

20
24

RAPORT
Z BADAŃIA

Czynniki sukcesu
organizacji ośrodków
realizujących program

KOS-ZAWAŁ



IZMOZ | INSTYTUT ZARZĄDZANIA
W OCHRONIE ZDROWIA

WYDAWNICTWO UCZELNI ŁAZARSKIEGO

ul. Świeradowska 43,
02-662 Warszawa, Polska

AUTORZY:

dr n ekon. Małgorzata Gałązka-Sobotka
Łukasz Sosnowski
Karolina Piotrowska

RADA NAUKOWA PROJEKTU:

prof. dr hab. n. med. Mariusz Gąsior
*Kierownik III Katedry i Oddziału Klinicznego
Kardiologii, Śląskie Centrum Chorób Serca
w Zabrze*

prof. dr hab. n. med. Krystian Wita
*Konsultant wojewódzki w dziedzinie kardiologii;
p.o. zastępcy dyrektora ds. leczenia,
kierownik, Oddział Intensywnego Nadzoru
Kardiologicznego, Górnośląskie Centrum
Medyczne im. prof. Leszka Gieca*

prof. dr hab. n. med. Tomasz Roleder
*Kierownik oddziału kardiologicznego
z pododdziałem intensywnego nadzoru
kardiologicznego w Szpitalu Specjalistycznym
we Wrocławiu*

dr n. med. Jakub Foryś
*Ordynator Zgierskiego Centrum Kardiologii
Med-Pro Polsko-Amerykańskich Klinik Serca*

OPRACOWANIE GRAFICZNE

Katarzyna Kapcia

ISBN 978-83-60694-60-2

e-ISBN 978-83-60694-61-9

DOI 10.26399/978-83-60694-60-2

Partnerem projektu jest:

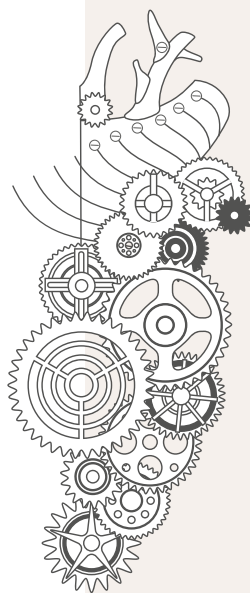


SPIS TREŚCI

WYKAZ SKRÓTÓW	4
01. KOS-ZAWAŁ – NOWATORSKI MODEL OPIEKI NAD PACJENTEM	5
NAJWAŻNIEJSZE WNIOSKI	6
OGÓLNE INFORMACJE O PROGRAMIE KOS-ZAWAŁ	7
ASPEKTY FINANSOWE PROGRAMU KOS-ZAWAŁ	9
FUNKCJONOWANIE PROGRAMU KOS-ZAWAŁ – NA PODSTAWIE DANYCH NFZ.....	11
DANE KLINICZNE – WYNIKI ODLEGŁE LECZENIA W PROGRAMIE KOS-ZAWAŁ	12
OPIS I PRZEBIEG BADANIA	13
02. CZYNNIKI SUKCESU KOS-ZAWAŁ – ANALIZA PORÓWNAWCZA	16
SKALA DZIAŁANIA	18
KOORDYNATOR I JEGO ROLA W ZESPOLE	18
SPRAWNE AMBULATORIUM.....	20
SYSTEM MOTYWACYJNY	22
PEWNY PARTNER W REALIZACJI REHABILITACJI	23
MOMENT I SPOSÓB WŁĄCZENIA PACJENTA DO PROGRAMU	25
KOMUNIKACJA Z PACJENTEM I INFORMOWANIE O PROGRAMIE	26
SYSTEM HIS W SŁUŻBIE PROGRAMU KOS-ZAWAŁ	27
03. PORÓWNANIE GŁÓWNYCH WSKAŹNIKÓW REALIZACJI PROGRAMU	29
03. REKOMENDACJE SYSTEMOWE	31

WYKAZ SKRÓTÓW

AMI	<i>acute myocardial infarction</i> , leczenie ostrego zawału serca
BMI	<i>body mass index</i> , współczynnik masy ciała
CABG	<i>coronary artery bypass graft</i> , pomostowanie aortalno-wieńcowe/leczenie hybrydowe
CRP	<i>C reactive protein</i> , białko C-reaktywne
CRT-D	<i>cardiac resynchronization therapy defibrillator</i> , kardiowerter-defibrylator z funkcją resynchronizacji
CVD	<i>cardiovascular disease</i> , choroby układu sercowo-naczyniowego
DM	<i>diabetes mellitus</i> , cukrzyca
ESC	<i>The European Society of Cardiology</i> , Europejskie Towarzystwo Kardiologiczne
ICD	<i>implantable cardioverter-defibrillator</i> , kardiowerter-defibrylator
JGP	jednorodna grupa pacjentów
MACCE	<i>major adverse cardiac and cerebrovascular events</i> , istotne incydenty sercowo-naczyniowe
MACE	<i>major adverse cardiac events</i> , istotne incydenty sercowe
NFZ	Narodowy Fundusz Zdrowia
NSTEMI	<i>no ST elevation myocardial infarction</i> , zawał serca bez uniesienia odcinka ST
PCI	<i>percutaneous coronary intervention</i> , przezskórna angioplastyka wieńcowa
POCHP	obturacyjna choroba płuc



01

KOS-ZAWAŁ
– NOWATORSKI MODEL
OPIEKI NAD PACJENTEM

NAJWAŻNIEJSZE WNIOSKI

W RAMACH BADANIA PRZEPROWADZONEGO W CZTERECH OŚRODKACH OPIEKI KARDIOLOGICZNEJ ZIDENTYFIKOWANO **KLUCZOWE CZYNNIKI SUKCESU** DLA REALIZACJI PROGRAMU KOMPLEKSOWEJ OPIEKI PO ZAWALE SERCA KOS-ZAWAŁ.

TE CZYNNIKI TO:



Kluczową obserwacją jest fakt, że każdy z czterech ośrodków realizuje te czynniki w mniej lub bardziej odmienny sposób. To co jest wspólne i stałe, że wszystkie one są realizowane na bardzo wysokim poziomie, choć wielkość szpitali, ich struktura i profil istotnie się od siebie różnią.

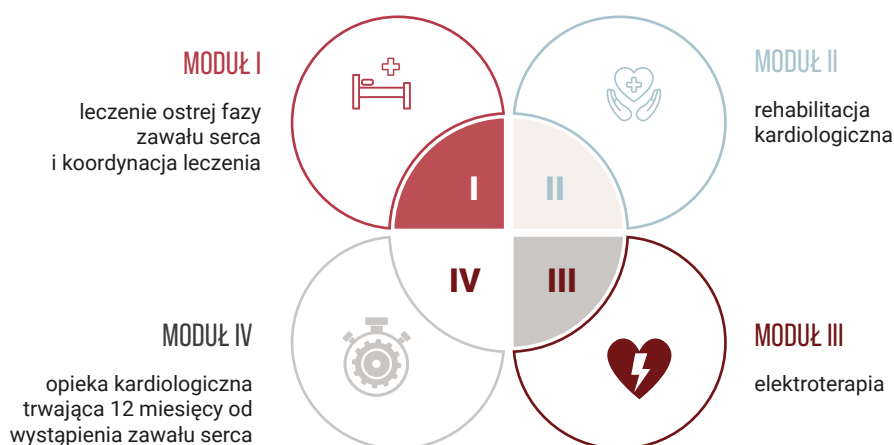
Pozwala to postawić tezę, że **skuteczne i opłacalne dla podmiotu medycznego wdrożenie programu KOS-Zawał możliwe jest niezależnie od jego wielkości, struktury organizacyjnej lub zatrudnienia.** Jednakże warunkiem brzegowym jest realizacja wskazanych kluczowych czynników sukcesu. Szczegóły co do ich wdrożenia mogą, a nawet powinny być odmiennie i adaptowalne do charakterystyki konkretnego ośrodka.

OGÓLNE INFORMACJE O PROGRAMIE KOS-ZAWAŁ

KOS-Zawał to program kompleksowej specjalistycznej opieki w zakresie leczenia szpitalnego, ambulatoryjnego i rehabilitacji kardiologicznej, przeznaczony dla pacjentów po zawale mięśnia sercowego. Program funkcjonuje od października 2017 r. w ramach świadczeń gwarantowanych finansowanych ze środków publicznych. KOS-Zawał jest pierwszym ogólnopolskim programem kompleksowej opieki szpitalnej i poszpitalnej skierowanym do pacjentów z zawałem serca, który obejmuje ostrą interwencję, kompleksową rewaskularyzację, rehabilitację kardiologiczną, ścisłą obserwację ambulatoryjną i zapobieganie nagłemu zgonowi sercowemu w kwalifikujących się grupach chorych. Pacjenci uczestniczący w programie mają zapewnioną ciągłość leczenia w trakcie 12 miesięcy od wypisu ze szpitala, w tym rehabilitację kardiologiczną, edukację na temat czynników ryzyka chorób serca oraz wizyty monitorujące stan ich zdrowia.

Pierwszy etap leczenia w programie obejmuje leczenie ostrej fazy zawału serca, które może obejmować pierwotną angioplastykę wieńcową (PCI), angioplastykę wieloetapową, pomostowanie aortalno-wieńcowe (CABG), leczenie hybrydowe (CABG oraz PCI) lub leczenie zachowawcze. Po zakończeniu hospitalizacji fazy ostrej do 10 dni po wypisie, chorzy włączeni do programu mają zaplanowaną wizytę koordynującą. Podczas pierwszej wizyty przeprowadzane jest badanie przedmiotowe i podmiotowe, wykonywane kontrolny zapis spoczynkowego elektrokardiogramu (EKG) oraz badania laboratoryjne. W skład badań kontrolnych wchodzi: morfologia krwi, stężenie kreatyniny, elektrolitów oraz białka C-reaktywnego (CRP). W ramach realizacji programu KOS-Zawał realizatorzy programu wyznaczają koordynatorów nadzorujących plan leczenia. Do zadań koordynatora programu należy: nadzorowanie prowadzenia dokumentacji, ustalanie terminów wizyty kontrolnych oraz współpraca z personelem medycznego na każdym etapie leczenia chorego. Koordynacja leczenia to zapewnienie pacjentowi

MODUŁY KOS-ZAWAŁ



świadczeń związanych z przebyłym zawałem, zależnie od jego stanu zdrowia przez zespół specjalistów. Koordynacja to także opracowanie planu opieki nad pacjentem oraz ww. wizyta koordynująca, która zamyka moduł I.

Moduł II programu obejmuje rehabilitację kardiologiczną w ramach KOS-Zawał. Są tu trzy możliwości: rehabilitacja stacjonarna, dzienna i hybrydowa. Po zakończeniu leczenia ostrego zawału serca (AMI, *acute myocardial infarction/leczenia*) pacjenci uczestniczący w programie do 14 dni od wypisu przyjmowani są na oddział rehabilitacyjny. Rehabilitacja kardiologiczna może być prowadzona jako opieka w trybie stacjonarnym, w trybie oddziału dziennego lub w trybie rehabilitacji hybrydowej. Kryteriami do skierowania chorego na rehabilitację w trybie stacjonarnym są: przebyte CABG, powikłania leczenia inwazyjnego, dysfunkcja skurczowa lewej komory (LVEF <35%), LVEF >35% z towarzyszącymi objawami niewydolności serca w klasie NYHA III, obturacyjna choroba płuc (POCHP) w wywiadzie lub cukrzyca (DM) typu 1 lub 2 na insulinoterapii. Rehabilitacja w ramach drugiego modułu programu KOS-Zawał trwa od 4 do 12 tygodni. Przy przyjęciu chorego oprócz badania przedmiotowego i podmiotowego wykonywane jest badanie EKG, badanie echokardiograficzne oraz badanie wysiłkowe na bieżni. Jeżeli nie zostanie przekroczony termin realizacji modułu II, to zostanie naliczony za niego 10-procentowy bonus pieniężny od NFZ.

Program rehabilitacji kardiologicznej obejmuje grupowe i indywidualne ćwiczenia ogólnousprawniające, ćwiczenia rozluźniające i relaksujące, czynne ćwiczenia oddechowe oraz trening interwałowy na

cykloergometrze rowerowym. Podczas modułu rehabilitacji chorzy mają zapewnioną opiekę psychologiczną wsparcie dietetyczne oraz zajęcia z promocji zdrowia pod kątem zdrowego stylu życia ze szczególnym uwzględnieniem pomocy w zaprzestaniu palenia tytoniu. Moduł rehabilitacji kończy się oceną stanu zdrowia pacjenta, kontrolą współczynnika masy ciała (BMI), obwodu tali, ciśnienia tętniczego. Wydolność wysiłkowa chorego oceniana jest podczas kontrolnego testu wysiłkowego na bieżni ruchomej.

Moduł III to elektroterapia. W ramach tego modułu chory może otrzymać kardiowerter-defibrylator (ICD) lub układ resynchronizujący serce (CRT-D). Kontrolę UKG (echo serca) kwalifikującą do implantacji wyżej wymienionych urządzeń należy wykonać nie później niż 6–9 tygodni od wypisu ze szpitala.

Moduł IV to opieka kardiologiczna trwająca 12 miesięcy od wystąpienia zawału serca, w ramach której pacjent powinien mieć możliwość uzyskania porady lekarskiej z możliwością dostępu do świadczeń wraz z badaniami diagnostycznymi w ramach Oddziału Kardiologicznego. Moduł IV kończy wizyta podsumowująca podczas której lekarz pełniący dotychczasową opiekę ambulatoryjną na chorym może wystawić zaświadczenie o możliwości powrotu do pracy zawodowej przy stwierdzeniu braku przeciwwskazań kardiologicznych. Podczas wizyty podsumowującej dokonuje się kontrolnych pomiarów BMI, przeprowadzany jest wywiad w zakresie o zaprzestaniu lub utrzymaniu palenia tytoniu oraz oznacza się stężenia frakcji cholesterolu, glikemii oraz fakultatywnie hemoglobiny glikowanej.

ASPEKTY FINANSOWE PROGRAMU KOS-ZAWAŁ

Świadczenie zostało wprowadzone do finansowania ze środków publicznych w 2017 roku Zarządzeniem Nr 38/2017/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 maja 2017 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne świadczenia kompleksowe, oparte na podstawie art. 102 ust 5 pkt 21 i 25 oraz art. 146 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2016r. poz. 1793, z późn. zm.). W ramach programu przewidziano bonusy finansowe dla realizatorów programu, które mają na celu poprawę jakości udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej, są one także finansową motywacją do zachowania terminów wyznaczonych w programie. Są one określone współczynnikami korygującymi:

1. Współczynnik korygujący 1,2 – w przypadku realizacji świadczeń w ramach oddziału kardiochirurgicznego z całodobowym dyżurem lekarskim przy rozliczaniu świadczeń związanych z pomostowaniem naczyń wieńcowych w ramach grup: E04, E05G, E06G. Jest to możliwość uzyskania finansowych bonusów w przypadku, gdy podmiot realizuje świadczenia KOS-Zawał w ramach posiadanego w strukturze organizacyjnej oddziału kardiochirurgicznego, wówczas wartość procedury pomostowania aortalno-wieńcowego korygowana jest o 20%.
2. Współczynnik korygujący 1,1 – w przypadku rozpoczęcia rehabilitacji kardiologicznej do 14-stu dni od daty wypisu ze szpitala. W ramach drugiego etapu opieki kompleksowej (rehabilitacja) rozpoczęcie wczesnej rehabilitacji do 14 dni od wypisu skutkuje 10% bonusem za każdy dzień rehabilitacji.
3. Współczynnik korygujący 1,1 – w przypadku realizacji programu dziennej rehabilitacji kardiologicznej w ramach oddziału, który wchodzi w strukturę jednostki prowadzącej program KOS-Zawał. W ramach drugiego etapu opieki kompleksowej (rehabilitacja) w przypadku realizacji rehabilitacji dziennej przez ośrodek Koordynujący daje kolejne 10% premii.
4. Współczynnik korygujący 1,1 – w przypadku, jeśli w terminie do 4-ego miesiąca od wypisu ze szpitala zostanie wydane zaświadczenie lekarskie przez lekarza sprawującego opiekę nad tym pacjentem o braku przeciwwskazań kardiologicznych do podjęcia pracy zawodowej. W ramach tego etapu jest przyznawana premia finansowa dla Ośrodka Koordynującego, gdy lekarz wystawi zaświadczenie o braku przeciwwskazań do pracy zawodowej pacjenta w okresie do 4 miesięcy od zawału. Wartość premii finansowej wynosi 10% pierwszego etapu opieki kompleksowej i jest wypłacana bezpośrednio po realizacji procedury.
5. Współczynnik korygujący 1,15 – w przypadku zrealizowania wszystkich świadczeń wynikających z indywidualnego planu leczenia, które zostały zrealizowane w terminie 12 miesięcy zgodnie z założeniami kompleksowej opieki po zawale mięśnia sercowego (KOS-Zawał). Jeżeli pacjent ukończy cały 12-miesięczny program KOS-Zawał w przewidzianych interwałach czasowych – wartość produktów rozliczeniowych (ustalona dla leczenia i monitorowania) – to podmiot koordynujący otrzyma dodatkowe +15% premii przy rozliczeniu bilansu opieki.

6. Współczynnik korygujący 1,1 – w przypadku świadczeniodawców, którzy osiągnęli cel terapeutyczny uzyskując co najmniej 40% pacjentów, u których w momencie zakończenia programu wykazano obniżenie poziomu cholesterolu LDL ≤ 55 mg/dl, wartość produktów rozliczeniowych (ustalona dla leczenia i monitorowania), podmiot koordynujący otrzyma dodatkowe +10% premii przy rozliczeniu bilansu opieki – przy czym w celu naliczenia współczynników, o których mowa w pkt 4 (wydanie do 4-ego miesiąca od wypisu zaświadczenia o braku przeciwwskazań), 5 (w przypadku zrealizowania wszystkich świadczeń z indywidualnego planu opieki) lub 6 (w przypadku osiągnięcia u co najmniej 40% pacjentów obniżenia poziomu cholesterolu LDL) świadczeniodawca sprawozdaje produkt rozliczeniowy – „Produkt premiowy KOS-Zawał” (kod 5.56.01.0000001).
7. Współczynnik korygujący 1,1 – w przypadku świadczeniodawców będących:
- › instytucjami, o których mowa w art. 3 ustawy z dnia 30 kwietnia 2010 r. o instytucjach badawczych (Dz. U. z 2020 r. poz. 1383 oraz z 2021 r. poz. 1192) albo
 - › podmiotami leczniczymi utworzonymi i prowadzonymi przez uczelnię medyczną w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 13 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, albo
 - › podmiotami leczniczymi utworzonymi i prowadzonymi przez Skarb Państwa reprezentowany przez ministra, prowadzącymi kształcenie podyplomowe lekarzy, albo
 - › podmiotami leczniczymi udostępniającymi uczelni medycznej jednostki organizacyjne niezbędne do prowadzenia kształcenia przed- i podyplomowego w zawodach medycznych, na podstawie umowy, o której mowa w art. 89 ust. 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, przedstawionej właściwemu oddziałowi Funduszu udzielających świadczeń pacjentom w zakresie Kompleksowej opieki po zawale mięśnia sercowego (KOS-Zawał), wartość JGP: E10, E11, E12G, E15, E16, E17G, E23G, E24G, E26, E29 korygowana jest z zastosowaniem współczynnika o wartości 1,1 oznacza to, że podmiot koordynujący otrzyma dodatkowe +10% premii przy rozliczeniu bilansu opieki.
8. Współczynnik korygujący 1,02 – w przypadku świadczeniodawców gdy udział chorych włączonych do programu KOS-Zawał przekroczy 60% wszystkich hospitalizowanych pacjentów z tym rozpoznaniem u tego świadczeniodawcy, wartość produktów do rozliczenia hospitalizacji (rozliczanych JGP E10, E11, E12G, E15) korygowana jest z zastosowaniem współczynnika o wartości 1,02 w ośrodku realizującym program, oznacza to, że podmiot koordynujący otrzyma dodatkowe +2% premii przy rozliczeniu bilansu opieki.

Realizacja programu KOS-Zawał, dzięki opisanym współczynnikom korygującym, ogólnej konstrukcji finansowej programu, w tym także nieobciążania limitu kontraktu szpitala, pozytywnie wpływa na rentowność ośrodka. Dzięki realizacji programu możliwe jest uzyskanie lepszych przepływów finansowych za te same procedury realizowane bez programu oraz wykonywanie nowych procedur wysoko specjalistycznych. Dzięki

temu możliwe jest nie tylko pokrycie kosztów inwestycji czy ustanowienia koordynatora, a także wprowadzenia dodatkowego systemu motywacyjnego, ale także ogólne zwiększenia przychodów podmiotu.

FUNKCJONOWANIE PROGRAMU KOS-ZAWAŁ – NA PODSTAWIE DANYCH NFZ

Według danych opublikowanych w raporcie NFZ pn. Funkcjonowanie programu KOS-Zawał w grudniu 2017 r. umowę na realizację programu posiadało 39 świadczeniodawców, a program był realizowany wówczas w 9 województwach. Natomiast w lipcu 2023 roku program realizowało już 103 świadczeniodawców (wzrost o 18 świadczeniodawców w porównaniu do grudnia 2021 roku). Liczba pacjentów, którym udzielono świadczenia w programie wzrastała w latach 2017–2022 (w 2022 roku świadczenia udzielono 29 tys. pacjentów). Z danych opublikowanych w ww. raporcie NFZ wynika, iż w okresie październik 2017 – grudzień 2022 w populacji przypadków zawału serca dominowali mężczyźni (64%). W przypadku populacji objętej KOS-Zawał średni wiek pacjenta wynosił 66 lat (mediana 66), a poza programem 69 lat (mediana 69). W przypadku mężczyzn średni wiek chorego uczestniczącego w programie w latach 2017-2022 wynosił 64 lata (mediana 65) a poza programem 67 lat

(mediana 67). W przypadku kobiet uczestniczących w programie KOS-Zawał średni wiek wynosił 69 lat (mediana 69 lat) a poza programem 73 lata (mediana 74 lata). Populacja pacjentów w programie KOS-Zawał była młodsza niż populacja ogólna chorych w Polsce i charakteryzował ją wyższy odsetek mężczyzn. Wśród przypadków zawału serca, które wystąpiły w okresie październik 2017 – grudzień 2022 dominowały zawały NSTEMI (bez uniesienia odcinka ST)², które stanowiły 63% łącznej liczby przypadków zawałów¹.

Zgodnie z wytycznymi ESC pacjent po ostrym incydencie wieńcowym powinien być zachęcany przez lekarzy do czynnego udziału w programach rehabilitacji kardiologicznej. Rehabilitacja kardiologiczna stanowi istotny element wtórnej profilaktyki CVD³. Jednakże dane dotyczące uczestnictwa w programach rehabilitacji pozawałowej w społeczeństwach Europy zachodniej wynoszą od 15% do około 35%⁴. Trening wysiłkowy który jest dostosowany do stanu klinicznego chorego poprawia wydolność fizyczną, zwiększa pułap tlenowy i wpływa ogólnie pozytywnie na prewencję CVD. Rehabilitacja kardiologiczna to dostosowanie do możliwości chorego wysiłek fizyczny, ale także edukacja chorego, wsparcie dietetyczne i psychologiczne.

Spośród 346 tys. przypadków zawałów poddanych analizie w raporcie NFZ, w okresie październik 2017 – grudzień 2022

¹ Raport Funkcjonowanie programu KOS-Zawał Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia Departament Analiz, Monitorowania Jakości i Optymalizacji Świadczeń, Warszawa 2023

² Zawał NSTEMI został zdefiniowany jako hospitalizacja sprawozdana z rozpoznaniem głównym I21.4, I21.9 wg ICD-10 a zawał STEMI jako hospitalizacja z rozpoznaniem głównym I21.0–I21.3 wg ICD-10.

³ Byrne, R. A., Rossello, X., Coughlan, J. J., Barbato, E., Berry, C., Chieffo, A., ... & Ibanez, B. (2023). Wytyczne ESC 2023 dotyczące postępowania w ostrych zespołach wieńcowych. Polish Heart Journal (Kardiologia Polska), 81(III), 1-102.

⁴ Urbinati, S., & Tonet, E. (2018). Cardiac rehabilitation after STEMI. Minerva cardioangiologica, 66(4), 464–470. <https://doi.org/10.23736/S0026-4725.18.04674-1>

u pacjentów, którzy przeżyli okres 30 dni od daty końca hospitalizacji i zakres danych pozwalał na obserwację minimum 30 dni, 22% było objętych rehabilitacją kardiologiczną w trakcie hospitalizacji z powodu zawału lub w okresie 30 dni od daty końca hospitalizacji. W przypadku 60 dni odsetek ten wynosił 32%, a 90 dni 35% (każdy z odsetków odnosi się wyłącznie do pacjentów, którzy przeżyli dany okres i możliwa była obserwacja pacjenta przez dany okres czasu)¹.

DANE KLINICZNE – WYNIKI ODLEGŁE LECZENIA W PROGRAMIE KOS-ZAWAŁ

Korzyści wynikające z programu wymagają danych klinicznych obejmujących znaczny odsetek populacji i długiego czasu gromadzenia danych. Jednak wyniki uzyskane na wczesnym etapie realizacji programu były obiecujące. Analiza przeżycia pacjentów z ostrym zespołem wieńcowym otrzymujących kompleksową i skoordynowaną opiekę po zawale mięśnia sercowego opublikowana w 2022 wykazała, że program zmniejsza ryzyko zgonu o 29% w pierwszym roku po zawale mięśnia sercowego. Zgodnie z badaniem, wdrożenie wczesnej rehabilitacji kardiologicznej i stały dostęp do kardiologa są bezpośrednimi przyczynami zmniejszenia śmiertelności. Autorzy zaobserwowali ponadto poprawę jakości życia chorych i mniejsze ryzyko kolejnych incydentów kardiologicznych u pacjentów objętych programem (liczba rehabilitacji wtórnych uległa znacznemu zmniejszeniu)⁵.

Na podstawie retrospektywnej analizy jednoośrodkowej przeprowadzonej w Górnośląskim Centrum Medycznym (GCM) im. prof. L. Gieca w Katowicach, grupę badawczą stanowili pacjenci hospitalizowani z powodu AMI w okresie od listopada 2017 r. do sierpnia 2018 r., którzy wyrazili zgodę na udział w programie KOS-Zawał. Natomiast grupę kontrolną stanowili chorzy hospitalizowani w GCM z powodu AMI w roku poprzedzającym rozpoczęcie programu KOS-Zawał tj. od listopada 2016 r. do sierpnia 2017 r. Wyjściowo przeanalizowano 1782 pacjentów po AMI: 719 chorych włączonych do programu KOS-Zawał oraz 1063 chorych z grupy kontrolnej⁶. Według autorki pracy uczestnictwo w programie było związane z 40% redukcją zdarzeń MACCE w 12- miesięcznej obserwacji. Incydenty sercowo-naczyniowe występowały w sposób istotnie statystycznie rzadziej u chorych leczonych w programie KOS-Zawał w porównaniu z grupą kontrolną (16,82% vs. 10,00%, $p < 0.001$). Wśród składowych MACCE udary odnotowywane były istotnie statystycznie rzadziej u osób włączonych do programu KOS-Zawał (1,5% vs. 0,19%, $p < 0.019$). W odsetku ponownych zawałów, hospitalizacji z powodu dekomensacji niewydolności serca (HF) oraz zgonów z jakiegokolwiek przyczyny widoczny jest jedynie trend w kierunku redukcji zdarzeń u osób uczestniczących w programie, który nie osiągnął istotności statystycznej. W zakresie różnic dotyczących śmiertelności całkowitej pomiędzy płciami, podczas 12-miesięcznej obserwacji nie zaobserwowano istotnych statystycznie różnic pomiędzy populacjami kobiet i mężczyzn uczestniczących w programie KOS-Zawał w zakresie

⁵ Kubiela, G., Diakowska, D., & Uchmanowicz, I. (2022). Survival analysis of patients with acute coronary syndrome receiving comprehensive coordinated care after myocardial infarction (KOS-Zawał). *Kardiologia polska*, 80(3), 415–321. <https://doi.org/10.33963/KPa2022.0035>



śmiertelności całkowitej (4,19% vs. 3,21%, $p=0,621$), ponownej hospitalizacji z powodu zaostrzenia niewydolności serca (4,19% vs. 5,52%, $p=0,582$) oraz ponownego zawału mięśnia serca (4,79% vs. 3,39%, $p=0,508$)⁶.

OPIS I PRZEBIEG BADANIA

Celem projektu było zbadanie aspektów organizacyjnych i finansowych opieki w ramach KOS-Zawał na przykładzie wybranych ośrodków i w konsekwencji upowszechnienie najlepszych praktyk. Do celów szczegółowych zaliczono natomiast:

- ➔ identyfikację kluczowych czynników sukcesu w organizacji ośrodków realizujących program KOS-Zawał.
- ➔ ocenę relacji stopnia osiągnięcia kluczowych celów programu KOS-Zawał do efektywności finansowej ośrodka (np. premia za realizację celów programu KOS-Zawał).

- ➔ identyfikację rozwiązań, które w szczególności wpływają na poprawę jakości opieki, doświadczeń pacjentów, doświadczeń personelu medycznego, oraz efektywność ekonomiczną.

Projekt, co do zasady nie dotyczył aspektów systemowych. Celem projektu nie było formułowanie wniosków dla reformy systemu opieki lub ścieżek pacjenta *a priori*. Wyniki projektu natomiast adresowane są do kadry zarządzającej ośrodkami kardiologicznymi, które dotychczas nie przystąpiły do realizacji programu KOS-Zawał.

Do przeprowadzenia badania wytypowano **cztery ośrodki o powszechnie uznanej renomie w zakresie realizacji programu KOS-Zawał w Polsce**. Renomę tę potwierdzają liczby włączeń pacjentów do programu oraz sukcesy w jego realizacji (patrz dalsza część raportu).

⁶ Rozprawa na stopień doktora w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu w dyscyplinie nauki medyczne – lek. Katarzyna Lucyna Wilkosz-Musiał. Ocena realizacji oraz analiza wyników odległych wdrożenia programu kompleksowej opieki po zawałe mięśnia sercowego (KOS-Zawał), Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, 2022 <https://ppm.edu.pl/info/phd/SUM99bd4a49cbbd44328490871bba28d2bb/>

Jako metodę badawczą zastosowano bezpośrednie strukturyzowane wywiady indywidualne, przeprowadzone z przedstawicielami ośrodków w ich siedzibach. Treść i zakres wywiadu została przygotowana i zaakceptowana przez Radę Naukową badania. Kwestionariusz badania składał się z puli 68 pytań. Na etapie projektowania badania założono, że wywiady zostaną przeprowadzone z:

- ➔ ordynatorem lub kierownik oddziału
- ➔ przedstawicielem dyrekcji szpitala
- ➔ osobą z działu finansowo-księgowego – zajmującą się programem
- ➔ lekarzami prowadzącymi program
- ➔ pielęgniarkami wspomagającymi lekarzy lub zaangażowanymi w program
- ➔ koordynatorem programu.

Dla każdej osoby – pełniącej jedną z w/w ról przydzielono odpowiednie pytania z puli. Tym samym, nikomu nie zadano wszystkich 68 pytań, a ich treść była celowana względem zajmowanego stanowiska. Z uwagi na specyfikę ośrodków, związaną np. z jego wielkością, podziałem obowiązków, składem osobowym, liczba wywiadów w każdym ośrodku była różna. Zawsze jednak przeprowadzono wywiady z koordynatorem projektu, lekarzami związanymi z jego realizacją, ordynatorem oddziału oraz osobami, które odpowiadały za raportowanie jego wykonania. W niektórych ośrodkach możliwe było przeprowadzenie wywiadów z kadrą pielęgniarską lub niemedyczną wspomagającą oraz pracownikami oddziału rehabilitacji. W każdym ośrodku przeprowadzono min. 6 wywiadów.

Kwestionariusz badania obejmował pytania z zakresu:

- ➔ pytań wstępnych
- ➔ pytań dot. satysfakcji pacjentów

- ➔ pytań dot. organizacji procedur i pracy zespołu
- ➔ pytań dot. ścieżki i obsługa pacjenta
- ➔ pytań dot. liczby pacjentów, struktury świadczeń i efektów finansowych
- ➔ pytań o rady dla tych, którzy zastanawiają się nad wejściem w realizację programu
- ➔ pytań podsumowujących, kończących ankietę.

W skład Rady Naukowej badania weszli:

- ➔ **Prof. dr hab. n. med. Mariusz Gąsior**
Kierownik III Katedry i Oddziału Klinicznego Kardiologii, Śląskie Centrum Chorób Serca w Zabrzu
- ➔ **Prof. dr hab. n. med. Krystian Wita**
Konsultant wojewódzki w dziedzinie kardiologii; p.o. zastępcy dyrektora ds. leczenia, kierownik, Oddział Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego, Górnośląskie Centrum Medyczne im. prof. Leszka Gieca
- ➔ **Prof. dr hab. n. med. Tomasz Roleder**
Kierownik oddziału kardiologicznego z pododdziałem intensywnego nadzoru kardiologicznego w Szpitalu Specjalistycznym we Wrocławiu
- ➔ **dr n. med. Jakub Forys**
Ordynator, Zgierskie Centrum Kardiologii Med-Pro Polsko-Amerykańskich Klinik Serca
- ➔ **Przedstawiciele IZWOZ – dr Małgorzata Gałązka-Sobotka oraz Łukasz Sosnowski.**

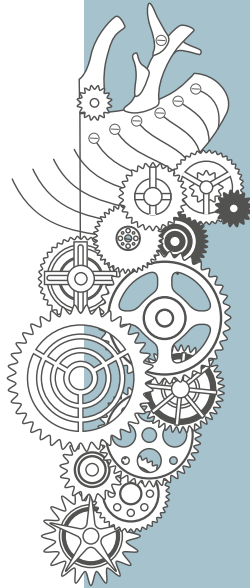
Badanie na miejscu zostało zrealizowane w dniach 25.07-20.08.2024 r. Osobiście przeprowadzone zostały wywiady na miejscu w ośrodkach, natomiast analiza i wywiady uzupełniające zostały przeprowadzone zdalnie. Podczas wizyt, zebrano także przykłady wzorów dokumentów, przeprowadzono wizje lokalne, prześledzona została ścieżka pacjenta.

Badanie zostało przeprowadzone z pracownikami następujących ośrodków:

1. III Katedra i Oddział Kliniczny Kardiologii, Śląskie Centrum Chorób Serca w Zabrze
2. Oddział Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego, Górnośląskie Centrum Medyczne im. prof. Leszka Gieca
3. Oddział kardiologiczny z pododdziałem intensywnego nadzoru kardiologicznego, Szpital Specjalistyczny we Wrocławiu

4. Zgierskie Centrum Kardiologii Med-Pro Polsko-Amerykańskich Klinik Serca

W dalszej części przedstawione zostały najważniejsze zaobserwowane czynniki sukcesu w realizacji programu KOS-Zawał w badanych ośrodkach, wskazując na ich wagę oraz wskazując cztery kluczowe spośród nich.



—
02
—

CZYNNIKI SUKCESU
KOS-ZAWAŁ – ANALIZA
PORÓWNAWCZA

7 CZYNNIKÓW SUKCESU „KOS-ZAWAŁ”



- 1. KOORDYNATOR**
klucz do sukcesu

⚖️ ●●●●●●●●●●
waga czynnika: 10
- 2. SPRAWNE AMBULATORIUM**
klucz do sukcesu

⚖️ ●●●●●●●●●●
waga czynnika: 10
- 3. POWSZECHNY I ATRAKCYJNY SYSTEM MOTYWACYJNY**
klucz do sukcesu

⚖️ ●●●●●●●●●●
waga czynnika: 10
- 4. PEWNY PARTNER W REHABILITACJI**
klucz do sukcesu

⚖️ ●●●●●●●●●●
waga czynnika: 9
- 5. STWORZENIE PLANU LECZENIA PRZED WYPISEM Z ODDZIAŁU**
klucz do sukcesu

⚖️ ●●●●●●●●●●
waga czynnika: 8
- 6. JAKOŚCIOWA KOMUNIKACJI Z PACJENTEM**
klucz do sukcesu

⚖️ ●●●●●●●●●●
waga czynnika: 9
- 7. HIS WSPIERAJĄCY REALIZACJĘ PROGRAMU**
klucz do sukcesu

⚖️ ●●●●●●●●●●
waga czynnika: 6

SKALA DZIAŁANIA

Analizowane ośrodki znacząco różnią się od siebie. Dotyczy to przede wszystkim skali działalności, w tym działalności w zakresie leczenia zawałów mięśnia sercowego, wielospecjalistyczności szpitala – lub jej braku oraz struktury właścicielskiej. Ośrodki różniły się także w zakresie oraz liczbie kadry medycznej, w tym kardiologów pracujących na oddziałach. Najmniejszy z nich efektywnie zatrudniał 4 lekarzy plus Ordynator.

Największy ośrodek – w tym zakresie – składa się z trzech oddziałów i obsługuje rocznie ok. 1200 pacjentów w ramach programu KOS-Zawał, kolejny składa się z dwóch oddziałów kardiologicznych i obsługuje rocznie ok. 360 pacjentów z programie, trzeci w kolejności to szpital z jednym oddziałem kardiologii obsługujący ok. 230 pacjentów w programie KOS-Zawał rocznie. Ostatni ośrodek, uczestniczy w programie od niespełna roku, jest samodzielną kliniką kardiologiczną włączającą do programu miesięcznie ok. 30 pacjentów.

Realizacja programu była opłacalna nawet dla najmniejszego ośrodka biorącego udział w badaniu włączającego do programu średnio 19 pacjentów miesięcznie!

KOORDYNATOR I JEGO ROLA W ZESPOLE

Solidarnie dla wszystkich ośrodków koordynator świadczy o sukcesie realizacji programu. W trzech ośrodkach jest to osoba

niemedyczna, pracownik administracji, który obsługuje cały ośrodek w tym zakresie (odpowiednio trzy oddziały – blisko 100 włączeń miesięcznie, dwa oddziały – 30 włączeń miesięcznie i jeden oddział kardiologiczny – ok. 30 włączeń miesięcznie). Stanowisko koordynatora finansowane jest z dodatkowych środków uzyskanych dzięki realizacji programu KOS-Zawał.

W jednym ośrodku koordynatorem programu jest lekarz, pełniący dyżury na oddziale kardiologicznym, świadczący pod osobną firmą usługę outsourcingu rehabilitacji dziennej pacjentów oraz przyjmujący, jako jeden z dwóch lekarzy, pacjentów w programie KOS-Zawał w ambulatorium.

Pomimo, iż rola koordynatora jest w miarę tożsama pomiędzy ośrodkami, to jednak sposób pracy poszczególnych koordynatorów oraz jej zakres różni się w szczegółach. Poza skalą obsługi liczby pacjentów, jedni koordynatorzy działają bardziej proaktywnie: np. samodzielnie dzwonią do pacjentów przed np. wizytą koordynującą, tłumacząc jeszcze raz na czym polega program, przypominając o dacie i miejscu wizyty, czy instruując, gdzie się odbędzie, jakie badania należy wykonać wcześniej, lub jak się do nich przygotować. Inni natomiast reagują aktywnie dopiero w sytuacji, w której pacjent nie pojawi się na zaplanowanej wizycie.

W ramach badania przeprowadzono anonimową ankietę pośród pacjentów jednego z ośrodków. Uzyskano 81 odpowiedzi pacjentów, którzy ocenili personel ośrodka, w tym koordynatora na 9,24 w 10 stopniowej skali.

Co do zasady wszyscy koordynatorzy mają dedykowany telefon do kontaktu z pacjentami. W jednym przypadku jest to numer do poradni, w której realizowany jest program.

Koordynatorzy pełnią role związane ze wszelkimi ustaleniami terminów wizyt, ich zmian, w tym także dot. rehabilitacji.

Jedną z ważniejszych ról koordynatorów niemedycznych jest także rola kontrolingu procesu zgodnie z przyjętą procedurą programu. „Pilnują” oni, aby dochować odpowiednich terminów wizyt, przeprowadzić odpowiednie badania, odpowiednio zraportować wykonane procedury. W większości przypadków przekazują stosowne informacje do działów rozliczeń – przy czym w większości jako informacje uzupełniające lub wyjaśniające do danych z systemu HIS. Biorą aktywny udział w ewentualnym wyjaśnianiu błędów lub rozbieżności.

W czwartym ośrodku kontrola ta odbywa się ex-post poprzez asystentkę niemedyczną na oddziale, która dokonuje sprawdzenia poprawności naliczenia premii po zamknięciu okresu 12 miesięcy.

Jeden ośrodek posiada ustanowiony formalny proces kontrolingowy dot. sprawdzenia wysokości naliczonej przez NFZ premii przez zewnętrznego kontrolera finansowego. Odbywa się to cyklach miesięcznych. Pozostałe realizują tę funkcję własnymi zasobami poprzez bieżącą, odbywającą się w razie potrzeby, współpracę działu rozliczeń i koordynatora. Powyższe ma znaczący wpływ na końcowe wyniki finansowe realizacji programu dla ośrodka.

Data i godzina wizyty: _____


Data i godzina wizyty: _____

Data i godzina wizyty: _____

Numer telefonu do dyspozycji pacjenta: _____

Koordynator KOS-zawał: _____

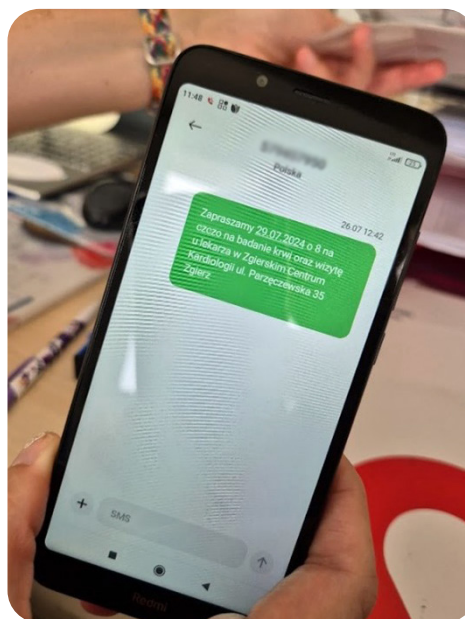
e-mail: _____



Fotografia 1. Wizytówka przekazywana pacjentom przez koordynatora

Koordynatorzy ściśle współpracują także z ambulatorium. Standardem jest przygotowywanie listy pacjentów zaplanowanych do przyjęcia w następnym tygodniu (2 z 4 ośrodków), przekazywaną do ambulatorium.

Koordynatorzy wyjaśniają przypadki „wypadnięć” pacjentów, braku możliwości włączenia z uwagi na odrzucenia systemowe (np. pacjent zgłoszony do KOS-Zawał w innym szpitalu) lub prowadzą „dochodzenia” związane ze śmiercią pacjenta, o której ośrodek nie miał wiedzy.



Fotografia 2. SMS wysłany przez koordynatora do jednego z pacjentów

Koordynatorzy bardzo dobrze znają grafiki pracy lekarzy w ambulatorium, przypisują odpowiednich pacjentów do odpowiednich lekarzy, a w sytuacjach nieobecności lekarza koordynują proces zastępstw i wyznaczania nowych terminów pacjentom.



1. CZYNNIK SUKCESU: KOORDYNATOR

Ustanowienie stanowiska koordynatora programu adekwatnego do zadań, potrzeb i możliwości ośrodka jest kluczowe. To osoba dbająca o kontakt z pacjentem, pełniąca funkcje kontrolera procesu leczenia i rozliczania programu, posiadająca wiedzę o każdym konkretnym pacjencie i etapie jego leczenia.

Waga czynnika: 10

SPRAWNE AMBULATORIUM

Ambulatorium to drugi najbardziej kluczowy obszar organizacyjny – po koordynatorze – który wymaga od organizatora programu KOS-Zawał w ośrodku szczególnego zaopiekowania. W tym przypadku także, ewentualne inwestycje lub koszty, ośrodki pokrywały z dodatkowych przychodów generowanych z tytułu realizacji programu KOS-Zawał.

Ścieżka pacjenta w ambulatorium w ramach realizacji programu KOS-Zawał we wszystkich ośrodkach różni się od ścieżki pacjentów kardiologicznych spoza programu. Pacjenci KOS-owi mają wyznaczone konkretne dni (i godziny) w tygodniu w jakich są przyjmowani. W większości ośrodków (3/4) przyjmują ich dedykowani kardiologowie, którzy nie obsługują innych wizyt ambulatoryjnych. Posiadają oni (3/4) dedykowane gabinety lekarskie (od 1 do 2 na ośrodek).



Fotografia 3. Gabinet lekarski dedykowany dla pacjentów KOS-Zawał



Fotografia 4. Wejście do gabinetu z oznaczeniem programu KOS-Zawał

Poradnie w ośrodkach wielooddziałowych wprowadziły „sztywne” dni dla każdego oddziału. Dla przykładu jeden z „oddziałów” przyjmował swoich pacjentów w ambulatorium w poniedziałki i czwartki, drugi we wtorki i piątki. W ośrodkach mniejszych, także wskazywano konkretne dni przyjęć dla pacjentów KOS-owych.

W zależności od rodzaju wizyty w trakcie trwania programu (koordynacyjna, pierwsza, druga, trzecia, bilansowa) wdrożone są specjalne procedury i priorytety dla pobrań krwi, badań EKG, pomiarów ciśnienia itp. We wszystkich ośrodkach pacjenci KOS-owi mają priorytet obsługi pielęgniarskiej przed innymi pacjentami ambulatorium. Zasadnicze różnice pomiędzy ośrodkami ujawniły się jedynie w zakresie radzenia sobie z czasem oczekiwania na wyniki badań krwi. Co ciekawe procedury te podlegają ewaluacji w ośrodkach i nie były jednakowe od początku prowadzenia programu.

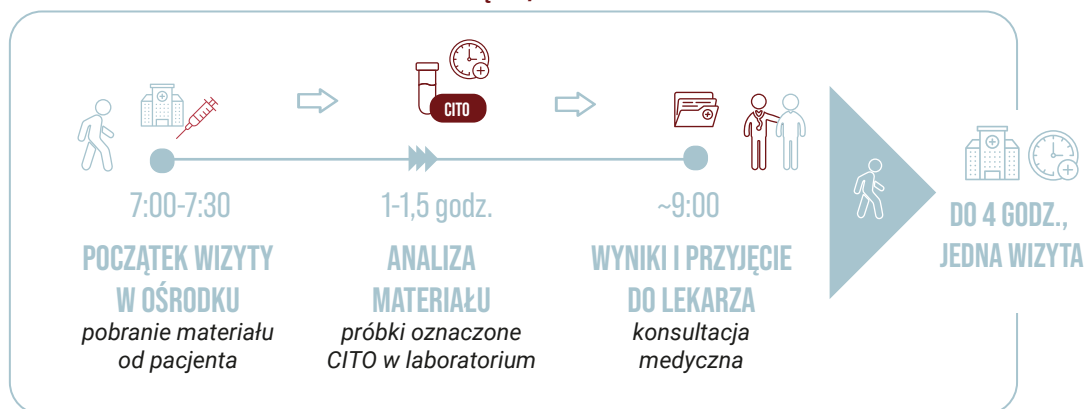
Dla przykładu, jeden z ośrodków umawia wszystkich pacjentów z danego dnia na godz. 7.00-7.30 na pobranie materiału do badania, pomiary i przygotowanie przed wizytą. Z uwagi na posiadane laboratorium „na miejscu”, próbki pacjentów KOS-owych oznaczane są jako na CITO. To pozwala otrzymać wyniki już po 1-1,5h od pobrania. Pacjenci zatem oczekują na wyniki na miejscu i ok godz. 9.00 są już przyjmowani przez lekarza. Ostatecznie wszyscy z danego dnia są obsłużeni przed południem. W prawdzie liczba godzin spędzonych przez pacjenta w ambulatorium w tym dniu sięga nawet 4h,

to wszystko odbywa się podczas jednej wizyty: pacjent ma pobrany materiał, przeprowadzone badania oraz konsultację medyczną, na której omawiane są wyniki badań. Takie podejście realizowane jest dla wizyt koordynujących i bilansowych. Dla wizyt pierwszej, drugiej i trzeciej pacjent proszony jest o wykonanie badań w dodatkowym dniu poprzedzającym konsultację z lekarzem.

W jednym z badanych ośrodków z uwagi na brak możliwości wykonywania badań na CITO na taką skalę, przyjmuje się pacjentów także w tym samym dniu co pobranie, a w momencie wpłynięcia wyników badania krwi, lekarz ambulatorium kontaktuje się już telefonicznie z pacjentami, co do których wynik badań ma znaczenie dla dalszego leczenia – zaleconego wcześniej o poranku. To rozwiązanie skraca zdecydowanie czas spędzony w ambulatorium do ok 1,5-2h, nie zmusza także pacjenta do „podwójnej” wizyty – w celu pobrania krwi dzień wcześniej oraz w celu konsultacji medycznej dnia następnego.

Ośrodki realizują konsultacje medyczne także w formie teleporad, dotyczą one zazwyczaj wizyt poza koordynującą i bilansową,

PRZYKŁADOWY PRZEBIEG WIZYTY KOORDYNUJĄCEJ / BILANSOWEJ



a ich odsetek z reguły nie przekraczał 40% ogółu tychże i sięgał tego pułapu w trakcie pandemii COVID-19.

Dwa ośrodki oprócz koordynatora i lekarzy zaangażowanych w przyjmowanie pacjentów w ambulatorium współpracują z dedykowaną recepcjonistką lub pielęgniarką odpowiedzialną za kierowanie ruchem pacjentów w poradni. Pozostałe ośrodki realizują te cele w ramach podstawowego personelu rejestracji lub pielęgniarskiego nie dedykując konkretnych pracowników do realizacji programu KOS-Zawał.

Warto wskazać, że zasadniczą korzyścią dla pacjentów objętych programem KOS-Zawał jest wysoka dostępność specjalistycznych konsultacji lekarskich. W dwóch ośrodkach, w tych samych poradniach terminy wizyt kardiologicznych dla pierwszorazowych pacjentów nie objętych programem wynosiły 6 miesięcy oraz 24 miesiące!

2.

CZNNIK SUKCESU: SPRAWNE AMBULATORIUM

Zaprojektowane funkcjonowanie ambulatorium pod realizację programu KOS-Zawał, realizowanie przemyślanych procesów obsługi pacjenta, niejednokrotnie przetestowanych i korygowanych w czasie i „boju” to jeden z najważniejszych czynników sukcesu w realizacji programu. Dla obsługi pacjentów KOS-Zawał warto wydzielić osobną przestrzeń dla punktu pobrań, konsultacji lekarskich oraz wskazać dedykowane osoby kierujące ruchem pacjentów w przychodni i realizujące procedury medyczne.

Waga czynnika: 10

SYSTEM MOTYWACYJNY

Wszystkie ośrodki wprowadziły system motywacyjny w postaci atrakcyjnego wynagrodzenia dla lekarzy przyjmujących pacjentów KOS-owych w ambulatorium w rozliczeniu za zrealizowaną konsultację. Dotyczy on w szczególności wizyty koordynującej oraz bilansowej. Dwa spośród czterech ośrodków nie oferowały lepszego wynagrodzenia za wizyty pierwszą, drugą i trzecią. Trzeba pamiętać jednak, że co do zasady, opisana wcześniej, konstrukcja premii specjalnych oraz wyższe wyceny świadczeń w ramach realizacji programu KOS-Zawał pozwalają na budowę finansowego systemu motywacyjnego, który wykracza poza standardowe możliwości ośrodków.

Jeden ośrodek cechuje się bardzo rozbudowanym i partycypacyjnym systemem współdzielenia osiągniętych premii. Przydziela okresowe bonusy dla ordynatora oddziału za osiągnięte wewnętrznie ustalone cele liczby włączeń do programu, lekarzy pracujących na oddziale za odsetek włączeń przy wypisach ze szpitala, a ponadto oferuje bardzo atrakcyjne stawki za wizyty koordynującą i bilansową dla lekarzy w ambulatorium. Przekazuje także część osiągniętych premii finansowych do współpracującego oddziału rehabilitacji. Od sierpnia 2024 roku wdraża system alokacji premii dla lekarzy w związku z realizacją celu dotyczącego obniżenia poziomu cholesterolu LDL u pacjentów leczonych w ramach programu. Premiuje lekarzy także za każde wystawienie zaświadczenia o zdolności do pracy.

Inny ośrodek premiował dodatkiem do wynagrodzenia per pacjent pielęgniarki realizujące pobrania i badania dla pacjentów KOS-owych oraz oferował stały dodatek do pensji dla głównej koordynatorki.

SŁADOWE SYSTEMU MOTYWACYJNEGO



ORDYNATOR

bonusy za osiągnięte wewnętrznie ustalone cele liczby włączeń do programu



LEKARZ

bonusy za odsetek włączeń przy wypisach ze szpitala, atrakcyjne stawki za wizyty koordynującą i bilansową dla lekarzy w ambulatorium,

system alokacji premii dla lekarzy w związku z realizacją celu dotyczącego obniżenia poziomu cholesterolu LDL u pacjentów leczonych w ramach programu,

każde wystawienie zaświadczenia o zdolności do pracy.



PIELĘGNIARKA

dodatek do wynagrodzenia per pacjent za pobrania i badania realizowane dla pacjentów KOS



KOORDYNATOR

stały dodatek do pensji dla głównej koordynatorki.



REHABILITANT

przekazywanie części osiągniętych premii finansowych do współpracującego oddziału rehabilitacji

CZYNNIK SUKCESU: POWSZECHNY I ATRAKCYJNY SYSTEM MOTYWACYJNY

3.

Przeprowadzone badanie wskazuje jasno, że istnieje silna pozytywna korelacja pomiędzy atrakcyjnością i powszechnością premii i dodatków dla kadry medycznej i niemedycznej a liczbą włączanych pacjentów do programu KOS-Zawał. Trend ten staje się jeszcze silniejszy gdy rozpatruje się go w stosunku do liczby włączanych pacjentów do programu do wielkości ośrodka wyrażonej choćby w liczbie pracujących w nim lekarzy lub posiadanych oddziałów realizujących program.

Waga czynnika: 10

PEWNY PARTNER W REALIZACJI REHABILITACJI

Konieczność zapewnienia rehabilitacji kardiologicznej stanowi obecnie jeden z trzonów realizacji programu KOS-Zawał. Co do zasady ośrodki realizują ją w dwóch możliwych trybach: stacjonarnym – wymagającym przyjęcia pacjenta do ośrodka rehabilitacyjnego lub dziennym – polegającym na codziennych dojazdach do ośrodka rehabilitacyjnego na kilka godzin.

Żaden z ośrodków nie oferował rehabilitacji stacjonarnej swoim pacjentom u siebie na miejscu. Trzy z czterech gwarantują świadczenia rehabilitacyjne w ramach outsourcingu – w ośrodkach trzecich. Wszystkie badane szpitale oferują pacjentom rehabilitację dzienną, przy czym tylko dwa największe posiadają własny oddział rehabilitacji kardiologicznej.

Rehabilitacja hybrydowa występuje w jednym ośrodku, lecz skorzystało z niej mniej niż 2,5% pacjentów poddanych rehabilitacji.

Liczba dni rehabilitacji różni się pomiędzy ośrodkami oraz formami jej realizacji, niemniej jednak oscyluje na poziomie od 18 do 30 dni.

Włączenie rehabilitacji kardiologicznej było uznane przez respondentów za konieczną i powszechną praktykę. Jednakże znamienne wydają się trzy stwierdzenia rozmówców odbiegające od powyższej tezy:

- ➔ termin rozpoczęcia rehabilitacji nie musi być tak restrykcyjny jak zaprojektowano w programie – pacjent „chcąc nie chcąc” rehabilituje się kontynuując funkcjonowanie po zawale;
- ➔ należy rozważyć możliwość realizacji programu KOS-Zawał także bez rehabilitacji – co ciekawe to stwierdzenie padło w ośrodku o bardzo wysokim wskaźniku jej realizacji, ale poparte jest praktyką innego ośrodka, który włącza do rehabilitacji „jedynie” 51% zakwalifikowanych do programu KOS-Zawał,
- ➔ nie należy w ogóle inwestować w rehabilitację stacjonarną z uwagi na wysokie koszty utrzymania (personel nocny, usługi hotelowe, posiłki itp.) oraz zwiększoną ekspozycję pacjentów na nowe zarażenia i infekcje związane z przyjęciem na oddział rehabilitacyjny, w zamian należy skupić się na realizacji rehabilitacji poza ośrodkiem własnym.

W każdym przypadku należy podkreślić, że dział lub ośrodek rehabilitacji ściśle współpracuje z ośrodkiem kierującym. Odbywa się to na poziomie wymiany informacji

pomiędzy koordynatorem a obsługą ośrodka rehabilitacji, połączenia systemów informatycznych, raportowaniem i wzajemnymi rozliczeniami oraz współpracą lekarzy rehabilitantów, którzy niejednokrotnie przejmują w okresie rehabilitacji opiekę nad pacjentem, wypisując recepty, zwolnienia, prowadząc leczenie, o ile wymaga tego sytuacja pacjenta.

W jednym z ośrodków prowadzących program, zewnętrzny świadczeniodawca usług rehabilitacji przejął ciężar nie tylko z zakresu rehabilitacji pacjentów, ale całości koordynacji procesu leczenia pacjentów w okresie po wypisie z oddziału do zakończenia leczenia. Konsultacje medyczne odbywają się wciąż w ambulatorium szpitala, przy czym koordynacja kolejnych wizyt pacjentów realizowana jest przez lekarza organizującego zewnętrzną rehabilitację. W tym szpitalu nie zatrudniono osobnej osoby w roli koordynatora ani na oddziale, ani w ambulatorium. Rola ta jest realizowana w dużej mierze przez lekarza prowadzącego pacjentów wspieranego przez pracowników ambulatorium i jedynie po części przez sekretarkę oddziałową (w zakresie umówienia terminu wizyty koordynującej w trakcie wypisu pacjenta oraz zaraportowania do działu rozliczeń szpitala wykonania wizyty bilansowej).

W pewnym sensie podobny system działa w jednym z większych ośrodków z własną rehabilitacją dzienną, gdzie pracownik nie-medyczny oddziału rehabilitacji jest koordynatorem programu dla całego wieloodziałowego szpitala. W tym przypadku nie występuje jednak sytuacja outsourcingu zewnętrznego procesów jak w przypadku wskazanym wcześniej.

4.

CZYNNIK SUKCESU: PEWNY PARTNER W REHABILITACJI

Zapewnienie rehabilitacji jest jednym z wymogów programu. Poziom i jakość współpracy, zaufanie i zdrowe relacje biznesowe pomiędzy ośrodkiem kierującym a dostawcą usług rehabilitacyjnych są kluczowe dla osiągnięcia sukcesu całego programu.

Waga czynnika: 9

MOMENT I SPOSÓB WŁĄCZENIA PACJENTA DO PROGRAMU

Pacjent otrzymuje plan leczenia – wyjątkowo zgodnie – we wszystkich badanych ośrodkach w momencie wypisu z oddziału, po leczeniu ratunkowym po zawale mięśnia sercowego. Występują natomiast drobne różnice w samej procedurze, a w szczególności w realizacji pewnych zadań lub obowiązków pomiędzy dostępną kadrą medyczną i niemedyzną. We wszystkich ośrodkach zalecenie (skierowanie) do programu wpisywane jest do karty wypisowej pacjenta.

Na tym etapie wszystkie ośrodki ustanawiają – co do zasady – daty wizyty kompleksowej – koordynującej oraz formę rehabilitacji kardiologicznej (dzienna, stacjonarna) najczęściej wraz z datą jej rozpoczęcia. Wyjątkiem w tym obszarze jest ustalanie daty rehabilitacji stacjonarnej zamiejscowej, która czasami odbywa się już po wypisie ze szpitala i realizowana jest przez koordynatora programu.

Jeden z ośrodków w dniu wypisu pacjenta ustala wszystkie planowe porady specjalistyczne, w tym datę wizyty bilansowej. Inny ustala termin wizyty koordynującej, rehabilitacji, wizyty: pierwszej, drugiej i trzeciej, bez ustalenia daty wizyty bilansowej. Ta ustalenia jest przez koordynatora programu pod koniec okresu 12 miesięcy.

Załącznik nr 1 do Aneksu nr 404 z dn. 3.11.2017 r. do Zarządzenia 107 z 2004 r.

OŚWIADCZENIE dotyczące KOS-zawał

W związku z zawałem serca leczonym aktualnie w Śląskim Centrum Chorób Serca zostałem/-am poinformowany/-a przez lekarza prowadzącego o możliwości objęcia mnie kompleksową opieką po zawałe serca (KOS-zawał) oraz zostałem/-am zapoznany/-a z jego elementami uwzględniającymi kolejne etapy mojego leczenia, rehabilitację kardiologiczną oraz ambulatoryjną specjalistyczną opiekę kardiologiczną obejmującą minimum 5 wizyt w pierwszym roku po zawałe serca* (niepotrzebne skreślić).

Na zaproponowany udział w wyżej opisanej opiece kompleksowej po zawałe serca:

- wyrażam świadomą zgodę -
 data podpis

- nie wyrażam zgody i jestem -
 w pełni świadomy/-a swojej
 decyzji data podpis

PLAN KOMPLEKSOWEGO LECZENIA PO ZAWALE SERCA:

- Kolejny etap rewaskularyzacji wieńcowej – TAK , NIE ; jeśli tak to: PCI , CABG
- Dalsza ocena ambulatoryjna pod kątem ICD / CRT-D – TAK , NIE
- Rehabilitacja kardiologiczna poszpitalna – TAK , NIE ; jeśli tak to:
 stacjonarna
 (miejscu, data)
 dzienna
 (miejscu, data)
 telerehabilitacja
 (miejscu, data)
- Ambulatoryjna specjalistyczna opieka kardiologiczna obejmująca minimum 5 wizyt:
 - Kompleksowa wizyta kontrolna = koordynująca w 7-10 dobie od wypisu data:
 - porada specjalistyczna nr 1 – data:
 - porada specjalistyczna nr 2 – data:
 - porada specjalistyczna nr 3 – data:
 - porada specjalistyczna nr 4 – data:

.....
 data podpis pacjenta podpis lekarza kwalifikującego KOS - zawał

Fotografia 5. Formularz wyrażenia zgody pacjenta na włączenie do programu KOS-Zawał

Dwa ośrodki wymagają osobistego podpisu pacjenta pod zgodą do włączenia do programu, przy czym jeden z nich, wymaga także podpisu pod ewentualną odmową do włączenia. Pozostałe dwa ośrodki odnotowują zgodę pacjenta w karcie wypisowej i dokumentacji medycznej.

5. CZYNNIK SUKCESU: STWORZENIE PLANU LECZENIA PRZED WYPISEM Z ODDZIAŁU

Stworzenie planu leczenia w ramach programu powinno odbyć się jeszcze na oddziale, zostać należycie odnotowane. Należy także wyznaczyć co najmniej datę wizyty koordynującej, sposób realizacji procedury rehabilitacji oraz o ile to możliwe, datę jej rozpoczęcia. Należy rozważyć możliwość ustalenia dat także kolejnych wizyt.

Waga czynnika: 8

KOMUNIKACJA Z PACJENTEM I INFORMOWANIE O PROGRAMIE

We wszystkich ośrodkach proces komunikowania o programie rozpoczyna się podczas pobytu pacjenta na oddziale. We wszystkich związany jest z rolą lekarza prowadzącego leczenie lub zaangażowanego w późniejszą realizację programu. Lekarze wspierani są przez kadrę pielęgniarek lub asystentek medycznych. Wydaje się, że obydwie role są ważne i wyjątkowe. Autorytet lekarza stanowi trzon podstawy decyzji pacjenta. Ważnym odnotowania jest, że o programie informują, włączają oraz zachęcają lekarze także niezaangażowani do przyjęć pacjentów KOS-Zawał w ambulatorium.

Wsparcie i odpowiedź na dodatkowe wątpliwości i pytania pacjentów od strony

pielęgniarek lub asystentek medycznych jest również nie do przecenienia. Pozwala pacjentom na spokojnie dopytać o szczegóły i wyjaśnić ewentualne wątpliwości. Co znaczące, na tym etapie nie są włączani oficjalni koordynatorzy – oni „przejmują” pacjenta od dnia wypisu. Tym samym rolę koordynującą na początkowym etapie włączenia pacjenta tj. ustalenia daty wizyty koordynującej i w większości przypadków także daty rozpoczęcia rehabilitacji pełnią pracownicy oddziału - lekarze wraz z pielęgniarkami lub asystentkami medycznymi.

Jeden z ośrodków posiada plakaty propagujące program rozwieszane na korytarzach. Inny dodatkowo wysyła sms-y o datach wizyt. Dwa ośrodki wyposażają pacjenta w pisemne informacje o programie, przy czym jeden z nich posiada dedykowaną, kolorową ulotkę o programie wręczaną pacjentowi w teczce wypisowej. Dwa ośrodki przekazują pacjentom „wizytówkę” z numerem telefonu do koordynatora.

6. CZYNNIK SUKCESU: JAKOŚCIOWA KOMUNIKACJA Z PACJENTEM

Zaangażowanie we włączenie pacjenta do programu przed wypisem ze szpitala całej kadry lekarskiej oraz wsparcie personelu pielęgniarek jest kluczowe dla wysokiego poziomu włączenia.

Waga czynnika: 9



Fotografia 6. Ulotka dla pacjenta

SYSTEM HIS W SŁUŻBIE PROGRAMU KOS-ZAWAŁ

W trzech przypadkach koordynatorzy, poza oficjalną dokumentacją medyczną, systemem HIS, AP-PKUŚ, prowadzą własne notatki i rejestry pacjentów włączonych do programu w postaci EXCEL. W jednym przypadku cała dokumentacja statystyczna prowadzona jest w oparciu o system AMMS oraz zeszyt dla ustalania pierwszych wizyt. Wszystkie badane ośrodki pracowały na systemie AMMS.

W jednym ośrodku istniała konieczność ręcznego przepisywania do systemu szpitalnego procedur i szczegółów leczenia zrealizowanych w zamiejscowym ośrodku rehabilitacyjnym, z uwagi na brak interoperacyjności pomiędzy systemem obu świadczeniodawców – inny dostawca oprogramowania niż

w szpitalu. Z zalet integracji oprogramowania korzysta jeden z badanych ośrodków, bowiem wykorzystywanie tego samego systemu AMMS umożliwia automatyczny import danych dotyczących procesu rehabilitacji, pomimo outsourcingu usług.

Raportowanie zdarzeń medycznych z systemu szpitalnego do programu AP-PIKUŚ we wszystkich ośrodkach odbywa się automatycznie. Ręcznie zakładana jest tylko „karta pacjenta” w systemie AP-PIKUŚ i jednocześnie jest to jedno z mniej przyjaznych użytkownikowi doświadczeń – konieczność wpisywania PWZ lekarza prowadzącego na każdej z ośmiu stron formularza, brak możliwości edycji wpisów, brak informacji o źródłach błędów zapisu, co skutkuje wielokrotnym wpisywaniem tego samego pacjenta do momentu „ręcznego” odnalezienia błędnej wprowadzonej danej – to tylko wybrane wyzwania systemu dostarczonego przez NFZ.

Warto zwrócić uwagę, że to część ambulatoryjna – gabinetowa systemu szpitalnego odgrywa większą rolę w koordynacji i prowadzeniu pacjentów. Ośrodki nie miały problemów, aby móc oznaczać pacjentów KOS-Zawałowych w systemie, predefiniować zlecenia na badania, lub wprowadzać inne drobne usprawnienia. Pomimo digitalizacji obsługi opieki ambulatoryjnej, dwa ośrodki równolegle stosują papierowe „one pagery”, które jasno wskazują na etap leczenia i główne kroki w programie KOS-Zawał. Są one eksponowane w papierowej karcie pacjenta i szczególnie pomocne zarówno dla kadry rejestratorek, koordynatorki oraz lekarzy przyjmujących pacjentów w ambulatorium.

CZYNNIK SUKCESU: HIS WSPIERAJĄCY REALIZACJĘ PROGRAMU



Poprawna konfiguracja systemu gabinetowego w ambulatorium mocno wspiera efektywność procesu obsługi pacjenta. W sytuacji zlecenia procedur rehabilitacji na zewnątrz konieczne wydaje się sprzężenie systemów w celu uniknięcia konieczności ręcznego przepisywania danych i procedur.

Waga czynnika: 6

DATA WŁĄCZENIA DO PROGRAMU

.....

Wykonanie procedur w KOS

Imię i Nazwisko Pacjenta:
N. K. PIKUS!

PROCEDURA	DATA ZAPLANOWANA	DATA WYKONANIA	WYKONANIE	PODPIS	UWAGI
Wizyta koordynacyjna			<input type="checkbox"/>		
EKG			<input type="checkbox"/>		
Pobranie krwi			<input type="checkbox"/>		
Wizyta lekarska			<input type="checkbox"/>		
Poradnia			<input type="checkbox"/>		
1. Wizyta			<input checked="" type="checkbox"/>	llb	chwa
Kontrola EF*			<input checked="" type="checkbox"/>		
2. Wizyta			<input type="checkbox"/>		
Zaświadczenie o pracy**			<input checked="" type="checkbox"/>		
3. Wizyta			<input type="checkbox"/>		
4. Wizyta			<input type="checkbox"/>		
Bilans opieki			<input checked="" type="checkbox"/>		

Proszę wpisywać do tabelki terminy zaplanowanych wizyt.

* Kontrola EF na 2. Wizyte dotyczy pacjentów po rehabilitacji w Urzędniu z wyjątkiem EF < 40%. Jeżeli EF < 35% konieczne jest nagranie EF na 2 sztukach CD (telefon zostaje na Oddziale Kardiologii włączającym do KOS, drugi w ODRK).

** Zaświadczenie o pracy**

TEL. KONTAKTOWY -

Fotografia 7. Wzór papierowego „one-pagera”, wskazującego na aktualny etap leczenia

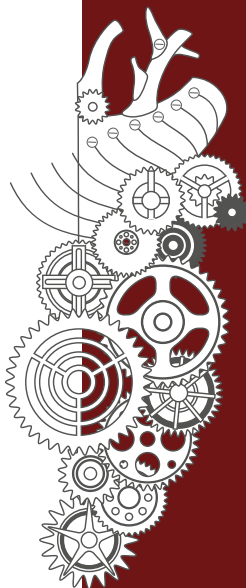


—
03
—

PORÓWNANIE GŁÓWNYCH WSKAŹNIKÓW REALIZACJI PROGRAMU

PONIŻEJ PRZEDSTAWIONE ZOSTAŁO **PORÓWNANIE WYBRANYCH WSKAŹNIKÓW ZWIĄZANYCH Z REALIZACJĄ PROGRAMU KOS-ZAWAŁ W BADANYCH OŚRODKACH.**

OŚRODEK	A	B	C	D
Liczba pacjentów z zawałem średniomiesięcznie za ostatnie 12 miesięcy	138	34	30	38
Liczba pacjentów włączonych do KOS-Zawał średniomiesięcznie, za ostatnie 12 miesięcy	99,5 (72%)	32 (94%)	30 (100%)	19 (51%)
Liczba pacjentów włączonych rocznie za ostatnie 12 miesięcy	1195	384	360	228
Procent pacjentów, którzy w pełni ukończyli program KOS-Zawał	66%	n/d	75%	83%
Odsetek pacjentów, za których uzyskano prawo do premii z tytułu uzyskania zdolności do pracy	13%	n/d	4%	b/d
Procent pacjentów objętych rehabilitacją (ogół)	95,3%	51%	100%	95%
Średni czas trwania rehabilitacji	20 dni	18,3 dni	24 dni	30 dni
Odsetek rehabilitacji stacjonarnej poza ośrodkiem	63,9%	97%	68%	0%
Odsetek rehabilitacji dziennej poza ośrodkiem	5,3%	3%	b/d	100%
Odsetek rehabilitacji dziennej w ośrodku	26,9%	0%	32%	0%
Liczba lekarzy przyjmujących pacjentów KOS-Zawał w ambulatorium	6	3	3	1
Liczba pacjentów włączonych w ostatnich 12 miesiącach na lekarza w ambulatorium	199	128	120	228
Liczba koordynatorów w szpitalu	1	1	1+2	0*+1
Liczba dedykowanych gabinetów w ambulatorium	2	0	2	1



—
04
—

REKOMENDACJE
SYSTEMOWE

Przedmiotem niniejszego opracowania, w pierwszej kolejności, jest wskazanie kluczowych czynników sukcesu ośrodków realizujących program KOS-Zawał. Rozpowszechnienie wiedzy na temat kluczowych zadań i sposobu ich realizacji, które w istotny sposób podnoszą sprawność organizacji opieki, w konsekwencji skuteczność leczenia oraz efektywność ekonomiczną stwarza szanse na upowszechnienie tego modelu opieki w Polsce. Tym samym raport skupia się na poziomie odbiorcy – realizatora programu. Dokonane obserwacje pozwalają jednak na postawie przynajmniej kilku postulatów systemowych dotyczących zasad realizacji programu, są nimi:

Postulowane jest rozszerzenie kwalifikacji do programu dla pacjentów, którzy nie mogą z przyczyn obiektywnych (medycznych lub niemedycznych) obecnie być włączeni do procesu rehabilitacji. Pacjenci, czasami z przyczyn obiektywnych nie mogą uczestniczyć w rehabilitacji kardiologicznej. Można wydzielić dwie zasadnicze grupy tychże: kliniczne lub medyczne oraz osobiste. Do pierwszej grupy zaliczamy wszystkich pacjentów, którzy nie nadają się do uczestniczenia w rehabilitacji np. z tytułu chorób współistniejących, niepełnosprawności lub innych przeciwwskazań medycznych. Do drugiej grupy można zaliczyć przypadki takie jak: konieczność codziennego dojeżdżania na rehabilitację np. dla 90 letniej staruszki komunikacją miejską, konieczność stałej, codziennej opieki nad bardziej schorowanym współmałżonkiem. W większości są to przypadki indywidualne, które jednak z uwagi na niepodjęcie rehabilitacji wykluczają pacjenta z udziału w programie, a co za tym idzie wszystkich pozostałych benefitów monitorowania zdrowia w kolejnych 12

miesiącach – bez-kolejkowa opieka kardiologiczna, porady dietetyka, badania krwi, LDL i EKG.

Program KOS-Zawał powinien być powszechny i wymagalny w całej Polsce we wszystkich oddziałach kardiologicznych realizujących świadczenia ratowanie zdrowia i życia pacjenta z zawałem serca.

Z uwagi na dobrowolność realizacji programu, istnieją znaczące różnice regionalne w jego powszechności. Tym samym pacjenci nie mają systemowo równego i tożsamerzego dostępu do opieki w zawałe serce. Statystycznie mieszkańców województwa mazowieckiego ma mniejsze szanse na przeżycie kolejnych 12 miesięcy po zawałe niż mieszkańców województwa śląskiego i różnice te wynikają jedynie z niechęci ośrodków do oferowania leczenia, uwzględniającego najnowszą wiedzę medyczną o wpływie opieki kompleksowej na dalsze rokowania. Nie bez znaczenia jest polityka NFZ, który dopuszcza możliwość zakontraktowania świadczeń kardiologicznych na oddziale, który pozbawia pacjentów opieki w programie KOS-Zawał. Wydaje się to przeczyć podstawowym zasadom konstytucyjnym panującym w naszym kraju.

Połączenie szpitala / systemu AP-PKUŚ z bazą PESEL – koordynatorzy, w przypadku śmierci pacjenta objętego programem KOS-Zawał poza ośrodkiem prowadzącym zmuszeni są do samodzielnego, nieoficjalnego zbierania informacji o tym fakcie. Wiedza ta pozwala „zamknąć” proces leczenia-koordynacji. Obecnie nie ma wymogu prawnego ani wiarygodnego, dostępnego źródła informacji o śmierci pacjenta. Kwestia ta jest powszechna w polskich szpitalach i związana nie tylko z programem KOS-Zawał, innymi

programami koordynowanymi, ale także szczególnie dokuczliwa np. w realizacji opieki onkologicznej i monitorowania pacjentów po leczeniu.

Zmiany UX w aplikacji AP-PKUŚ – system nie jest intuicyjny ani przyjazny użytkownikowi. Proces wprowadzania nowego pacjenta odbywa się na ośmiu kolejnych „kartach-widokach”, przy czym na każdej kolejnej

wymaga od użytkownika wpisania ręcznie tego samego numeru PWZ lekarza – opiekuna pacjenta. System informuje o błędach, braku możliwości rejestracji pacjenta (np. w przypadku uczestniczenia w programie KOS-Zawał w innym ośrodku) dopiero po przejściu wszystkich ośmiu ekranów. Wówczas nie daje możliwości edycji wprowadzonych danych, lecz zmusza koordynatora do ponownego wpisywania danych od nowa.



Wydawnictwo Uczelni Łazarskiego
ul. Świeradowska 43,
02-662 Warszawa, Polska

