## **V. NADZÓR NAD REALIZACJĄ PROJEKTU**

### **V.1. Nadzór wewnętrzny nad zgodnością realizacji świadczeń z zapisami umowy**

Sami świadczeniodawcy uczestniczący w KAOZ będą materialnie zainteresowani prowadzeniem nadzoru nad skutecznością koordynacji opieki ambulatoryjnej w zakresie przestrzegania obowiązujących standardów medycznych i organizacyjnych. Projekt zakłada bowiem, że przychody świadczeniodawców będą zależały od:

- ilości pacjentów leczonych zgodnie ze standardami KAOZ (co ograniczy koszty opieki w poradniach AOS),
- ilości świadczeń wykonanych zgodnie z umową w zakresie funduszu zadaniowego według określonych procedur,
- wyników leczenia wybranych chorób w odniesieniu do docelowych wskaźników,
- jakości świadczeń i zadowolenia pacjentów objętych świadczeniami w ramach KAOZ (co może stanowić walor zachęcający nowe osoby do złożenia deklaracji POZ u danego świadczeniodawcy).

Pogorszenie jakości usług realizowanych w ramach KAOZ będzie skutkowało ograniczeniem przychodów świadczeniodawcy spowodowanych wybieraniem przez pacjentów tradycyjnego modelu opieki.

### **V.2. Nadzór zewnętrzny nad zgodnością realizacji świadczeń z zapisami umowy**

Ostateczny nadzór nad zgodnością realizacji świadczeń z zapisami umowy będzie pełnił płatnik, który dzięki niezbędnym w modelu KAOZ zmianom w sprawozdawczości świadczeń będzie miał większe możliwości kontroli świadczeń niż w tradycyjnym modelu opieki, między innymi w zakresie:

- ilości pacjentów leczonych zgodnie ze standardami KAOZ,
- rozliczenia świadczeń wykonanych zgodnie z umową w ramach funduszu zadaniowego według określonych procedur,
- wglądu w dokumentację medyczną prowadzoną zgodnie ze standardami KAOZ.

## **VI. MOŻLIWE KIERUNKI ROZWOJU OPIEKI KOORDYNOWANEJ W DALSZEJ PRZYSZŁOŚCI**

### **VI.1. Długoterminowa opieka domowa**

Długoterminowa opieka domowa może być prowadzona w zespole (lekarz, pielęgniarka, rehabilitant, pracownik socjalny i in.) w oparciu o ustalony plan opieki. Koordynatorem tego typu świadczeń mogłaby zostać pielęgniarka środowiskowo–rodzinna. Zasadne byłoby w związku z tym w przyszłości zintegrowanie organizacyjne i finansowe świadczeń zdrowotnych i pomocy socjalnej.

Docelowo opieka w zakładach opieki leczniczej (ZOL) powinna ograniczać się do tych pacjentów, którym, przy współpracy ze służbami socjalnymi nie można czasowo zapewnić opieki domowej.

### **VI.2. Leki refundowane**

Przyjęte w niniejszym projekcie rozwiązania w toku dalszej ich ewolucji mogłyby służyć również racjonalizacji farmakoterapii i prowadzić do:

1. Ograniczenia stosowania leków do wskazań wynikających z wytycznych EBM;
2. Ograniczania nieuzasadnionej polipragmazji;
3. Preferowania tańszych generyków w przypadku droższych leków;
4. Stworzenia funduszu lekowego dla przewlekle chorych ubogich pacjentów (m.in. celem zmniejszenia częstości ich hospitalizacji).

W ramach KAOZ możliwe jest wdrożenie wewnętrznej kontroli kosztów leczenia wybranymi grupami leków, a nieracjonalne ich stosowanie mogłoby mieć bezpośredni wpływ na wynagrodzenie lekarza.

Projekty racjonalizacji farmakoterapii powinny dotyczyć konkretnej grupy leków, np. antybiotykoterapii, drogich leków refundowanych możliwych do zastąpienia przez generyki itp. Na realizację tych projektów płatnik powinien przeznaczyć określone fundusze, np. na sfinansowanie szybkich testów identyfikujących zakażenie bakteryjne w trakcie porady lekarskiej (m.in. CRP, badanie antygenów paciorkowców z wymazu gardła).

### **VI.3. Leczenie sanatoryjne**

Skutkiem dobrze funkcjonującego modelu KAOZ mogłoby być ograniczenie bezpłatnego leczenia sanatoryjnego na rzecz większej dostępności do ambulatoryjnej i domowej rehabilitacji ruchowej dla osób:

- starszych,
- niepełnosprawnych,
- obłożnie chorych.

### **VI.4. Leczenie szpitalne**

Autorzy omawianego projektu KAOZ uznają za zasadne docelowe zintegrowanie procesu leczenia ambulatoryjnego i stacjonarnego w procesie leczenia chorób przewlekłych poprzez:

1. Skierowania do SOR zgodnie ze standardami KAOZ;
2. Skierowania na hospitalizacje planowe zgodnie ze standardami KAOZ - m.in. wcześniejsze wykonanie części diagnostyki ambulatoryjnej (np. przed zabiegiem operacyjnym), określenie procedur ustalania terminu przyjęcia oraz wypisania do dalszego leczenia ambulatoryjnego (m.in. powiadomienie lekarza POZ);
3. Konsultacja i monitorowanie przez lekarza POZ stanu pacjentów długotrwale hospitalizowanych (np. ponad 2 tygodnie) oraz organizowanie alternatywnych form leczenia (np. ZOL, rehabilitacja domowa, pomoc socjalna itp.) w ramach KAOZ;
4. Przeniesienie świadczeń (zabiegi, diagnostyka) nie wymagających hospitalizacji do lecznictwa ambulatoryjnego i chirurgii jednego dnia.

Usprawnienie opieki ambulatoryjnej powinno stopniowo prowadzić do zmniejszenia ilości osobodni w szpitalach. Wygospodarowane w ten sposób środki mogłyby w kolejnych latach zostać przeznaczone na programy opieki koordynowanej nad przewlekle chorymi ze zwiększonym ryzykiem hospitalizacji (z wieloma współistniejącymi schorzeniami i/lub z zaawansowaną niewydolnością narządową) w celu zmniejszenia ryzyka kolejnych hospitalizacji (tzw. zarządzanie chorobą (*disease managment*)).

# **ZAŁĄCZNIKI DO PROJEKTU**

## **Załącznik 1. Kalkulacja stawki kapitaacyjnej KAOZ**

Punktem wyjścia przy określaniu wysokości stawki kapitaacyjnej powinna być kalkulacja wykonana dla pacjentów podmiotów przystępujących do KAOZ, skorygowana o przeciętne koszty leczenia ambulatoryjnego w powiecie (nie powinna być niższa). Stawka na kolejny rok powinna być skalkulowana na podstawie analizy kosztów świadczeń z poprzednich dwóch lat i obejmować:

1. Cały POZ - z wyjątkiem nocnej opieki chorych (NOCH);
2. Wybrane poradnie AOS najczęściej funkcjonujące w przychodniach – z wyjątkiem poradni bez skierowań oraz poradni przyszpitalnych. Są to m.in. poradnie: kardiologiczna, pulmonologiczna, alergologiczna, gastroenterologiczna, reumatologiczna, endokrynologiczna, diabetologiczna, neurologiczna, laryngologiczna, chirurgii ogólnej, ortopedyczna, urologiczna. Z kalkulacji powinny być wyłączone poradnie przyszpitalne, w zakresie świadczeń związanych z hospitalizacjami (np. 1–2 wizyty przed i 3 wizyty w ciągu roku po hospitalizacji) oraz świadczenia niewykonywane poza tymi poradniami (np. kontrola stymulatorów serca);
3. Rehabilitacja (REH) na zlecenie poradni objętych KAOZ;
4. Badania ASDK w zakresie realizowanym dotychczas na zlecenie poradni objętych KAOZ: badania endoskopowe, TK, MRI, scyntygrafia tarczycy.

Docelowo stawka powinna zostać określona dla poszczególnych grup wiekowych danego powiatu/dzielnicy i być taka sama dla wszystkich świadczeniodawców. Proponowane grupy wiekowe to:

- 0-6 r.ż.,
- 7-18 r.ż.,
- 19-34 r.ż.,
- 35-49 r.ż.,
- 50-64 r.ż.,
- 65- 79 r.ż.,
- od. 80 r.ż.

**Przykład kalkulacji kosztów opieki w ramach KAOZ (w opracowaniu przez dział organizacyjny POW NFZ):**

### Kalkulowane koszty opieki – Przychodnia 1

	0-6 r.ż.	7-19 r.ż.	20-35 r.ż.	36-50 r.ż.	51-65 r.ż.	66-80 r.ż.	Od 81 r.ż.	RAZEM
Ilość pacjentów								
POZ (L,PS,P,T)								
Kardiolog								
Pulmonolog								
Alergolog								
Gastroenterolog								
Reumatolog								
Endokrynolog								
Diabetolog								
Neurolog								
Laryngolog								
Chirurgii ogólnej								
Ortopeda								
Urolog								
Rehabilitacja								
ASDK z w.w.								
<b>RAZEM</b>								

Przychodnia 1 - POZ i AOS

Przychodnia 2 – „czysty POZ”

Średnia w powiecie/województwie

## **Załącznik 2. Przykłady świadczeń możliwych do rozliczania w ramach funduszu zadaniowego**

Fundusz zadaniowy powinien być przekazywany na te świadczenia, których przeprowadzenie spowoduje nową jakość w sprawowaniu opieki w chorobach społecznych:

- zwiększenie wczesnej wykrywalności,
- poprawę oceny wstępnej i okresowej choroby,
- wczesne i skuteczne leczenie ambulatoryjne zgodne z wytycznymi EBM.

W perspektywie długookresowej funkcjonowanie funduszu zadaniowego przyniesie zmniejszenie hospitalizacji z powodu dających się uniknąć powikłań niewykrytej lub źle leczonej choroby.

### **Oplata za wykonanie świadczenia zgodnie z opisanymi procedurami (tzw. *checklista*):**

1. Ocena wstępna i okresowa w chorobach przewlekłych wraz z kompletem badań zgodnie z wytycznymi EBM, m.in.:
  - nadciśnienia tętniczego,
  - cukrzycy t. 2,
  - stabilnej choroby wieńcowej,
  - przewlekłego migotania przedsionków,
  - przewlekłej niewydolności serca,
  - przewlekłej choroby nerek.

### **Oplata za efekt świadczenia i/lub wyniki leczenia**

1. Wczesne wykrywanie – za ilość pacjentów z nowo wykrytym/ą:
  - nadciśnieniem tętniczym u przebadanych pacjentów z grup ryzyka,
  - cukrzycą t. 2 u przebadanych pacjentów z grup ryzyka,
  - przewlekłym migotaniem przedsionków po 65 r.ż. i in.
2. Wyniki leczenia
  - % pacjentów z cukrzycą t.2 z HBA1c < 7 g%,
  - % pacjentów z NT ze średnim BP < 140/90 w pomiarach domowych/ABPM,
  - % pacjentów z dyslipidemią i zalecanym poziomem LDL.
3. Edukacja – za ilość pacjentów, u których przeprowadzono edukację według określonego programu, z następującymi schorzeniami:
  - nadciśnienie tętnicze,
  - cukrzyca t. 2,



– niewydolność serca i in.

**Załącznik 3. Wykaz częstszych chorób przewlekłych w POZ, dla których w ramach projektu opracowywane są standardy medyczne i organizacyjne KAOZ na podstawie wytycznych EBM**

(docelowo zaakceptowane przez konsultantów wojewódzkich/krajowych)

1. Nadciśnienie tętnicze – *przykład w opracowaniu*
2. Cukrzyca t. II – *przykład w opracowaniu*
3. Zaburzenia lipidowe
4. Zespół metaboliczny
5. Nikotynizm
6. Choroba alkoholowa
7. Przewlekła stabilna choroba wieńcowa
8. Przewlekłe migotanie przedsionków
9. Przewlekła niewydolność serca
10. Zakrzepica żył głębokich
11. Miażdżyca zarostowa tętnic kończyn dolnych
12. Przewlekła niewydolność żylna
13. Przewlekła choroba nerek
14. Kamica dróg moczowych
15. Choroba zwyrodnieniowa stawów
16. Zapalenia stawów
17. Zespoły uciskowe nerwów obwodowych
18. Astma oskrzelowa i alergiczny nieżyt nosa
19. POCHP
20. Choroba refluksowa
21. Przewlekłe choroby zapalne jelita grubego i zespół jelita nadwrażliwego
22. Niedoczynność tarczycy
23. Wole guzowate
24. Niedokrwistość sideropeniczna i megaloblastyczna
25. Przerost prostaty

## Załącznik nr 4. Analiza SWOT realizacji projektu KAOZ

### Mocne strony

#### **Organizacyjne**

- zintegrowanie opieki ambulatoryjnej na każdym poziomie i jej podporządkowanie potrzebom zdrowotnym pacjentów w miejsce autonomicznie działających i nie współpracujących ze sobą poradni POZ, AOS i REH,
- realizacja świadczeń w oparciu o precyzyjnie opisane standardy medyczne i organizacyjne, a w konsekwencji ograniczenie dowolności decyzji personelu medycznego i spełniania życzeń pacjentów,
- zwiększenie uprawnień lekarzy POZ w oparciu o obowiązujące wytyczne EBM,
- zwiększenie dostępności do diagnostyki w POZ,
- ograniczenie decyzji diagnostycznych podejmowanych w AOS pod wpływem zasad finansowania tychże świadczeń (w zależności od rodzaju rozliczanych produktów jednostkowych, a nie z uwzględnieniem rzeczywistych wskazań medycznych),
- ograniczenie niepotrzebnych konsultacji lekarzy AOS (m.in. wynikających z konieczności zlecenia przez lekarzy specjalistów podstawowych badań, których obecnie nie można wykonać w POZ),
- ograniczenie leczenia w AOS do pacjentów tego wymagających,
- poprawa przepływu informacji medycznych pomiędzy POZ i AOS,
- zachowanie przez pacjentów prawa do wyboru modelu opieki (tradycyjny czy KAOZ), bez potrzeby zmiany deklaracji POZ,
- większa innowacyjność opieki dzięki wykorzystaniu aplikacji informatycznych (eZdrowie).

#### **Finansowe**

- rozliczanie za kompleksowość opieki zgodnej z przyjętymi standardami zamiast rozliczania za produkty jednostkowe,
- poprawa finansowania POZ umożliwiająca docelowe zmniejszenie ilości pacjentów zadeklarowanych do jednego lekarza,
- zwiększenie jednostkowej ceny świadczenia AOS wynikające z optymalizacji leczenia zgodnego ze standardami KAOZ,
- powiązanie finansowania świadczeń z ich jakością (wynikami terapeutycznymi oraz

jakością obsługi pacjenta).

### **Słabe strony**

#### **Organizacyjne**

- brak przygotowania lekarzy POZ i AOS do leczenia zgodnego z wytycznymi EBM,
- brak przygotowania kadry menadżerskiej do wdrażania i monitorowania KAOZ,
- brak przygotowania płatnika do nadzoru nad opieką koordynowaną,
- niewypracowane narzędzia do monitoringu i oceny efektywności KAOZ,
- przyzwyczajenie pacjentów do decydowania o wyborze miejsca leczenia.

#### **Finansowe**

- brak doświadczenia w kalkulowaniu kosztów opieki koordynowanej,
- ograniczone środki finansowe płatnika możliwe do przekazania na świadczenia rozliczane w ramach funduszu zadaniowego,
- brak środków na monitorowanie KAOZ przed podmiot zewnętrzny.

### **Szanse**

- ograniczenie ilości hospitalizacji wskutek poprawy efektywności leczenia ambulatoryjnego opartego na wytycznych EBM, w tym wizyt w SOR,
- ograniczenie kosztów leczenia w oddziałach szpitalnych i SOR,
- poprawa prestiżu lekarza POZ w odbiorze społecznym,
- zwiększenie skłonności młodych lekarzy do specjalizacji w zakresie medycyny rodzinnej,
- poprawa efektywności szkoleń podyplomowych, mających bezpośrednie przełożenie na praktykę lekarzy ambulatoryjnej opieki zdrowotnej,
- „konkurencyjność” KAOZ i tradycyjnego modelu opieki ambulatoryjnej,
- potrzeba społeczna i polityczna nowych rozwiązań w systemie ochrony zdrowia, likwidujących istniejące nieprawidłowości,
- konkurencja różnych grup świadczeniodawców, w tym sieci medycznych, w realizacji KAOZ.

### **Zagrożenia**

- pogłębiający się niedobór kadry medycznej na rynku pracy,

- przekonanie części środowiska o słabym potencjale POZ uniemożliwiającym jego poprawę,
- zdominowanie rynku przez sieci medyczne preferujące leczenie w AOS,
- opór części środowiska medycznego przed zmianą,
- opór części pacjentów przed zmianą,
- przekonanie pacjentów o większej skuteczności leczenia w poradniach AOS niż POZ,
- niedoinformowanie pacjentów w zakresie zmian w systemie opieki zdrowotnej.

**STANDARDY MEDYCZNE I ORGANIZACYJNE KOORDYNOWANEJ  
AMBULATORYJNEJ OPIEKI W NADCIŚNIENIU TĘTNICZYM  
(wersja robocza w trakcie konsultacji a Konsultantem Krajowym)**

**Standardy medyczne** – na podstawie wytycznych PTNT z 2015 r

*Standardy organizacyjne* – do dalszej dyskusji.

## **KOMPETENCJE LEKARZA POZ**

### **Wczesne wykrywanie**

Objęcie wszystkich osób dorosłych pomiarami ciśnienia tętniczego raz w roku, a w szczególności:

- pacjentów z rodzinnym obciążeniem chorobami układu krążenia (udar, zawał serca, niewydolność serca) – kobiety przed 65. r.ż., mężczyźni przed 55. r.ż.,
- osób z cukrzycą lub współistniejącą chorobą nerek,
- chorych z przynajmniej dwoma klasycznymi czynnikami ryzyka chorób sercowo–naczyniowych,
- osób z BP  $\geq$  130/85 mm Hg.

*Program wczesnego wykrywania NT powinien być finansowany z budżetu zadaniowego. Informacja na temat programu powinna docierać do zadeklarowanych pacjentów poprzez zaproszenia i materiały edukacyjne oraz akcje medialne.*

*Finansowanie świadczeń uzależnione od uzyskanych efektów w oparciu o przyjęte mierniki np. liczbę nowo zdefiniowanych pacjentów z grup ryzyka i ilość kontrolnych pomiarów BP po roku w tej grupie.*

*Program realizowany przez pielęgniarki lub edukatorów medycznych.*

### **Rozpoznawanie i ocena**

W celu wyboru strategii leczenia dla chorego z nadciśnieniem tętniczym należy oszacować stopień indywidualnego ryzyka sercowo-naczyniowego pacjenta. Stratyfikację łącznego ryzyka sercowo–naczyniowego z podziałem na kategorie: małego, umiarkowanego, dużego i bardzo dużego należy przeprowadzić w oparciu o tabelę zamieszczoną w wytycznych ESH/ESC z 2013 r (patrz Załącznik NT). Ocena łączonego ryzyka uwzględnia wysokość ciśnienia tętniczego skurczowego i rozkurczowego, występowanie klasycznych

czynników ryzyka, a także bezobjawowych powikłań narządowych, cukrzycy, przewlekłej choroby nerek oraz różnego stopnia oraz objawowej choroby układu sercowo-naczyniowego (m.in. chorobę wieńcową, udar). Na tym etapie należy również ocenić prawdopodobieństwo przyczyny wtórnej nadciśnienia tętniczego (*checklista*).

### **Zakres badań dodatkowych:**

Podstawowe – u wszystkich pacjentów z nowo rozpoznanym NT: morfologia krwi, glukoza na czczo, potas, lipidogram, kreatynina, kwas moczowy, TSH, badanie ogólne moczu z badaniem mikroskopowym, badanie białka w moczu za pomocą testu paskowego, elektrokardiogram, USG jamy brzusznej.

Rozszerzone – u wybranych pacjentów, według wskazań określonych w Załączniku NT: całodobowy pomiar ciśnienia tętniczego (ABPM), echokardiografia, dno oka, OGTT, ilościowe określenie albuminurii (np. ACR mg/g).

### **Leczenie**

Pierwsza wizyta kontrolna po rozpoczęciu lub zmianie leczenia (w okresie między 2 a 4 tyg.), po uzyskaniu prawidłowych wartości ciśnienia tętniczego wizyty kontrolne co 3 m-ce. W przypadku stwierdzenia wyjściowych nieprawidłowości w zakresie modyfikowalnych czynników ryzyka, w tym w zakresie badań laboratoryjnych, należy je ponownie oszacować na najbliższej wizycie kontrolnej.

*Badanie po rozpoznaniu NT oraz kontrolna ocena modyfikowalnych czynników ryzyka (patrz tabela łączonego ryzyka) powinny być przeprowadzane według określonego algorytmu i opisane na specjalnym formularzu.*

*Czas wizyty – minimum 30-45 minut.*

*Każde badanie nowo rozpoznanego NT i jego opisanie według przyjętego schematu oraz przeprowadzenie diagnostyki z tym związanej, powinno być finansowane z budżetu zadaniowego.*

## **KOMPETENCJE LEKARZA AOS**

### **Konsultacja specjalisty**

Lekarz POZ kieruje pacjenta na konsultację jeżeli podejrzewa:

1. Nadciśnienie tętnicze lekooporne:

- a) jeżeli nie uzyskano docelowych wartości BP pomimo stosowania 3 leków w pełnych dawkach (w tym diuretyku);
- b) jeżeli uprzednio uzyskana dobra kontrola uległa pogorszeniu pomimo zażywania leków — bez przyczyny stwierdzanej w wywiadach;

2. NT wtórne związane z:

- a) obturacyjnym bezdechem sennym,
- b) chorobami nerek,
- c) nadciśnieniem naczyniowo-nerkowym,
- d) nadczynnością lub niedoczynnością tarczycy,
- e) pierwotnym hiperaldosteronizmem,
- f) zespołem Cushinga,
- g) guzem chromochłonnym nadnerczy,
- h) koarktacją aorty,
- i) przyjmowanymi lekami i substancjami.

*Konsultacje specjalisty leczenia NT (do 3 wizyt na podstawie 1 skierowania) powinny być opłacane z budżetu KAOZ i mają na celu potwierdzenie wskazań do dalszej diagnostyki szczegółowej i leczenia w poradni specjalistycznej.*

*Po konsultacji lekarz POZ otrzymuje informację wraz z propozycją dalszego postępowania. Na podstawie uzyskanej informacji, w przypadku takiego zalecenia, lekarz POZ wypisuje skierowanie na dalszą diagnostykę i leczenie do poradni leczenia NT, albo innej (np. nefrologicznej, endokrynologicznej).*

**Leczenie w poradni specjalistycznej**

- 1. NT lekooporne – do czasu osiągnięcia pożądaných wartości BP potwierdzonych ABPM;
- 2. NT wtórne – pogłębiona diagnostyka i leczenie przyczynowe.



## Załącznik NT

Czynniki inne niż ciśnienie tętnicze w pomiarach gabinetowych, które wpływają na rokowanie i są wykorzystywane do stratyfikacji łącznego ryzyka sercowo-naczyniowego

<b>Czynniki ryzyka</b>
Płeć męska
Wiek (mężczyźni: $\geq 55$ lat, kobiety: $\geq 65$ lat)
Palenie tytoniu
Zaburzenia lipidowe
Cholesterol całkowity $> 4,9$ mmol/l (190 mg/dl) i/lub
Cholesterol frakcji LDL $> 3,0$ mmol/l (115 mg/dl) i/lub
Cholesterol frakcji HDL $< 1,0$ mmol/l (40 mg/dl) u mężczyzn, $< 1,2$ mmol/l (46 mg/dl) u kobiet i/lub
Triglicerydy $> 1,7$ mmol/l (150 mg/dl)
Glukoza w osoczu na czczo 5,6–6,9 mmol/l (102–125 mg/dl)
Nieprawidłowy wynik próby tolerancji glukozy
Otyłość (BMI $\geq 30$ kg/m <sup>2</sup> )
Otyłość brzuszna (obwód pasa: mężczyźni: $\geq 102$ cm, kobiety: $\geq 88$ cm — u osób rasy białej)
Przedwczesna CVD w wywiadach rodzinnych (u mężczyzn w wieku $< 55$ lat, u kobiet w wieku $< 65$ lat)
<b>Bezobjawowe powikłania narządowe</b>
Ciężenie tętna (u osób w podeszłym wieku) $\geq 60$ mm Hg

Elektrokardiograficzne cechy LVH (wskaźnik Sokolowa-Lyona $> 3,5$ mV; amplituda załamka R w aVL $> 1,1$ mV; iloczyn Cornell $> 244$ mV*ms) lub
Echokardiograficzne cechy LVH (wskaźnik LVM $> 115$ g/m <sup>2</sup> BSA u mężczyzn, $> 95$ g/m <sup>2</sup> BSA u kobiet)a
Pogrubienie ściany tętnicy szyjnej (IMT $> 0,9$ mm) lub obecność blaszki miażdżycowej
PWV między tętnicą szyjną a tętnicą udową $> 10$ m/s
Wskaźnik kostkowo-ramienny $< 0,9$
CKD z eGFR 30–60 ml/min/1,73 m <sup>2</sup> (BSA)
Mikroalbuminuria (30–300 mg/24 h) lub stosunek stężenia albumin w moczu do stężenia kreatyniny w moczu (30–300 mg/g; 3,4–34 mg/mmol) (najlepiej oceniany w porannej próbce moczu)
<b>Cukrzyca</b>
Glukoza w osoczu na czczo $\geq 7,0$ mmol/l (126 mg/dl) w dwóch oznaczeniach i/lub
Stężenie HbA1c $> 7\%$ (53 mmol/mol) i/lub
Glukoza w osoczu po obciążeniu $> 11,0$ mmol/l (198 mg/dl)
<b>Jawna choroba układu sercowo-naczyniowego lub nerek</b>
Choroba naczyniowo-mózgowa: udar niedokrwienny, krwawienie śródmózgowe, TIA
CHD: zawał serca, dławica piersiowa, rewaskularyzacja mięśnia sercowego za pomocą PCI lub CABG
Niewydolność serca, w tym niewydolność serca z zachowaną EF
Objawowa choroba tętnic obwodowych w obrębie kończyn dolnych
CKD z eGFR $< 30$ ml/min/1,73 m <sup>2</sup> (BSA); białkomocz $> 300$ mg/24 h

Zaawansowana retinopatia: krwawienia lub ogniska wysięku, obrzęk tarczy nerwu wzrokowego

BMI — wskaźnik masy ciała; BSA — powierzchnia ciała; CABG — pomostowanie tętnic wieńcowych; CHD — choroba wieńcowa; CKD — przewlekła choroba nerek; CVD — choroba układu sercowo-naczyniowego; EF — frakcja wyrzutowa; eGFR — oszacowana filtracja kłębuszkowa; HbA1c — hemoglobina A1c; HDL — lipoproteiny o dużej gęstości; IMT — grubość błony wewnętrznej i środkowej; LDL — lipoproteiny o małej gęstości; LVH — przerost lewej komory; LVM — masa lewej komory; PCI — przeszłona interwencja wieńcowa; PWV — prędkość fali tętna; TIA — incydent przemijającego niedokrwienia ośrodkowego układu nerwowego aRyzyko jest największe w przypadku koncentrycznego LVH: zwiększony wskaźnik LVM w połączeniu ze stosunkiem grubości ściany do promienia jamy lewej komory  $> 0,42$

### **Wskazania do całodobowego pomiaru ciśnienia tętniczego (ABPM)**

- znaczne wahania BP w pomiarach gabinetowych ( $> 20$  mm Hg) lub różnice między pomiarami domowymi a gabinetowymi,
- nadciśnienie tętnicze odporne na leczenie (brak normalizacji BP przy stosowaniu trzech leków w pełnych dawkach, w tym diuretyku),
- ocena objawów sugerujących hipotonię lub dysfunkcję układu autonomicznego (zawroty głowy, upadki, zasłabnięcia, utraty przytomności),
- podejrzenie nadciśnienia w nocy lub braku nocnego spadku BP, np. u pacjentów z bezdechem sennym, chorobami nerek lub cukrzycą,
- nadciśnienie tętnicze u kobiet w ciąży.

### **Poszukiwanie bezobjawowych powikłań narządowych, chorób układu sercowo-naczyniowego i przewlekłej choroby nerek**

#### **Serce**

U wszystkich pacjentów z nadciśnieniem tętniczym zaleca się EKG w celu wykrycia cech LVH, powiększenia lewego przedsionka, zaburzeń rytmu serca lub współistniejącej choroby serca.

U chorych z długotrwałym, powikłanym lub źle kontrolowanym NT oraz chorych przynajmniej umiarkowanego ryzyka należy rozważyć echokardiografię w celu dokładniejszej oceny ryzyka sercowo-naczyniowego i/lub potwierdzenia elektrokardiograficznego rozpoznania LVH, powiększenia lewego przedsionka, jak również współistniejącej choroby serca.

Jeżeli wywiady wskazują na niedokrwienie mięśnia sercowego, zaleca się elektrokardiograficzną próbę wysiłkową, a jeżeli jej wynik jest dodatni lub niejednoznaczny, to zaleca się skierowanie do kardiologa celem rozważenia obrazowania obciążeniowego.

Wszystkich pacjentów, u których dane z wywiadów lub badania przedmiotowego wskazują na istotne zaburzenia rytmu serca, należy skierować do kardiologa celem rozważenia długoterminowego monitorowanie EKG, a w przypadku podejrzenia zaburzeń rytmu serca wywołanych wysiłkiem fizycznym elektrokardiograficznej próby wysiłkowej.

### **Tętnice (ocena przez ultrasonografistę i/lub praktykującego hipertensjologa)**

Należy rozważyć ultrasonografię tętnic szyjnych w celu wykrycia przerostu naczyń lub bezobjawowej miażdżycy, zwłaszcza u osób w podeszłym wieku.

U chorych o umiarkowanym ryzyku, dużym obciążeniu rodzinnym oraz z bardzo wysokimi ciśnieniami należy rozważyć pomiar PWV między tętnicą szyjną a udową w celu wykrycia wzrostu sztywności dużych tętnic.

U chorych z cechami upośledzenia krążenia obwodowego (chromanie przestankowe) należy rozważyć pomiar wskaźnika kostkowo-ramiennego (ABI).

### **Nerki**

U wszystkich pacjentów z nadciśnieniem tętniczym zaleca się oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy i eGFR.

U wszystkich pacjentów z nadciśnieniem tętniczym zaleca się ocenę wydalania białka z moczem za pomocą testu paskowego.

U chorych z dodatnim testem paskowym (badanie na obecność białka w moczu) zaleca się ocenę albuminurii w pojedynczej próbce moczu i wyrażenie jej w postaci stosunku stężenia albumin w moczu do stężenia kreatyniny w moczu (ACR mg/g).

### **Dno oczu**

Należy rozważyć badanie siatkówki u pacjentów z trudnym do kontroli lub opornym nadciśnieniem w celu wykrycia krwawień, ognisk wysięku i obrzęku tarczy nerwu wzrokowego, które wiążą się ze zwiększonym ryzykiem sercowo-naczyniowym.

Nie zaleca się badania siatkówki u pacjentów z łagodnym lub umiarkowanym nadciśnieniem bez cukrzycy, z wyjątkiem osób młodych.

## **Mózg**

U pacjentów z nadciśnieniem tętniczym i pogorszeniem czynności poznawczej można rozważyć obrazowanie mózgu za pomocą MRI lub tomografii komputerowej.

## STANDARDY MEDYCZNE I ORGANIZACYJNE KOORDYNOWANEJ AMBULATORYJNEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ W CUKRZYCY T. 2

(wersja robocza w trakcie konsultacji z Konsultantem Wojewódzkim)

**Standardy medyczne** – na podstawie wytycznych PTD z 2016 roku.

*Standardy organizacyjne* – do dalszej dyskusji.

### KOMPETENCJE LEKARZA POZ

#### Wczesne wykrywanie

Zalecane co 3 lata badanie glikemii na czczo u każdej osoby powyżej 45 roku życia oraz co roku u osób z następujących grup wysokiego ryzyka:

1. Dane z wywiadu:
  - z nadwagą lub otyłością,
  - u kobiet z przebytą cukrzycą ciążową,
  - u kobiet, które urodziły dziecko o masie ciała > 4 kg,
  - z cukrzycą występującą w rodzinie (rodzice bądź rodzeństwo),
  - mało aktywnych fizycznie.
2. Dane kliniczne:
  - z hiperlipidemią,
  - z nadciśnieniem tętniczym,
  - z chorobą układu sercowo-naczyniowego,
  - u których w poprzednim badaniu stwierdzono stan przedcukrzycowy,
  - u kobiet z zespołem policystycznych jajników,
  - z zespołem metabolicznym.

*Program wczesnego wykrywania cukrzycy powinien docierać do zadeklarowanych pacjentów poprzez materiały edukacyjne (m.in. możliwość wpisania danych z wywiadu do kwestionariusza na stronie www, przesłania e-mailem) oraz indywidualne zaproszenia dla pacjentów z grup ryzyka wytypowanych na podstawie danych z wywiadu ankietowego.*

*Finansowanie świadczeń uzależnione od uzyskanych efektów w oparciu o przyjęte mierniki (np. ilość nowo zdefiniowanych pacjentów z grup ryzyka i pomiarów glikemii w tej grupie po roku od poprzedniego badania) z budżetu zadaniowego.*

*U pacjentów z innymi chorobami przewlekłymi pomiar glikemii częścią standardowej diagnostyki w trakcie leczenia.*

### **Prewencja i opóźnianie rozwoju**

- osoby z wysokim ryzykiem rozwoju cukrzycy typu 2 – edukacja na temat zasad zdrowego stylu życia,
- pacjenci w stanie przedcukrzycowym – zmniejszenie masy ciała i zwiększenie aktywności fizycznej.

*Działania podejmowane przez edukatorów zdrowotnych rozliczanych z funduszu zadaniowego.*

### **Monitorowanie glikemii oraz rozpoznawanie późnych powikłań**

1. Kontrola glikemii:
  - samokontrola po przeszkoleniu dotyczącym sposobu korzystania z glukometru,
  - oznaczanie poziomu HbA1C.
2. Ocena zagrożenia pojawienia się późnych powikłań.
3. Diagnostyka wczesnych stadiów późnych powikłań: nefropatii, retinopatii, neuropatii, neuropatii anatomicznej, stopy cukrzycowej.

### **Zalecenia dotyczące monitorowania dorosłych chorych na cukrzycę t.2.**

<b>Parametr</b>	<b>Po rozpoznaniu cukrzycy, a następnie:</b>
Edukacja dietetyczna i terapeutyczna	Na każdej wizycie
HbA1c	Raz w roku, częściej w przypadku wątpliwości utrzymania normoglikemii lub konieczności weryfikacji skuteczności leczenia po jego modyfikacji
Lipidogram	Raz w roku, częściej w przypadku o dyslipidemii.
Albuminuria	Raz w roku u chorych nieleczonych inhibitorami ACE lub antagonistami receptora AT1

Badanie ogólne moczu	Raz w roku
Kreatynina	Raz w roku
Kreatynina, Na+, K+, Ca <sup>2+</sup> , PO <sub>4</sub> <sup>3-</sup>	Co pół roku u chorych z podwyższonym stężeniem kreatyniny
Dno oka przy rozszerzonych źrenicach	Raz w roku
TSH	Co 5 lat lub częściej, zgodnie z wytycznymi PTD i PTE
Badanie czucia nacisku, bólu, temperatury, wibracji*	Raz w roku
Badanie stóp i ukrwienia kończyn dolnych	Co najmniej raz w roku
Badanie EKG	Co najmniej raz w roku

\* po przeszkoleniu dotyczącym badania czucia bólu i wibracji w celu wczesnego wykrywania objawów neuropatii czuciowej, wskazane jest wyposażenie gabinetu w monofilament Semmes-Weinsteina, przyrząd do badania czucia temperatury i stroik Ryde-la-Seiffera 128 Hz, które umożliwiają to badanie.

### **Prewencja, diagnostyka i leczenie nefropatii cukrzycowej**

<b>eGFR</b>	<b>Postępowanie</b>
Wszyscy chorzy na cukrzycę	Raz w roku określić wydalanie albuminy z moczem oraz stężenie kreatyniny i potasu we krwi
45–60	Skierować chorego na konsultację nefrologiczną Skorygować dawki stosowanych leków Monitorować czynność nerek co 6 miesięcy Monitorować stężenia sodu, potasu*, wapnia, fosforanów, wodorowęglanów, hemoglobiny i PTH raz w roku



	Uzupełniać niedobory Przeprowadzić szkolenie dietetyczne
30–44	Monitorować czynność nerek co 3 miesiące Monitorować stężenia sodu, potasu*, wapnia, fosforanów, wodorowęglanów, hemoglobiny i PTH co 6 miesięcy Skorygować dawki stosowanych leków
< 30	Skierować na leczenie nefrologiczne

*Badanie po rozpoznaniu cukrzycy t.2 oraz kontrolne raz w roku, powinno być przeprowadzane wg określonego algorytmu i opisane na specjalnym formularzu.*

*Czas wizyty – min. 30-45 minut.*

*Każde badanie nowo rozpoznanej cukrzycy t.2 i jego opisanie wg przyjętego schematu – oraz przeprowadzenie diagnostyki z tym związanej – powinno być finansowane z budżetu zadaniowego.*

### **Leczenie**

1. Prowadzenie chorych leczonych behawioralnie oraz za pomocą leków doustnych.
2. Rozpoczęcie i prowadzenie insulinoterapii w modelu terapii skojarzonej z lekami doustnymi.

Celem leczenia jest uzyskanie wartości docelowych w zakresie: glikemii, ciśnienia tętniczego, lipidogramu i masy ciała.

### **Edukacja**

Edukacja jest stałym, integralnym i niezbędnym składnikiem postępowania terapeutycznego w cukrzycy w trakcie każdej wizyty lekarskiej. Ponadto powinna być realizowana w ustrukturuwany sposób, obejmując edukację w okresie rozpoczynania terapii, a następnie reedukację, na podstawie corocznej oceny potrzeb szkoleniowych pacjenta bądź na jego prośbę.

Zalecane jest równoległe prowadzenie zindywidualizowanej edukacji oraz tworzenie grupowych programów edukacyjnych. Edukację powinny prowadzić odpowiednio przeszkolone osoby (lekarze, pielęgniarki, dietetycy, natomiast w długoterminowej perspektywie należy dążyć do ukształtowania zawodu medycznego — edukatora diabetologicznego).

W edukacji powinni brać również udział członkowie zespołu terapeutycznego, reprezentujący różne zawody medyczne. Potrzebne są programy edukacyjne dla osób, u których stwierdzono cukrzycę oraz reedukacyjne dla pacjentów chorujących od dłuższego czasu. Przydatne jest proponowanie edukacji dla ich rodzin i bliskich. W edukacji należy wykorzystywać współczesne technologie (DVD, internet).

Edukacja wstępna chorego na cukrzycę leczonego dietą lub dietą i doustnymi lekami hipoglikemizującymi powinna trwać co najmniej 5 godzin, natomiast pacjenta leczonego insuliną — około 9 godzin.

Należy ją kontynuować przez cały rok, przeznaczając łącznie na ten cel 5–9 godzin dla chorych na cukrzycę typu 2. W następnych latach czas przeznaczony na reedukację musi być uzależniony od zasobu wiedzy, którą przyswoił pacjent, od liczby błędów popełnianych przez chorego, a także od rodzaju pojawiających się ewentualnie powikłań czy chorób towarzyszących.

Zaleca się wprowadzenie nowych programów edukacyjnych o udokumentowanej skuteczności, potwierdzonej wynikami badań.

*Programy edukacyjne powinny być realizowane z funduszu zadaniowego i rozliczane za efekty (np. poświadczenie udziału w szkoleniach, stopień zmniejszenia poziomu HbA<sub>1c</sub>).*

## **KOMPETENCJE LEKARZA AOS**

### **Konsultacja diabetologa**

Lekarz POZ kieruje na konsultację do diabetologa w następujących sytuacjach:

1. Brak możliwości edukacji diabetologicznej w ramach POZ;
2. Trudności w osiągnięciu kryteriów wyrównania glikemii i lipidów;
3. Trudności w osiągnięciu celów leczenia nadciśnienia tętniczego;
4. Powtarzające się hipoglikemie;
5. Ciąża;
6. Podejrzenie/rozpoznanie wczesnego stadium późnych powikłań cukrzycy: nefropatii, retinopatii, neuropatii, stopy cukrzycowej, sercowo-naczyniowych;
7. Inne problemy, np. z ustaleniem typu cukrzycy, edukacją, leczeniem, monitorowaniem chorych.

### **Konsultacja kardiologa**

1. Planowane rozpoczęcie intensywnych ćwiczeń fizycznych u osób > 35. roku życia, w przeszłości prowadzących mało aktywny tryb życia.
2. Obecność (poza cukrzycą) dwóch lub więcej czynników ryzyka ChNS:
  - nieprawidłowe parametry gospodarki lipidowej,
  - nadciśnienie tętnicze,
  - palenie tytoniu,
  - wywiad rodzinny dotyczący przedwczesnego występowania miażdżycy,
  - obecność albuminurii,
  - obecność neuropatii autonomicznej.
3. Obecność typowych lub nietypowych objawów ze strony układu sercowo-naczyniowego.
4. Nieprawidłowy zapis spoczynkowego EKG.
5. Współistnienie miażdżycy tętnic szyjnych lub obwodowych.

### **Konsultacja nefrologa**

- zalecana przy eGFR < 60 ml/min/ 1,73 m<sup>2</sup>
- obowiązkowa przy eGFR < 30 ml/min/ 1,73 m<sup>2</sup>

### **Konsultacja neurologa**

- podejrzenie/obecność neuropatii obwodowej

*Konsultacje specjalisty (do 3 wizyt na podstawie 1 skierowania) mają na celu potwierdzenie wskazań do dalszej diagnostyki i leczenia w poradni specjalistycznej.*

*Po konsultacji lekarz POZ otrzymuje informację wraz z propozycją dalszego postępowania.*

*Na podstawie uzyskanej informacji, w przypadku takiego zalecenia, lekarz POZ wypisuje skierowanie na dalszą diagnostykę i leczenie do poradni AOS.*

## BIBLIOGRAFIA

1. Brown R.S., Peikes D., Peterson G., Schore J., Razafindrakoto C.M. (2012), *Six Features Of Medicare Coordinated Care Demonstration Programs That Cut Hospital Admissions Of High-Risk Patients*, "Health Affairs", 31(6), s. 1156–66.
2. Damps-Konstańska I., Werachowska L., Krakowiak P. (2009), *Rola opiekuna medycznego i wolontariusza w opiece nad chorymi na zaawansowaną postać przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POChP)*, „Medycyna Paliatywna w Praktyce”, 3(3), s. 150–156.
3. Davis K., Schoenbaum S.C., Audet A.–M. (2005), *A 2020 Vision of Patient-Centered Primary Care*, "Journal of General Internal Medicine", 20(10), s. 953–957.
4. Hermanowski T., Rutkowski J. (2015), *Zintegrowana opieka zdrowotna. Zarys problematyki*, Zeszyty Naukowe Politechniki Śląskiej, Seria: Organizacja i zarządzanie, z. 83 nr 1941, s. 225–233
5. Jończyk J. (2011), *Ocena satysfakcji pacjenta w kontekście jakości opieki zdrowotnej*, Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu, nr 15, s. 301–310.
6. Kawalko Sz. (2014), *Istota i zadania współczesnej polityki ochrony zdrowia*, Studia Gdańskie. Wizje i rzeczywistość, t. XI, GWSH, s. 325–338.
7. Kozierkiewicz A. (2016), *Konsolidacja i integracja opieki zdrowotnej*, Akademia NFZ <http://akademia.nfz.gov.pl/wp-content/uploads/2016/04/AKOZIERKIEWICZ.pdf>
8. Macinko, J., Starfield B., Shi L. (2003), *The Contribution of Primary Care Systems to Health Outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) Countries, 1970–1998*, "Health Services Research", 38(3), s. 831–865.
9. McConnell K.J. (2016), *Oregon's Medicaid Coordinated Care Organizations*, "Journal of the American Medical Association", 315(9), s. 869–870.
10. McDonald K.M., Sundaram V., Bravata D.M. et al. (2007), *Closing the Quality Gap: A Critical Analysis of Quality Improvement Strategies. Volume 7: Care Coordination*, Agency for Healthcare Research and Quality (US), "Technical Reviews", No. 9.7.
11. Michalak J., Rybarczyk-Szwajkowska A. (2015), *Dzieje koordynowanej opieki zdrowotnej w regionie łódzkim i mieście Łodzi – studium przypadku*, „Journal of Health Policy, Insurance and Management – Polityka Zdrowotna”, XVI/VI, s. 127–151
12. NFZ (2016), *Podstawowa Opieka Zdrowotna – potencjał i jego wykorzystanie*,

<http://nfz.gov.pl/o-nfz>

13. Polskie Towarzystwo Diabetologiczne (2016), *Zalecenia kliniczne dotyczące postępowania u chorych na cukrzycę 2016. Stanowisko Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego*, Diabetologia Kliniczna, tom 5, Suplement A
14. Polskie Towarzystwo Nadciśnienia Tętniczego (2015), *Zasady postępowania w nadciśnieniu tętniczym - 2015 rok. Wytyczne Polskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego*. [www.nadcisnienietetnicze.pl](http://www.nadcisnienietetnicze.pl)
15. Shi L. (1994), *Primary Care, Specialty Care, and Life Chances*, “International Journal of Health Services”, 24(3), s. 431–458.
16. Starfield B., Shi L., Macinko J. (2005), *Contribution of Primary Care to Health Systems and Health*, “Milbank Quarterly”, 83(3), s. 457–502.
17. Suominen–Taipale A.L., Koskinen S., Martelin T., Holmen J., Johnsen R. (2004), *Differences in older adults' use of primary and specialist care services in two Nordic countries*, “European Journal of Public Health”, 14(4), s. 375–380.
18. Szalonka K.(2015), *Strategie konkurowania na rynku ochrony zdrowia w Polsce – próba identyfikacji*, Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego Nr 850 Problemy Zarządzania, Finansów i Marketingu nr 37, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Wrocławskiego, s. 93–105.