

Projekt pilotażowy Kompleksowej Opieki nad Osobami z Niewydolnością Serca – punkt wyjścia i spodziewane rezultaty

Jadwiga Nessler¹, Adam Kozierkiewicz², Andrzej Gackowski¹, Piotr Ponikowski³, Tomasz Hryniewiecki⁴, Marcin Gruchała⁵, Mariusz Gąsior⁶, Tomasz Grodzicki⁷, Jarosław Kaźmierczak⁸, Jacek Legutko⁹, Przemysław Leszek¹⁰, Maciej Miłkowski¹¹, Piotr Rozentryt^{6,12}, Radosław Sierpiński¹³, Ewa Straburzyńska-Migaj¹⁴, Andrzej Śliwczyński¹⁵, Izabella Uchmanowicz¹⁶, Adam Windak¹⁷, Adam Witkowski¹⁸, Andrzej Zapaśnik¹⁹, Łukasz Szumowski²⁰

- 1 Klinika Choroby Wieńcowej i Niewydolności Serca Instytutu Kardiologii, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Krakowski Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II
- 2 JASPERS, Warszawa
- 3 Katedra i Klinika Chorób Serca, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu
- 4 Klinika Wad Nabytych Serca, Instytut Kardiologii im. Stefana Wyszyńskiego, Warszawa
- 5 I Katedra i Klinika Kardiologii, Gdański Uniwersytet Medyczny
- 6 III Katedra i Oddział Kliniczny Kardiologii, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, Śląskie Centrum Chorób Serca, Zabrze
- 7 Katedra Chorób Wewnętrznych i Gerontologii, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Oddział Kliniczny Chorób Wewnętrznych Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie
- 8 Klinika Kardiologii z Intensywnym Nadzorem Kardiologicznym SP Szpitala Klinicznego nr 2 Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie
- 9 II Klinika Kardiologii oraz Interwencji Sercowo-Naczyniowych Instytutu Kardiologii, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków
- 10 Klinika Niewydolności Serca i Transplantologii, Instytut Kardiologii im. Stefana Wyszyńskiego, Warszawa
- 11 Ministerstwo Zdrowia, Warszawa
- 12 Katedra Toksykologii i Uzależnień, Wydział Nauk o Zdrowiu w Bytomiu, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach
- 13 Agencja Badań Medycznych, Warszawa
- 14 I Klinika i Katedra Kardiologii, Uniwersytet Medyczny w Poznaniu, Szpital Kliniczny Przemienienia Pańskiego UM, Poznań
- 15 Narodowy Fundusz Zdrowia, Warszawa
- 16 Katedra Pielęgniarstwa Klinicznego, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu
- 17 Zakład Medycyny Rodzinnej, Katedra Chorób Wewnętrznych i Gerontologii, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków
- 18 Klinika Kardiologii i Angiologii Interwencyjnej, Instytut Kardiologii im. Stefana Wyszyńskiego, Warszawa
- 19 Przychodnia BaltiMed, Polska Fundacja Opieki Zintegrowanej, Gdańsk
- 20 Klinika Zaburzeń Rytmu Serca, Instytut Kardiologii im. Stefana Wyszyńskiego, Warszawa

SŁOWA KLUCZOWE

opieka koordynowana,
zarządzanie chorobą,
niewydolność serca,
opieka zintegrowana

STRESZCZENIE

Niewydolność serca (NS) jest istotnym problemem zdrowotnym, ponieważ wiąże się z wysoką chorobowością i śmiertelnością. Przewiduje się, że w najbliższych latach liczba dotkniętych nią osób wzrośnie o blisko 25%, co spowoduje znaczne obciążenie społeczeństwa. Analizując sytuację chorych na NS, stwierdzono istotne braki w opiece przedszpitalnej. Ich skutkiem jest zarówno zbyt późne rozpoznanie choroby, jak i brak odpowiedniego nadzoru nad przebiegiem terapii, a co za tym idzie – jej optymalizacji, co prowadzi do zaostrzenia choroby i konieczności leczenia szpitalnego. W związku z tym Polskie Towarzystwo Kardiologiczne (PTK) zaproponowało zintegrowany pionowo model opieki nad chorymi z NS, który będzie realizowany pod nazwą Kompleksowa Opieka nad Osobami z Niewydolnością Serca (KONS). KONS, łączący elementy opieki ambulatoryjnej, farmakoterapii, leczenia interwencyjnego (kardiologia inwazyjna, elektroterapia, kardiochirurgia) oraz rehabilitacji, ma zapewnić wielodyscyplinarną i ciągłą opiekę o charakterze skoordynowanym, uwzględniającą zaangażowanie pacjenta w leczenie oraz umożliwiającą mu uzyskanie właściwych świadczeń we właściwym czasie. W niniejszym artykule przedstawiono założenia KONS uwzględnione w rozporządzeniu Ministra Zdrowia oraz zarządzeniu Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia – dokumentach regulacyjnych, które stanowią fundament tego innowacyjnego modelu opieki zdrowotnej.

Adres do korespondencji

prof. dr hab. n. med. Jadwiga Nessler, Kierownik Kliniki Choroby Wieńcowej i Niewydolności Serca, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Krakowski Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II, ul. Prądnicka 80, Kraków, tel.: +12 614 22 18, e-mail: jnessler@interia.pl
© Copyright by the Author(s), 2019

Skróty

ACEI (*angiotensin converting enzyme inhibitors*) – inhibitory konwertazy angiotensyny
AOS – ambulatoryjna opieka specjalistyczna
ARB (*angiotensin receptor blockers*) – blokery receptorów angiotensyny
BB – β -blokery
ECMO (*extracorporeal membrane oxygenation*) – pozaustrojowa oksygenacji przezbłonowa
IPOM – indywidualny plan opieki medycznej
KONS – Kompleksowa Opieka nad Osobami z Niewydolnością Serca
KOS – Kompleksowa Opieka nad Pacjentem po Zawale Serca
MRA – blokery receptora mineralokortykoidowego
NFZ – Narodowy Fundusz Zdrowia
NS – niewydolność serca (kod I50 wg ICD-10)
NYHA – New York Heart Association
POZ – podstawowa opieka zdrowotna
PTK – Polskie Towarzystwo Kardiologiczne
SOR/IP – szpitalny oddział ratunkowy lub izba przyjęć

Wstęp

Niewydolność serca (NS) jest problemem zdrowotnym charakterystycznym dla starzejącej się populacji obciążonej chorobami serca i naczyń.¹ Szacuje się, że w Polsce żyje ponad 750 000 chorych na NS. Z danych Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ) wynika, że w ostatnich latach w publicznym systemie opieki zdrowotnej leczono około 650 000 osób rocznie.² Przewiduje się, że w najbliższym czasie liczba pacjentów z NS wzrośnie o blisko 25%, co spowoduje znaczne obciążenie dla społeczeństwa.³

Kilka ośrodków analitycznych przedstawiło analizę obecnego stanu opieki nad chorymi z NS oraz związanych z nią wyzwań.³⁻⁵ Wśród najważniejszych problemów wymieniano niedostatki opieki przedszpitalnej (skutkujące zarówno zbyt późnym rozpoznaniem choroby, jak i brakiem odpowiedniego nadzoru), w tym brak optymalizacji przebiegu terapii, który prowadzi do zaostrzenia choroby i konieczności leczenia szpitalnego. Ma to szczególne znaczenie dla chorych wypisywanych do domu po dekompenсации układu krążenia, ponieważ są oni obciążeni bardzo dużym ryzykiem ponownego zaostrzenia, któremu może zapobiec optymalizacja terapii. Zauważalne są ponadto deficyty w zakresie koordynacji opieki między placówkami zajmującymi się pacjentem, m.in. niewłaściwy przepływ informacji, który prowadzi do powtarzania badań i podejmowania suboptymalnych decyzji terapeutycznych. Brak możliwości rozliczenia niektórych świadczeń w trybie przedszpitalnym lub jednodniowym skutkuje z kolei zbędnymi przyjęciami do szpitala. W ramach opieki szpitalnej daje się we znaki ograniczenie dostępności terapii, które wynika z niemożności ich rozliczenia i skutkuje wydłużeniem czasu oczekiwania na niektóre istotne procedury (np. ablacje, implantacje urządzeń wszczepialnych, niektóre procedury zastawkowe). Wpływa to w zasadniczy sposób na przeżycie chorych, zwłaszcza w zaawansowanych stadiach choroby. Pacjenci w naszym kraju nie mają wystarczającej wiedzy

na temat NS, nie uświadamiają sobie przede wszystkim konieczności systematycznego stosowania leków i unikania czynników ryzyka zaostrzających chorobę.⁶ Są również słabo przygotowani do samokontroli objawów, o czym świadczy nieumiejętność wczesnego wykrywania objawów dekompenсации na podstawie takich prostych obserwacji, jak codzienny pomiar wagi ciała, monitorowanie częstotliwości akcji serca czy pomiar ciśnienia tętniczego krwi.⁶ Powtarzające się dekompenсации układu krążenia prowadzą do stopniowego pogarszania się funkcji nie tylko serca, ale też wielu innych narządów, co skutkuje skróceniem przeżycia chorych z NS, a więc pogorszeniem rokowania.⁴

Wymienione problemy oraz zwiększająca się populacja chorych z NS, a także utrudnienia związane z ich leczeniem skłoniły Polskie Towarzystwo Kardiologiczne (PTK) do przygotowania propozycji modelu opieki nad chorymi z NS, nazwanego Kompleksową Opieką nad Osobami z Niewydolnością Serca (KONS). Jest to system opieki koordynowanej, przeznaczony dla chorych z NS wysokiego ryzyka, a więc po wypisie ze szpitala z powodu zaostrzenia choroby (dekompenсации) oraz z rozpoznaną stabilną NS. Uwzględnia kompleksowość opieki, łącząc elementy opieki ambulatoryjnej, farmakoterapii, leczenia interwencyjnego (kardiologia inwazyjna, elektroterapia, kardiochirurgia) oraz rehabilitacji. Proponowany model ma zapewniać skoordynowaną wielodyscyplinarną i ciągłą opiekę, uwzględniającą zaangażowanie samego pacjenta w leczenie oraz umożliwiającą uzyskanie właściwych świadczeń we właściwym czasie. Ma on stanowić uzupełnienie opieki kardiologicznej przewidzianej w aktualnie realizowanym programie kompleksowej opieki nad pacjentem po zawale serca (KOS),⁷ a zarazem rozszerzenie systemu opieki koordynowanej w POZ.⁸ Inicjatywa PTK spotkała się z przychylną odpowiedzią Ministra Zdrowia, który zakwalifikował projekt do realizacji w formie pilotażowej.⁹

Poniżej przedstawiono założenia KONS, które przyjęto za podstawę odpowiednich dokumentów regulacyjnych: rozporządzenia Ministra Zdrowia oraz zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, stanowiących fundament tego innowacyjnego modelu opieki zdrowotnej.

Zasady opieki nad pacjentem w ramach KONS

Rozporządzenie Ministra Zdrowia definiuje cel główny i cele szczegółowe stawiane przez KONS. Celem głównym jest „ograniczenie skutków występowania niewydolności serca”, a cele szczegółowe odnoszą się kolejno do: wczesnego wykrywania NS i określania jej etiologii, spowolnienia postępu choroby, optymalnego wykorzystania zasobów opieki zdrowotnej w opiece nad chorymi z NS, poprawy długości i jakości życia chorych z NS oraz ograniczenia zaostrzeń choroby.¹⁰⁻¹³

Cele KONS skoncentrowane są na usunięciu istniejących niesprawności systemu oraz poprawie efektu leczenia pacjentów z NS. Efekt wczesnego wykrywania NS oraz identyfikowanie chorych można osiągnąć dzięki poszerzeniu możliwości diagnostycznych POZ, takich jak oznaczenie stężenia peptydów natriuretycznych w celu wykluczenia NS u osób zgłaszających się do POZ. Może się również zmniejszyć liczba pacjentów kierowanych do ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS) w celu potwierdzenia NS.

Zidentyfikowanie pacjenta z NS i włączenie go do programu KONS będzie się wiązać z dodatkowym finansowaniem procedur niezbędnych do właściwego diagnozowania przyczyn choroby i leczenia zgodnego z aktualnie obowiązującymi standardami. Model opieki zakłada optymalne wykorzystanie zasobów, któremu ma służyć preferencyjne (w stosunku do stacjonarnych) finansowanie świadczeń ambulatoryjnych i jednodniowych. Będzie się ponadto promować sprawowanie opieki nad pacjentami z NS w warunkach ambulatoryjnych, zarówno bezpośrednio po wypisie ze szpitala, jak i u osób zdiagnozowanych, ale wymagających optymalizacji terapii. Świadczenia te przejmie POZ (zespół lekarza POZ), a w razie zaostrzenia choroby, zależnie od potrzeby, chorzy będą kierowani na oddziały dzienne, a stamtąd – jeśli poprawa stanu zdrowia pacjenta okaże się niemożliwa – do leczenia stacjonarnego.

Wprowadzenie dobrze funkcjonującej opieki ambulatoryjnej, opartej na współpracy lekarza kardiologa z innymi specjalistami oraz lekarzem POZ, powinno poprawić zarówno jakość opieki, jak i jakość życia pacjentów. Bieżący aktywny nadzór nad chorymi z ustabilizowaną NS, prowadzony przez lekarzy POZ oraz pielęgniarki edukujące pacjentów w zakresie samoopieki, powinien znaleźć odzwierciedlenie w niższej liczbie dekomensacji, a tym samym w spowolnieniu postępu choroby. Można przypuszczać, że nowoczesne metody leczenia,

wsparte odpowiednim nadzorem i rehabilitacją, ostatecznie zaowocują poprawą jakości i długości życia chorych z NS.

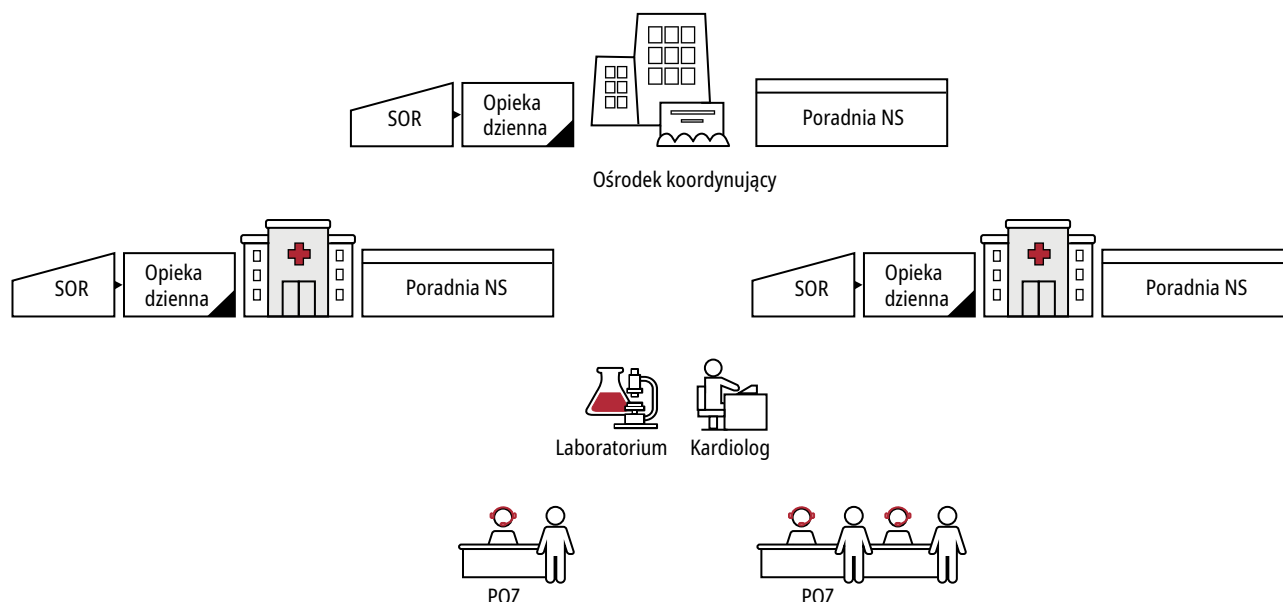
Sposób finansowania w ramach KONS

Źródłem finansowania POZ jest obecnie przede wszystkim opłata kapitacyjna, którą się różnicuje w zależności od wieku, a nie stanu zdrowia pacjenta. W ramach KONS od momentu włączenia chorego (za jego zgodą) do programu można będzie rozliczać dodatkowe wynagrodzenie dla placówki POZ oraz część dotychczas niedostępnych świadczeń, m.in. oznaczenie stężenia peptydów natriuretycznych (BNP, NT-proBNP), badanie echokardiograficzne, a także konsultacje kardiologa i porady edukacyjne prowadzone przez pielęgniarkę z odpowiednimi kompetencjami w zakresie NS. Czynności te będzie można realizować w placówkach grupy KONS lub z tzw. budżetu powierzonego POZ, z którego placówka POZ będzie mogła uzyskać finansowanie. Należy zaznaczyć, że warunkiem refundacji świadczeń w POZ będzie rozpoznanie NS w \geq II klasie New York Heart Association (NYHA) i zgoda pacjenta na udział w programie. Stąd też świadczenia poprzedzające rozpoznanie muszą zostać sfinansowane z budżetu kapitacyjnego placówki lub z ryczałtu szpitala, który postawił rozpoznanie. Autorzy koncepcji programu KONS zakładają, że w przyszłości pacjentom jeszcze niezakwalifikowanym do KONS będzie można wykonać co najmniej badanie BNP/NT-proBNP, co usprawni proces diagnostyczny.

Dalszą diagnostykę, w szczególności zmierzającą do określenia etiologii i nasilenia choroby, będzie można prowadzić, korzystając z refundacji z tytułu uczestnictwa w KONS. Placówki należące do sieci KONS będą mogły realizować określone świadczenia (głównie diagnostyczne) bez limitów ilościowych, pod warunkiem że będą je wykonywać w trybie ambulatoryjnym lub jednodniowym. Świadczenia pacjentów uczestniczących w programie KONS będą ponadto traktowane jako kontynuacja leczenia, termin ich wykonania będzie więc zależeć od konieczności klinicznej, a nie kolejności zgłoszeń.¹⁴ W ten sposób placówki grupy KONS będą selektywnie motywowane do wykonywania określonych świadczeń przez rozliczanie poza ryczałtem, który wynika z przynależności do sieci szpitali.¹⁵

Hospitalizacje, z wyjątkiem hospitalizacji planowych w celu wykonania wybranych świadczeń wysokospecjalistycznych, nie będą finansowane dodatkowo, co oznacza, że będzie się je rozliczać w ramach istniejących ryczałtów sieci szpitali. Takie rozwiązanie służy promowaniu postępowania diagnostycznego w trybie ambulatoryjnym i jednodniowym, które ma zastąpić powszechnie realizowaną diagnostykę w trybie hospitalizacji.

Pacjenci KONS będą również mieli dostęp do wybranych świadczeń wysokospecja-



RYCINA Schemat grupy KONS

Skróty: NS – niewydolność serca, POZ – podstawowa opieka zdrowotna, SOR – szpitalny oddział ratunkowy

listycznych – począwszy od koronarografii i koronaroplastyki, przez ablację i implantację urządzeń wszczepialnych, a skończywszy na procedurach finansowanych poza ryczałtem. Ponadto szpitale w grupie KONS będą miały możliwość i obowiązek zapewnienia chorym niezbędnej rehabilitacji. Brak ilościowych limitów świadczeń będzie kompensowany bieżącą analizą danych i publicznym prezentowaniem wskaźników charakteryzujących schematy postępowania (*benchmark*), aby nie dopuścić do potencjalnych nieprawidłowości.

Wycena świadczeń stosowanych obecnie w rozliczeniu pozostanie bez zmian. Pośród świadczeń realizowanych w trybie ambulatoryjnym i jednodniowym zdefiniowano świadczenia uznane za niezbędne w procesie diagnostyczno-terapeutycznym, które obecnie nie są osobno rozliczane. Wycenę świadczeń określono na podstawie danych z rynku usług medycznych. Dodatkowo NFZ zastosuje przeliczniki podnoszące wycenę niektórych świadczeń, w szczególności w odniesieniu do pacjentów, którzy przez ostatnie 6 miesięcy nie korzystali z opieki szpitalnej. Mechanizm ten ma w jasny sposób preferować stosowanie świadczeń ambulatoryjnych lub jednodniowych.

Struktura organizacyjna

W celu prowadzenia skoordynowanej opieki nad pacjentami z NS postanowiono powołać strukturę (grupy KONS) obejmujące od kilku do kilkudziesięciu placówek medycznych, zorganizowane w kształcie piramidy, której fundament stanowią placówki POZ zintegrowane pionowo (*vertical integration*) ze szpitalami poszczególnych poziomów referencyjnych (*RYC.*). Tego rodzaju integracja ma charakter funkcjonalny, chociaż nie jest wykluczone, że pewne placówki POZ mogą działać w ramach szerszych struktur,

podobnych do działających w przeszłości zintegrowanych specjalistycznych zespołów zakładów opieki zdrowotnej.¹⁶ Na szczycie piramidy umieszczono ośrodek o najwyższym poziomie referencyjnym, w pełni kompetentny w leczeniu skomplikowanych przypadków NS, a także służący jako wsparcie edukacyjno-konsultacyjne pozostałych placówek w grupie.

Między placówkami POZ a ośrodkiem koordynującym usytuowane są szpitale niższych poziomów referencyjnych, którym przypisano role wynikające z przyznanych im kompetencji oraz lokalizacji. Placówki te powinny dysponować oddziałami SOR przygotowanymi do realizacji świadczeń hospitalizacji jednodniowej, oraz oddziałem chorób wewnętrznych i/lub kardiologicznym o charakterze zachowawczym. Zakłada się, że szpitale wyższych poziomów będą dysponować możliwością wykonywania zabiegów koronarografii i koronaroplastyki oraz procedur z zakresu elektrokardiologii, kardiologii interwencyjnej i kardiochirurgii, z możliwością zastosowania pozaustrojowej oksygenacji przebiełonowej (ECMO) włącznie.

Opiekę nad chorymi z mniej nasilonym NS będą sprawować zespoły lekarzy i pielęgniarek POZ, wspierane na bieżąco przez konsultantów kardiologów i pielęgniarce NS, pracujące w szpitalach grupy KONS. Zorganizowane w ten sposób zespoły POZ będą odpowiedzialne za prowadzenie chorych z NS w stanie stabilnym. Wspomagane przez konsultantów kardiologów, będą im zapewniać niezbędne świadczenia lekarskie, pielęgniarckie i edukacyjne, a także leki oraz monitorowanie zgodności (*compliance*) w zakresie stosowania farmakoterapii i zachowań zdrowotnych pacjenta. Konsultanci kardiologów będą na bieżąco wspierać lekarzy POZ w zakresie diagnozowania i leczenia chorych z NS, lecz nie będą ich zastępować w opiece nad tymi chorymi.

TABELA Wskaźniki efektywności i jakości opieki nad świadczeniobiorcami objętymi programem pilotażowym

Lp.	Wskaźnik
1a.	Współczynnik świadczeniobiorców przyjętych przez lekarza POZ z powodu NS lub podejrzenia NS (w populacji podopiecznych POZ)
1b.	Współczynnik standaryzowany świadczeniobiorców przyjętych przez lekarza POZ z powodu NS lub podejrzenia NS (w populacji podopiecznych POZ)
2.	Współczynnik świadczeniobiorców z rozpoznaniem NS objętych KONS (w populacji podopiecznych POZ z rozpoznaniem NS)
3.	Współczynnik konsultacji kardiologicznych udzielonych z powodu NS w ramach KONS (w populacji pacjentów KONS)
4.	Współczynnik świadczeniobiorców z zaostrzeniem NS wymagających interwencji RM (w populacji pacjentów KONS)
5.	Współczynnik świadczeniobiorców z zaostrzeniem NS wymagających hospitalizacji (w populacji pacjentów KONS)
6.	Współczynnik świadczeniobiorców przyjętych na oddział stacjonarny szpitala z powodu NS (w populacji pacjentów KONS)
7.	Współczynnik świadczeniobiorców przyjętych na oddział dzienny szpitala z powodu NS (w populacji pacjentów KONS)
8.	Współczynnik świadczeniobiorców przyjętych na SOR/IP szpitala z powodu NS (w populacji pacjentów KONS)
9.	Współczynnik świadczeniobiorców przyjętych w poradni NS (w populacji pacjentów KONS)
10.	Współczynnik porad udzielonych świadczeniobiorcom w poradni NS (w populacji pacjentów KONS)
11.	Współczynnik konsultacji udzielonych przedstawicielom zawodów medycznych przez poradnię NS (w populacji pacjentów KONS)
12.	Współczynnik świadczeniobiorców uzyskujących porady w poradni NS po wypisie ze szpitala (w populacji pacjentów KONS wypisanych ze szpitala)
13.	Współczynnik świadczeniobiorców leczonych w POZ z zastosowaniem ≥ 2 z następujących grup leków: ACEI, ARB, BB, MRA (w populacji pacjentów KONS objętych opieką danej placówki)
14.	Współczynnik świadczeniobiorców z NS leczonych z zastosowaniem ≥ 2 z następujących grup leków: ACEI, ARB, BB, MRA (w populacji pacjentów KONS objętych opieką danej placówki)
15.	Współczynnik świadczeniobiorców z NS objętych rehabilitacją w ciągu 30 dni po wypisie ze szpitala (w populacji pacjentów KONS objętych opieką danej placówki)
16.	Współczynnik zgonów w ciągu 30 dni po wypisie ze szpitala (w populacji pacjentów KONS wypisanych ze szpitala)
17.	Współczynnik readmisji w ciągu 30 dni po wypisie ze szpitala (w populacji pacjentów KONS wypisanych ze szpitala)
18.	Współczynnik poszczególnych procedur wg rodzaju (z Załącznika nr 1 do rozporządzenia MZ; w populacji pacjentów KONS)

Skróty: ACEI – inhibitory konwertazy angiotensyny, ARB – blokery receptorów angiotensyny, BB – β -blokery, KONS – Kompleksowa Opieka nad Osobami z Niewydolnością Serca, MRA – blokery receptora mineralokortykoidowego, MZ – Ministerstwo Zdrowia, NS – niewydolność serca, POZ – podstawowa opieka zdrowotna, SOR/IP – szpitalny oddział ratunkowy/izba przyjęć

Nowością we współpracy POZ z kardiologami będą konsultacje w trybie lekarz–lekarz, które umożliwią omawianie decyzji klinicznych telefonicznie lub w innej formie.

Szczegółowe warunki współpracy podmiotów w ramach grupy KONS zostaną opracowane lokalnie, w zależności od uwarunkowań miejscowych. W większych aglomeracjach możliwe i prawdopodobne będzie istnienie placówek

łączących role dwóch, a nawet wszystkich trzech poziomów referencyjnych. W mniejszych miejscowościach konieczne będzie zapewnienie pacjentom geograficznego dostępu do odpowiedniej opieki, co oznacza, że lokalne szpitale powinny dostosować działalność do proponowanego modelu.

Umowa o współpracy

Uczestnictwo placówki medycznej w grupie KONS jest dobrowolne i powinno w oczach chorych z NS stanowić element jej „przewagi konkurencyjnej”. Placówki grupy KONS związane są umową o współpracy, która jest rodzajem umowy konsorcjum, a zatem jako umowa cywilna może być swobodnie kształtowana przez uczestników grupy. Umowa o współpracy ma zawierać zapisy określające role placówek w grupie KONS, sposoby sprawowania opieki, kierowania pacjentów na świadczenia planowe do poszczególnych szpitali, a także przetwarzania danych osobowych. Ponadto rolą umowy jest zbudowanie u pracowników poszczególnych placówek grupy KONS poczucia wspólnoty celów, do których grupa została powołana. Zakłada się, że placówki niewywiązujące się w satysfakcjonujący sposób z przyjętych zadań będą odpowiednio motywowane, a w skrajnych sytuacjach wykluczane z grupy.

Wytyczne postępowania klinicznego i monitorowanie jakości świadczeń

Placówki grupy KONS powinny w praktyce stosować wytyczne postępowania klinicznego w zakresie diagnostyki i leczenia NS. Podstawę stanowi dokument European Society of Cardiology (ESC),^{13,17-19} planowane jest jednak wykorzystanie możliwości wynikających z artykułu 11 Ustawy⁹ i wydanie zaleceń postępowania w formie obwieszczenia MZ. Za upowszechnianie dobrych praktyk w zakresie diagnostyki i terapii, szkolenie personelu oraz nadzór nad jakością świadczeń odpowiada ośrodek koordynujący.

Placówki KONS będą zachęcane do wdrażania protokołów postępowania z pacjentem z NS, szczególnie w ramach interwencji w trybie nagłym (SOR, IP), a także w zakresie przekazywania pacjentów między placówkami, edukacji zdrowotnej i planowania opieki zaproponowanej przez grupę KONS (możliwej do modyfikacji). Nowym elementem opieki ma być tzw. indywidualny plan opieki medycznej (IPOM) – sformalizowane zalecenia dla pacjenta oraz opiekujących się nim pracowników medycznych.

W programie pilotażowym przewidziano uruchomienie monitorowania jakości, przy czym w rozporządzeniu Ministra Zdrowia określono minimalny zakres wskaźników jakości (TAB.), pozostawiając dowolność w zakresie poszerzonych form monitorowania. Wskaźniki wskazane w rozporządzeniu Ministra Zdrowia mogą być – co do zasady – wygenerowane z podstawowego zbioru danych gromadzonych przez

NFZ w celach rozliczeniowych. Inne potencjalne wskaźniki wymagają dodatkowego wysiłku w zakresie rejestracji danych.

System informacyjny

Istotnym elementem modelu KONS jest przepływ i gromadzenie informacji o chorych oraz o przebiegu i wynikach leczenia. Planowany system składa się z kilku części, przy czym w największym możliwym stopniu zostaną wykorzystane zasoby i narzędzia już istniejące (w szczególności należące do NFZ oraz Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia).

Główny zbiór danych stanowiąc będą dane rozliczeniowe NFZ oparte na komunikacji XML SWIAD. Ten zbiór danych, konieczny do rozliczeń, można uruchomić natychmiast, ponieważ wszystkie strony dysponują oprogramowaniem służącym do wprowadzania danych oraz ich elektronicznego przesyłania do NFZ. Zbiór ten zostanie uzupełniony o wybrane dane kliniczne rejestrowane przy okazji wykonywania określonych świadczeń, które umożliwią śledzenie kluczowych parametrów klinicznych, wskazując tempo postępu lub remisji choroby.

Kolejnym elementem systemu będzie narzędzie służące do wymiany dokumentacji medycznej. Wstępnie założono wymianę tylko kilku indywidualnych dokumentów medycznych, określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie dokumentacji medycznej, tj. skierowania na badanie lub konsultację i ich wyników oraz karty wypisowej ze szpitala.²⁰

Nowością w polskim systemie ochrony zdrowia będzie gromadzenie danych obrazujących stan zdrowia z punktu widzenia pacjenta.²¹ Śledzeniu stanu zdrowia i jakości życia, a także kształtowaniu elementów opieki będą służyć narzędzia oceny leczenia przez pacjenta (*patient reported outcome measure* – PROM) – krótkie ankiety, zawierające kilka pytań, m.in. o zdolność do chodzenia po schodach, przybieranie na wadze, obrzęk w okolicach kostek. Skróconą wersją PROM będzie system codziennego raportowania informacji na temat przyjmowania leków przez pacjenta, jego aktualnej wagi i tętna, dostępny w formie prostej aplikacji mobilnej.

Docelowo wymienione strumienie obiegu danych i informacji zostaną zintegrowane. Integrację będzie też można przeprowadzić wtórnie, łącząc rekordy określonych pacjentów oznaczone identyfikatorem danego pacjenta (np. PESEL), co jednak wymaga określenia warunków zgodnych z zasadami RODO. Jako narzędzie integracji może ponadto posłużyć Krajowy Rejestr Niewydolności Serca (KRNS), zasilany – wtórnie lub pierwotnie – danymi z wszystkich wymienionych źródeł.

Oczekiwane wyniki

Model KONS zaprojektowano w taki sposób, aby u chorych z NS spowolnić postęp choroby,

utrzymać optymalną jakość życia, opóźnić czas zgonu, a także zmniejszyć liczbę hospitalizacji.

Opieka nad pacjentem będzie się skupiać na następujących elementach:

- odpowiednia edukacja pacjentów – prowadzona przez wykształconego edukatora (pielęgniarkę lub inną przeszkoloną osobę) i skoncentrowana na współpracy z lekarzem i samoocenie stanu klinicznego, która pozwala na samodzielne monitorowanie objawów i modyfikację leczenia odwadniającego
- aktywny nadzór nad przebiegiem choroby, w szczególności po wypisaniu ze szpitala
- ułatwiony dostęp do pomocy w trakcie epizodów dekompensacji
- optymalizacja farmakoterapii
- optymalne stosowanie rewaskularyzacji, elektroterapii, interwencji kardiochirurgicznych i małoinwazyjnych zabiegów strukturalnych
- zapewnienie wsparcia psychospołecznego chorym, ich rodzinom i/lub opiekunom
- nadzór, monitorowanie jakości, prowadzących do jej poprawy

Podsumowanie

KONS jest odmianą programu zarządzania chorobą (*disease management* – DM) realizowaną przez pionowo zintegrowaną strukturę placówek medycznych. Model ten wspiera koncepcję opieki koordynowanej, w której kolejne zdarzenia medyczne wynikają z poprzednich i są planowane (lub co najmniej przewidywane), a uczestniczące w nim placówki znają swoją rolę w procesie diagnostyczno-terapeutycznym. Model KONS zapewnia ciągłą opiekę (*continuous care*), dzięki której chory jest utrzymywany w optymalnym i stabilnym stanie tak długo, jak to możliwe. KONS zakłada aktywną opiekę skoncentrowaną na chorym (*patient centered care*). Podmioty medyczne w zorganizowany sposób starają się odpowiedzieć na jego potrzeby, a często również je przewidywać. Jest to kolejny taki program, obok wdrożonego w roku 2017 programu koordynowanej opieki dla chorych po ostrych zespołach wieńcowych oraz wielu wprowadzonych przez NFZ programów zdrowotnych odnoszących się do chorób rzadkich lub takich, których leczenie jest szczególnie kosztowne (np. hemofilia).

Ze względu na stopień skomplikowania model KONS będzie wdrażany w formie pilotażu, a w razie powodzenia będzie się go stopniowo rozwijać w całym kraju. Zarówno w trakcie pilotażu, jak i później szczególnie nacisk będzie położony na optymalne wykorzystanie zasobów systemu ochrony zdrowia, w szczególności czasu pracy lekarzy i pielęgniarek. Sposobem na tę optymalizację jest koncentrowanie się na działaniach zasadnych i skutecznych oraz delegowanie niektórych zadań na pozostały personel.

Ostatecznym celem wszystkich podejmowanych działań jest uzyskanie maksymalnej

długości i jakości życia chorych z NS. Oczekiwana optymalizacja funkcjonowania systemu jest niezbędna z uwagi na narastający problem NS w starzejącej się populacji naszego kraju.

INFORMACJE O ARTYKULE

KONFLIKT INTERESÓW: Nie zgłoszono.

Powyższy tekst jest tłumaczeniem artykułu: Nessler J, Kozierekiewicz A, Gackowski A i wsp. Comprehensive Heart Failure Care pilot study: departure point and expected developments. *Kardiol Pol.* 2019; 77: 994-999. doi: 10.33963/KP.15035 (wersja angielska).

PIŚMIENICTWO

- 1 World Health Organization, The World Health Report 2008. Primary Health Care. http://www.who.int/whr/2008/whr08_en.pdf (dostęp: 19.08.2017).
- 2 Nessler J, Kozierekiewicz A i wsp. Leczenie niewydolności serca w Polsce w latach 2010–2017 oparte na szpitalach (dane nieopublikowane).
- 3 Straburzyńska-Migaj E, Nessler J, Gackowski A, Rozentryt P. „Niewydolność serca w Polsce” – raport 2016. Sekcja Niewydolności Serca Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego 2016.
- 4 Gierczyński J, Gryglewicz J, Karczewicz E, Zalewska H. Niewydolność serca – analiza kosztów ekonomicznych i społecznych. Warszawa, Uczelnia Łązarskiego, 2013.
- 5 Łyszczarz B, Gierczyński J, Nojszewska E i wsp. Ocena kosztów niewydolności serca. Warszawa, Instytut Innowacyjna Gospodarka, 2017.
- 6 Płotka A, Prokop E, Migaj J i wsp. Patients' knowledge of heart failure and their perception of the disease. *Patient Prefer Adherence.* 2017; 11: 1459–1467
- 7 Narodowy Fundusz Zdrowia. Projekt zarządzenia – warunki i realizacja – leczenie szpitalne – świadczenia kompleksowe. 13 03 2017. <http://nfz.gov.pl/zarządzenia-prezesa/projekty-zarządzen/projekt-zarządzenia-warunki-i-realizacja-leczenie-szpitalne-swiadczenia-kompleksowe,6456.html> (dostęp: 15.08.2017).
- 8 Narodowy Fundusz Zdrowia. Projekt pilotażu POZ Plus. 26.06.2017. <http://www.nfz.gov.pl/aktualnosci/aktualnosci-centrali/komunikat-dla-swiadczeniodawcow,7012.html> (dostęp: 15.08.2017).
- 9 Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2004 nr 210 poz. 2135).
- 10 Nessler J, Kozierekiewicz A, Gackowski A i wsp. Kompleksowa opieka nad chorymi z niewydolnością serca w Polsce: propozycje rozwiązań organizacyjnych. *Kardiol Pol.* 2018; 76: 479–487.
- 11 Balsam P, Tymieńska A, Kapłon-Cieślicka A i wsp. Predictors of one-year outcome in patients hospitalised for heart failure: results from the Polish part of the Heart Failure Pilot Survey of the European Society of Cardiology. *Kardiol Pol.* 2016; 74: 9–17.
- 12 Nessler J, Straburzyńska-Migaj E, Windak A i wsp. Expert consensus on the usefulness of natriuretic peptides in heart failure. *Kardiol Pol.* 2018; 76: 215–224.
- 13 Nessler J, Windak A, Oleszczyk M i wsp. Zasady postępowania w niewydolności serca. *Lek Rodz.* 2015; 1 (nr spec.).
- 14 Minister Zdrowia. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie sposobu i kryteriów ustalania dopuszczalnego czasu oczekiwania na wybrane zakresy świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. 2015 poz. 1948).
- 15 Ministerstwo Zdrowia. Sieć szpitali. <http://siecszpitali.mz.gov.pl/> (dostęp: 15.08.2017).
- 16 Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. 1991 nr 91 poz. 408).
- 17 Ponikowski P, Voors AA, Anker SD i wsp. Wytyczne ESC dotyczące diagnostyki i leczenia ostrej i przewlekłej niewydolności serca w 2016 roku. *Kardiol Pol.* 2016; 74: 1037–1147.
- 18 Kałużna-Oleksy M, Kolasa J, Migaj J i wsp. Pierwsze doświadczenia kliniczne z przedstawicielem nowej grupy leków ARNI (sakubitryl/walsartan) u pacjentów z niewydolnością serca z obniżoną frakcją wyrzutową lewej komory w Polsce. *Kardiol Pol.* 2018; 76: 381–387.
- 19 Sosnowska-Pasiarska B, Bartkowiak R, Wożakowska-Kapłon B i wsp. Population of Polish patients participating in the Heart Failure Pilot Survey (ESC-HF Pilot). *Kardiol Pol.* 2013; 71: 234–240.
- 20 Minister Zdrowia. Rozporządzenie z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. 2015 poz. 2069).
- 21 Uchmanowicz I, Wleklík M. Polish adaptation and reliability testing of the nine-item European Heart Failure Self-care Behaviour Scale (9-EHFScBS). *Kardiol Pol.* 2016; 74: 691–696.