

OPIS MODELU POSZERZONEJ PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ (POZ+)

Kozierkiewicz Adam

Prusaczyk Artur

Witek Wiesław

Zapaśnik Andrzej (red.)

Materiały robocze dla pilotażu opieki koordynowanej (OOK) w ramach PO WER, opracowane m.in. przy udziale ekspertów FZPOZ „Porozumienie Zielonogórskie”, Centrum Medyczno-Diagnostycznego w Siedlcach i środowisk naukowych.

Polska Fundacja Opieki Zintegrowanej

Gdańsk, 2017

Słownik używanych akronimów:

- ChUK – profilaktyka chorób układu krążenia finansowana przez NFZ
- DGN+ – koszyk badań diagnostycznych w kompetencjach lekarza rodzinnego/POZ w modelu POZ+, wykraczający poza koszyk świadczeń w POZ
- DMP – opieka nad chorymi przewlekle w modelu POZ+ (ang. *disease management program*)
- EDM – elektroniczna dokumentacja medyczna
- FFS – opłata za usługę (ang. *fee for service*)
- FIZ – fizjoterapia
- IKP – indywidualne konto pacjenta w systemie IT
- IPOM – indywidualny plan opieki medycznej nad chorym przewlekle objętym DMP
- OOK – organizacja opieki koordynowanej
- PO WER – Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój, z którego pilotaż OOK ma być dofinansowany
- POZ+ – poszerzona podstawowa opieka zdrowotna w opisywanym modelu opieki koordynowanej
- PROF+ – poszerzona profilaktyka chorób przewlekłych w modelu POZ+
- SIMP – program NFZ do rejestracji badań profilaktycznych
- ŚPDT – ścieżka postępowania diagnostyczno-terapeutycznego
- ZIP – zintegrowany informator pacjenta, program NFZ

Wstęp

Poszerzona podstawowa opieka zdrowotna (POZ+) obejmuje zakres dotychczasowego POZ oraz część świadczeń z obecnego zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS) i opcjonalnie ambulatoryjnej fizjoterapii (FIZ).

Organizacja POZ+ ma wyróżniać się racjonalną i zaplanowaną **współpracą** zespołu medycyny rodzinnej/POZ i konsultujących specjalistów, **opartą o zasadę przenoszenia kompetencji na najniższy efektywny poziom.**

POZ+ ma się wyróżniać aktywnym rozpoznawaniem potrzeb zdrowotnych pacjentów oraz ich zaspokajanie w sposób zaplanowany. Służyć temu mają **populacyjne programy profilaktyczne** oraz **programy opieki koordynowanej nad chorymi przewlekle.**

POZ+ ma być **finansowany w sposób motywacyjny** oraz zagwarantować optymalne wykorzystanie środków przeznaczonych na świadczenia zdrowotne.

Zarówno płatnik jak i podmioty medycznej mają **monitorować jakość opieki i efektywność kosztową**, w oparciu o wypracowane w trakcie pilotażu wskaźniki.

POZ+ **nie ogranicza prawa pacjenta do wyboru** miejsca leczenia, ale oferuje dodatkową możliwość wyboru innego sposobu organizacji procesu leczenia niż powszechnie obowiązujący.

Pilotaż w zakresie POZ+ ma być realizowany głównie przez **mniejsze podmioty lecznicze** (dla większych podmiotów przewidziany jest model koordynowanej ambulatoryjnej opieki zdrowotnej, POZ+) oraz indywidualne lub grupowe praktyki lekarza rodzinnego/POZ realizujące umowę z NFZ w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej.

I. Zakres koszyka świadczeń

Podstawowa opieka zdrowotna w zakresie obecnie obowiązującym (POZ);

Minimalnym zakresem opieki POZ, stanowiącym podstawę działalności jednostki oferującej POZ+ są świadczenia lekarza POZ. Rekomendowanym poziomem jest jednak działalność zespołu POZ, obejmującego świadczenia lekarza, pielęgniarki i położnej POZ.

Poszerzona profilaktyka chorób przewlekłych, w tym edukacja zdrowotna (PROF+)

Proponuje się poszerzenie obecnie realizowanego programu w zakresie chorób sercowo-naczyniowych w przedziale wiekowym 35-55 lat, o nadzorowaną w POZ profilaktykę chorób nowotworowych (raka szyjki macicy, raka piersi i raka jelita grubego) i jego połączenie z profilaktyką POCHP u osób palących tytoń.

Postuluje się rozszerzenie populacji kwalifikującej się do programów profilaktycznych o pacjentów do 70-go roku życia.

Niezbędnym elementem profilaktyki jest edukacja zdrowego stylu życia oraz zaplanowanie częstszych badań i pomiarów u osób z grup ryzyka.

Zakres badań i pomiarów w zależności od płci i wieku określony jest w Tabeli Nr 2.

Tab. 2 Zakres badań profilaktycznych

Grupy wiekowe		35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-70
Pacjent	Ryzyka stylu życia	+	+	+	+	+	+	+
Pielęgniarka	Ankieta st. zdr.	+	+	+	+	+	+	+
	BP, BMI	+	+	+	+	+	+	+
Lekarz	Badanie ogólne	+	+	+	+	+	+	+
Laboratoryjne	Glukoza	+	+	+	+	+	+	+
	Lipidogram	+	+	+	+	+	+	+
	Kał na krew utajoną		*	*	+	+	+	+
Obrazowe	Mammografia				+	+	+	+
Inne	Cytologia	+	+	+	+	+		
	Kolonoskopia		*	*	+	+	+	+
	Spirometria			*	*	*	*	*

* - badania diagnostyczne rekomendowane w grupach ryzyka

Opieka koordynowana nad chorymi przewlekle (ang. disease management program, DMP)

Zakres ten obejmuje, oprócz rutynowych czynności związanych z opieką nad chorym, znajdującym się na liście pacjentów POZ, pogłębione postępowanie diagnostyczno-terapeutyczne w następujących w zespołach objawowych i chorobach przewlekłych (kategorii POZ+):

Choroby układu sercowo-naczyniowego

1. Nadciśnienie tętnicze samoistne
2. Przewlekła choroba wieńcowa
3. Utrwalone migotanie przedsionków

- Przewlekła niewydolność serca

Choroby układu oddechowego

- Astma oskrzelowa
- POCHP

Choroby metaboliczne i endokrynologiczne

- Cukrzyca typu 2
- Wole mięsiste i guzowate tarczycy
- Niedoczynność tarczycy

Choroby układu ruchu

- Choroba zwyrodnieniowa stawów obwodowych
- Przewlekłe zespoły bólowe kręgosłupa

W ramach poszerzonych kompetencji lekarzy rodzinnych/POZ określony jest zakres konsultacji z lekarzami innych specjalności oraz badań diagnostycznych obecnie nieuwzględnionych w koszyku lekarza POZ, które mogą być zlecane samodzielnie lub po konsultacji z lekarzami innych specjalności.

Tab.3. Wykaz konsultacji specjalistycznych i poszerzonych badań diagnostycznych w modelu POZ+

Konsultacje na które kieruje lekarz rodzinny/POZ do lekarzy innych specjalności
<ol style="list-style-type: none"> diabetologiczna endokrynologiczna lub chorób tarczycy kardiologiczna neurologiczna pulmonologiczna ortopedyczna
Zlecane przez lekarza rodzinnego/POZ
<ol style="list-style-type: none"> ABPM echokardiografia Holter EKG badanie wysiłkowe EKG peptyd natriuretyczny typu B (BNP, NT-proBNP) mikroalbuminuria dno oka badanie spirometryczne z próbą rozkurczową przeciwciała przeciw peroksydazie tarczycowej przeciwciała przeciw tyreoglobulinie biopsja aspiracyjna cienkoigłowa tarczycy – celowana
Zlecane przez konsultujących lekarzy innych specjalności
<ol style="list-style-type: none"> elektroneurografia tomografia komputerowa rezonans magnetyczny badania radioizotopowe

Ostateczny wykaz badań i podział kompetencji zostanie sporządzona na podstawie SPDT.

Ambulatoryjna fizjoterapia (FIZ+) - opcjonalnie

Dedykowana jest przewlekłym zespołom bólowym kręgosłupa i dużych stawów obwodowych. Ze względu na obecny brak doświadczeń w prowadzeniu fizjoterapii w POZ jest to zakres

nieobligatoryjny, możliwy do wdrożenia w dowolnym czasie trwania pilotażu przez placówki w nim uczestniczące.

II. Ścieżki postępowania diagnostyczno-terapeutycznego (ŚPDT)

Na etapie prac przygotowawczych związanych z wdrożeniem pilotażu, dla zdefiniowania zakresów odpowiedzialności merytorycznej lekarzy rodzinnych/POZ za proces diagnostyczno-terapeutyczny **w wybranych zespołach objawowych i chorobach przewlekłych (kategorii POZ+)**, zostaną opracowane zalecenia postępowania diagnostyczno-terapeutycznego, w oparciu o opublikowane wytyczne opracowane przez polskie i europejskie towarzystwa naukowe.

ŚPDT **nie mają charakteru obowiązkowego** sposobu postępowania, lecz powinny służyć jako pomoc w podejmowaniu decyzji klinicznych przez lekarzy, z zachowaniem obowiązującej zasady, że ostateczne decyzje należą do pacjenta i lekarza. Powinny być też **pomocne** w tworzeniu indywidualnego planu opieki medycznej (IPOM) dla danego pacjenta, w szczególności **w zakresie podziału ról** między lekarzy rodzinnych/POZ, a lekarzy specjalistów w innych dziedzinach oraz innych profesjonalistów medycznych. W ramach IPOM definiowany jest indywidualnie dla danego pacjenta zakres i częstotliwość wykonywania badań diagnostycznych, wizyt u lekarza rodzinnego/POZ, konsultacji u lekarza AOS, porad edukacyjnych itp.

ŚPDT stanowią będą punkt odniesienia w monitorowaniu jakości i efektywności opieki. W szczególności, w oparciu na ŚPDT, określone zostaną punkty kontrolne w przebiegu procesów diagnostyczno-terapeutycznych, których monitorowanie będzie elementem zarządzania jakością opieki.

Wykorzystanie ŚPDT:

- edukacyjne
- podział kompetencji profesjonalistów medycznych
- źródło wskaźników jakości opieki
- pomoc przy tworzeniu indywidualnego planu opieki medycznej (IPOM)
- wskazówki do określania koszyka badań diagnostycznych (DGN+)
- wskazówki do określania kosztów opieki

III. Organizacja opieki

Realizacja programów profilaktycznych

Proponowany model opieki ma zapewnić **poprawę skuteczności realizacji dotychczas realizowanych programów profilaktycznych**, m.in. przez zmianę sposobu rekrutacji, realizacji i finansowania oraz monitorowanie odsetka ich wykonywalności w populacji zadeklarowanej do lekarza rodzinnego/POZ. Rekrutacja pacjentów na badania w zakresie profilaktyki onkologicznej (cytologia, mammografia, kolonoskopia) powinna się odbywać na poziomie POZ.

Pięcioletni cykl zaproszenia na badania profilaktyczne nie powinien ograniczać pacjentom dostępu do tych badań profilaktycznych których wykonywanie jest zalecane w krótszych odstępach czasowych (m.in. cytologia, mammografia).

Rekomendowane jest wykorzystanie dedykowanych kwestionariuszy do wywiadu o stanie zdrowia badanego pacjenta oraz rozdzielenia badania na część przedlekarską (m.in. uzupełnienie wywiadu, pomiary BP i BMI) oraz lekarską (m.in. badanie przedmiotowe, wnioski i zalecenia).

Zakłada się, iż w wyniku przeprowadzenia badań przesiewowych zostaną wyróżnione trzy grupy pacjentów, które będą wymagały różnych ścieżek dalszego postępowania. Będą to pacjenci:

- a) zdrowi bez czynników ryzyka,
- b) zdrowi ze stwierdzonymi czynnikami ryzyka zachorowania na choroby przewlekłe,
- c) z podejrzeniem lub rozpoznaniem choroby przewlekłej.

W przypadku pacjentów ze stwierdzonymi czynnikami ryzyka rozwoju chorób przewlekłych będą wdrożone **programy edukacyjne zdrowego stylu życia**, m.in. z wykorzystaniem materiałów edukacyjnych, także w formule e-learningowej,

Ciążar realizacji świadczeń profilaktycznych i edukacyjnych powinien spoczywać na przeszkolonych pielęgniarkach i położnych, wspieranych przez personel niemedyczny w aspekcie zarówno merytorycznym (np. edukatora zdrowotnego, dietetyka, psychologa) i organizacyjnym (np. rejestratorkę, asystenta medycznego, contact center).

Koordinacja opieki nad chorymi przewlekłe (*ang. disease management program – DMP*).

Nieodzownym elementem DMP jest okresowe wykonywanie pogłębionego badania stanu zdrowia w trybie tzw. **porady kompleksowej**, której celem jest:

1. Ocena stanu zdrowia pacjenta i czynników je warunkujących, m.in.:
 - a) stopnia klinicznego zaawansowania choroby podstawowej i ewentualnych chorób współistniejących,
 - b) występowanie ewentualnych powikłań narządowych oraz niewydolności układowych.

- c) stopnia samodzielności pacjenta – m.in. umiejętności realizacji dotychczasowych zaleceń lekarskich i pielęgniarskich, samokontroli i ewentualnych pomiarów oraz sprawności psychoruchowej i ewentualnej potrzeby korzystania z pomocy innych osób.
 - d) stylu życia i warunków socjalnych – m.in. nałogi, aktywność fizyczna, nawyki żywieniowe, sytuacja rodzinna i materialna.
2. Ocena skuteczności dotychczasowych interwencji medycznych, m.in.:
- a) leczenia farmakologicznego
 - b) postępowania niefarmakologicznego, w tym porad edukacyjnych
3. Określenie **indywidualnego planu opieki medycznej (IPOM)**, m.in.: zawierającego zalecenia i ewentualne terminy realizacji w zakresie:
- a) kontrolnych badań diagnostycznych
 - b) konsultacji specjalistycznych
 - c) leczenia (farmakologicznego i niefarmakologicznego) i/lub rehabilitacji
 - d) edukacji
 - e) samokontroli
 - f) wizyt kontrolnych lekarskich i pielęgniarskich

Zasadniczą zmianą w odniesieniu do aktualnej praktyki jest **wprowadzenie planowania kolejnych wizyt** z wielomiesięcznym wyprzedzeniem oraz **aktywny nadzór** ze strony placówki medycznej **nad realizacją zaleceń** przez pacjenta i monitorowanie jakości opieki.

Za realizację IPOM odpowiada w pierwszej kolejności sam pacjent, który prowadzi samokontrolę stanu zdrowia (np. pomiary ciśnienia tętniczego, glukozy we krwi), z ewentualnym wykorzystaniem narzędzi telemedycznych oraz odpowiada za prowadzenie zdrowego stylu życia i realizację zaleceń (w tym postępowania niefarmakologicznego), wynikających z rodzaju choroby przewlekłej. Tak pojęta **współodpowiedzialność pacjenta za efekty opieki** wymaga daleko idących zmian w świadomości swojej roli, dlatego docelowo każdy pacjent z rozpoznaniem choroby przewlekłej objęty DMP powinien uczestniczyć w programach edukacyjnych radzenia sobie z chorobą, m.in. z wykorzystaniem materiałów edukacyjnych, w tym narzędzi e-learningowych.

Koordinacja opieki ze strony podmiotu medycznego związana jest z aktywnym nadzorem nad realizacją ww zaleceń lekarskich w zaplanowanych terminach i przypominaniem pacjentowi o zbliżających się wizytach (np. drogą mailową lub sms-ową). W przypadku braku realizacji zaleceń lub stwierdzonych nieprawidłowości w wynikach kontrolnych badań diagnostycznych lub pomiarów prowadzi się interwencję w postaci np. przyspieszenia kontrolnej wizyty u lekarza lub pielęgniarki. Obowiązki koordynatora może pełnić nie tylko pracownik świadczeniodawcy ale również podmiotu współpracującego (np. specjalistyczne *contact center*).

Organizacja ambulatoryjnej fizjoterapii (FIZ+) – opcjonalnie (wg Wiśniewski M. & Idziak B.).

FIZ+ realizowana jest w przypadku zespołów bólowych kręgosłupa oraz choroby zwyrodnieniowej dużych stawów obwodowych (biodrowe, kolanowe, kompleks ramienno-barkowo-obończykowy)

Interwencję rozliczaną w ramach modelu POZ+ rozpoczynamy, jeżeli jest to kolejny incydent bólowy, albo incydent 1-razowy, który trwa dłużej niż 4 tygodnie.

Fizjoterapia w ramach modelu POZ+ może być prowadzone do roku od wystąpienia objawów ostrego bólu związanego z uszkodzeniem pierścienia włóknistego krążka m/kręgowego oraz do ustąpienia bólu w pozostałych przypadkach.

Rodzaj świadczeń

1. Porada lekarska kompleksowa

- a) diagnostyka różnicowa bólu swoistego i nieswoistego (wg algorytmu)
- b) leczenie p/bólowe farmakologiczne
- c) edukacja samoleczenia i profilaktyki nawrotów bólu (m.in. ułożenie, ćwiczenia)

2. Porady fizjoterapeutyczne – do 3 wizyt po 40 min.

- a) terapia manualna (m.in. mobilizacja, rozciąganie, masaż poprzeczny, McKenzie)
- b) ćwiczenia (rozciąganie, wzmacnianie)
- c) profilaktyka (wstawanie, schyłanie)

3. Konsultacje z lekarzami innej specjalności - neurolog, ortopeda, specjalista rehabilitacji, m.in.:

- permanentny ból,
- nietypowe przypadki pacjentów z bólem
- trudności w leczeniu pacjenta tzn. brak poprawy, minimalna poprawa pomimo 3 wizyt
- potrzeba zaawansowanych metod leczniczych

4. Uzupełniająca fizykoterapia w zespołach bólowych stawów obwodowych, możliwa do wykonania w warunkach lokalowych przychodni POZ, m.in.:

- laser wysokoenergetyczny
- fala uderzeniowa

5. Grupowe zajęcia dla pacjentów z objawami uszkodzenia pierścienia włóknistego krążka m/kręgowego po leczeniu manualnym, u których uzyskano znaczącą poprawę lub ustąpienie bólu.

- wzmocnienie kompleksu mięśniowego odpowiedzialnego za stabilizację kręgosłupa
- edukacja pacjentów (możliwość wykonywania niektórych ćwiczeń w warunkach domowych)
- polepszenie stanu psychicznego pacjenta (interakcja z uczestnikami)

Opisany zakres świadczeń jest możliwy do realizacji w warunkach lokalowych i sprzętowych przychodni POZ przez odpowiednio przeszkolonego lekarza rodzinnego/POZ lub współpracującego

z nim fizjoterapeuty. Wskazana jest współpraca zespołu medycyny rodzinnej z konkretnym fizjoterapeutą realizującym zalecenia lekarskie, a formy i sposób realizacji świadczeń powinien być wypracowany w toku pilotażu.

W przypadkach tego wymagających pacjenci są kierowani na specjalistyczne zabiegi rehabilitacyjne nieobjęte koszykiem POZ+.

Przekazanie części zadań pielęgniarkom POZ i innym specjalistom medycznym (np. edukatorom zdrowotnym).

Personel nielekarski jest angażowany możliwie w jak największym stopniu w następujące zadania:

1. Wstępna ocena stanu zdrowia w przypadku zgłaszanych problemów zdrowotnych, m.in. Na drodze porad (w tym telefonicznych i internetowych), prowadzonych wg. określonego protokołu postępowania, umożliwiającego w szczególności wykrycie sytuacji, kiedy niezbędna jest wizyta u lekarza (np. infolinia);
2. Edukacja w ramach profilaktyki pierwotnej i wtórnej;
3. Koordynacja i realizacja zadań wynikających z IPOM nad pacjentami przewlekle chorymi (np. edukacja, w przypadku pielęgniarek i położnych, kontynuacja ordynacji lekowych oraz zlecenie kontrolnych badań laboratoryjnych i wyrobów medycznych) zgodnie z zakresem posiadanych uprawnień.

Chorzy przewlekle nieobjęci DMP

DMP nie obejmuje pacjentów z chorobami przewlekłymi kategorii POZ+, którzy nie zgodzili się na zaproponowany przez lekarza IPOM. Również pacjenci objęci DMP zachowują **prawo do rezygnacji w dowolnym momencie** z tego modelu opieki. Podmiot realizujący umowę POZ+ obowiązany jest do udzielania takim pacjentom świadczeń POZ oraz kierowania na inne świadczenia w powszechnie obowiązującym zakresie.

Pacjenci pozostający pod opieką POZ+ w przypadku problemów zdrowotnych przekraczających zakres świadczeń kategorii POZ+, są kierowani do innego świadczeniodawcy zgodnie z powszechnie obowiązującymi zasadami.

Regulamin organizacyjny

Sposób koordynacji opieki nad pacjentami z chorobami przewlekłymi kategorii POZ+ (DMP) ustala świadczeniodawca, a przez płatnika regulowane są jedynie elementy opieki warunkujące sposób sprawozdawania monitorowania i rozliczania.

Przyjęta organizacja opieki powinna być realizowana w oparciu o procedury opisane w regulaminie organizacyjnym świadczeniodawcy POZ+ opisującym m.in.:

- a) sposób koordynacji opieki medycznej w zakresie świadczeń będących przedmiotem umowy;

- b) kompetencje i zadania personelu medycznego zespołu POZ+: lekarzy rodzinnych/POZ konsultujących specjalistów, pielęgniarek, położnych, edukatora zdrowotnego (np. dietetyka, psychologa, asystenta zdrowia) oraz zasady współpracy pomiędzy nimi;
- c) sposób realizacji konsultacji lekarz-lekarz i pacjent-lekarz przez specjalistów innych dziedzin
- d) możliwości wzajemnego komunikowania się osób udzielających świadczeń w procesie opieki, w tym wymiana informacji o zdarzeniach medycznych i dokumentacji medycznej, w oparciu o system informatyczny wymiany danych o zdarzeniach medycznych i elektronicznej dokumentacji medycznej (EDM). Wszystkie informacje zdrowotne o pacjencie powinny być stale dostępne dla lekarza rodzinnego/POZ. Preferowane są takie rozwiązania organizacyjne, które umożliwiają przekazywanie wyników badań diagnostycznych i świadczeń specjalistycznych wykonywanych „na zewnątrz”, bez pośrednictwa pacjenta, najlepiej z wykorzystaniem systemu IT.
- e) przekazywanie pacjentom informacji o zasadach funkcjonowania POZ+;
- f) sposób monitorowania jakości opieki oraz nadzoru udzielanych świadczeń zdrowotnych kategorii POZ+.

Tab. 4. Główne założenia organizacyjne modelu POZ+.

Lp.	Obowiązkowe	Rekomendowane
1.	Regulamin organizacyjny	
2.	Realizacja programów profilaktycznych, w tym bilansów dzieci wraz z rejestracją wykonanych badań	Zaangażowanie wykwalifikowanego personelu nielekarskiego.
3.	Rekrutacja na dostępne w obszarze działania populacyjne badania przesiewowe (raka szyjki macicy, piersi, jelita grubego)	Pobieranie materiału do badań w zakresie populacyjnego programu wczesnego wykrywania raka szyjki macicy.
4.	Koordinacja opieki nad chorymi przewlekle w oparciu o przyjęty IPOM.	Ustalanie IPOM na podstawie ŚPDT.
5.	Prowadzenie edukacji u pacjentów objętych DMP w zakresie radzenia sobie z chorobą przewlekłą, w tym zdrowego stylu życia	Zaangażowanie wykwalifikowanego personelu nielekarskiego.
6.	Monitorowanie realizacji zaleceń medycznych i aktywne umawianie na wizyty wynikające z IPOM.	Zaangażowanie wykwalifikowanego personelu nielekarskiego lub podwykonawcy (np. <i>contact center</i>).
7.		Zorganizowanie gabinetu fizjoterapii na terenie placówki POZ lub współpraca z gabinetem fizjoterapii poza placówką.

IV. Obieg informacji i sprawozdawczość.

System IT, który wspomaga placówkę w pilotażu powinien zapewnić:

1. **Wysyłanie raportów do NFZ** dotyczące pacjentów i zrealizowanych świadczeń. Raporty dotyczące realizacji usług płatnych odrębnie w ramach POZ+ przekazywane są do NFZ co najmniej raz w miesiącu **z wykorzystaniem dedykowanego oprogramowania informatycznego płatnika** (np. odpowiednia modyfikacja Portalu Świadczeniodawcy) w sposób spersonalizowany na pacjenta i pracownika medycznego. Zakres sprawozdawczości:
 - a) świadczenia kategorii POZ wykonane na rzecz pacjenta
 - b) świadczenia w zakresie programów profilaktycznych, w tym edukacji zdrowotnej
 - c) pacjenci objęci DMP:
 - dane niezbędne do ustalenia stawki kapitacyjnej;
 - świadczenia rozliczane wg FFS;
2. **Otrzymywanie raportów zwrotnych z NFZ.** Na podstawie comiesięcznych raportów przygotowywanych i wysyłanych przez świadczeniodawcę NFZ przekazuje zwrotnie raporty w zakresie m.in.:
 - a) potwierdzonych świadczeń odrębnie finansowanych w ramach budżetu zadaniowego;
 - b) chorych przewlekle objętych DMP;
 - c) chorych przewlekle objętych DMP, u których rozliczono świadczenia w poradniach AOS (poza modelem POZ+);
 - d) chorych przewlekle objętych DMP, oczekujących w kolejkach na wizytę pierwszorazową do poradni AOS ((poza modelem POZ+), wraz z czasem oczekiwania.
3. **Ewidencję grup pacjentów**, m.in.:
 - a) kwalifikujących się do programów profilaktycznych (wg wieku i płci oraz z uwzględnieniem zdefiniowanych wykluczeń zapisanych w SIMP lub EDM)
 - b) zdrowi z czynnikami ryzyka rozwoju chorób przewlekłych
 - c) chorzy przewlekle objęci i nie objęci DMP
4. **Rejestrację z wyprzedzeniem** na wybrane świadczenia zgodnie IPOM bez pośrednictwa pacjenta w placówce koordynującej oraz w placówkach współpracujących, z elektroniczną rejestracją terminu świadczenia.
5. **Elektroniczne skierowania** na badania diagnostyczne i konsultacje oraz możliwość odbierania wyników
6. **Prowadzenie i archiwizowanie elektronicznej dokumentacji medycznej (EDM)** z dostępem dla każdego uprawnionego pracownika na terenie placówki i w placówkach współpracujących (dopuszczalny okres przejściowy w pierwszym roku funkcjonowania);

7. Narzędzia IT wsparcia dla pacjenta, m.in.:

- a) rejestracja internetowa, contact center;
- b) potwierdzanie wizyt i wysyłanie przypomnień drogą SMS-ową, mailową, telefoniczną;
- c) wymiana danych medycznych pomiędzy profesjonalistami medycznymi i pacjentem, np. w oparciu o dostępne w systemie IT indywidualne konto pacjenta (IKP);
- d) baza wiedzy pacjenta, e-learning;
- e) telekonsultacje pacjent-lekarz;
- f) narzędzia do samokontroli (monitoring kluczowych pomiarów, kontrolnych badań diagnostycznych, realizacji zaleceń terapeutycznych i in.).

8. Narzędzia IT wsparcia dla personelu medycznego, m.in.:

- a) baza wiedzy, w tym dostęp do wytycznych;
- b) dostęp do opisu ścieżek postępowania diagnostyczno-terapeutycznego (ŚPDT)
- c) telekonsultacje lekarz-lekarz;
- d) organizacja i monitorowanie opieki przez koordynatora;
- e) dostęp do analiz wskaźników jakości opieki (*benchmarking*).

Powyższe wymagania, z podziałem na konieczne i rekomendowane, opisane są w Tabeli Nr 5.

Tab. 5. Wymagania dla systemu informatycznego POZ+

L.p	Konieczne	Rekomendowane
1.	Wysyłanie raportów do NFZ dotyczące pacjentów i zrealizowanych świadczeń z wykorzystaniem dedykowanego oprogramowania informatycznego płatnika.	Dedykowany system kodowania danych ze zrealizowanych świadczeń
2.	Otrzymywanie raportów zwrotnych z NFZ	Dostęp do wybranych informacji (m.in. statusy pacjentów, porady AOS i hospitalizacje u chorych objętych DMP) w systemie on-line Benchmarking dla wybranych wskaźników jakości opieki
3.	Ewidencja dedykowanych grup pacjentów (do badań profilaktycznych, DMP)	Ewidencja stratyfikacji ryzyka u chorych przewlekle objętych DMP
4.	Ewidencja porad kompleksowych i zaleceń wynikających z indywidualnych planów opieki medycznej (IPOM) u chorych przewlekle objętych DMP	Wykorzystanie ustrukturyzowanych kwestionariuszy EDM do zapisu porad kompleksowych i zaleceń wynikających z IPOM
5.	Elektroniczna rejestracja terminu świadczeń wynikających z IPOM w okresie minimum roku oraz ich planowanie w okresie minimum 2 lat	Rozwiązania wspierające aktywnie wzywane na wizyty (m.in. bramki SMS-owe, mailing, contact center)
6.	Rejestracja faktu skierowania na badania diagnostyczne i konsultacje specjalistyczne	Integracja z systemami rejestrującymi zakres i termin wykonania badań diagnostycznych oraz konsultacji specjalistycznych u podwykonawców
7.	Rejestracja faktu wykonania badań diagnostycznych kategorii POZ+ i konsultacji specjalistycznych	Integracja z systemami rejestrującymi wyniki badań diagnostycznych oraz konsultacji specjalistycznych u podwykonawców
8.	Prowadzenie i archiwizacja EDM	Dostęp do EDM dla każdego uprawnionego pracownika w placówce i u podwykonawców. Wykorzystanie ustrukturyzowanych kwestionariuszy EDM do rejestracji kluczowych świadczeń (m.in. bilanse dzieci, porady kompleksowe) oraz zapisu IPOM, w oparciu o zalecenia wynikające ce ŚPDT.
9.	Komunikacja z pacjentem drogą telefoniczną	Komunikacja z pacjentem z wykorzystaniem narzędzi IT Udostępnienie przez NFZ świadczeniodawcom informacji rejestrowanych w ZIP E-learning, telekonsultacje pacjent-lekarz Baza wiedzy, narzędzia IT do samokontroli
10.	Dostęp do opisu wytycznych i wynikających ścieżek postępowania diagnostyczno-terapeutycznego wykorzystywanych w DMP	Narzędzia wsparcia w podejmowaniu decyzji klinicznych zgodnych ze ŚPDT Telekonsultacje lekarz-lekarz System alertów dla koordynatora

V. Zarządzanie jakością opieki

Monitorowanie jakości opieki jest kluczowym elementem opieki koordynowanej, a w przypadku pilotażu niezbędnym do oceny jego efektów. Będzie ono dotyczyło wybranych **wskaźników dotyczących świadczeń wykonywanych w ramach OK**, których przykładowy zakres i harmonogram sprawozdawania podany jest w Tab. 6.

Tab. 6 Harmonogram monitorowania przykładowych wskaźników jakości OK w modelu POZ+

L.p	Wskaźnik	Raportowanie
Struktura		
1.	Składniki lokalowe, kadrowe i sprzętowe, w tym systemy IT	Raz w roku
2.	Liczba pacjentów kwalifikujących się do poszczególnych programów profilaktycznych w danym roku	Raz na rok
Proces		
3.	Odsetek pacjentów objętych bilansami dzieci i badaniami profilaktycznymi dorosłych w poszczególnych grupach wiekowych i poddanych dyspensaryzacji;	Raz w kwartale
4.	Liczba pacjentów z poszczególnymi chorobami przewlekłymi kategorii POZ+ objętych i nie objętych DMP	Raz w kwartale
5.	Odsetek chorych przewlekle objętych DMP z ustalonym IPOM;	Raz w kwartale
6.	Odsetek pacjentów realizujących zalecenia wynikające z IPOM;	Raz w kwartale
7.	Ilość kluczowych świadczeń u chorych przewlekle objętych DMP (m.in. porady kompleksowe, edukacyjne, badania diagnostyczne POZ+, fizjoterapia POZ+);	Raz w kwartale
8.	Czas oczekiwania na wybrane świadczenia w ramach DMP	Raz w kwartale
9.	Koszty opieki w ramach DMP, w tym ponoszone przez NFZ	Raz w kwartale
Wynik		
10.	Odsetek pacjentów chorych przewlekle z zadowalającą kontrolą stanu zdrowia, w oparciu i kluczowe wskaźniki kliniczne pomiarów (np. BP) i badań (np. HbA1c)	Raz w kwartale
11.	Odsetek chorych przewlekle niestabilnych, wymagających świadczeń poza OK	Raz w kwartale
12.	Pomiary satysfakcji pacjentów i opinii pracowników	Raz w roku

Wybór wskaźników jakości opieki oraz sposób ich sprawozdawania przez placówki biorące udział w pilotażu nie powinny być związane z nadmiernym obciążeniem biurokratycznym. Dlatego kluczowe będzie przygotowanie przez płatnika odpowiednich narzędzi IT, które umożliwią zapisywanie danych „w tle”, przy okazji udzielania i zapisywania świadczeń przez personel medyczny POZ.

W przypadku pacjentów z chorobami przewlekłymi objętymi DMP monitorowane będą ponadto **ilość i koszt wybranych świadczeń refundowanych** przez NFZ, wykonywanych **poza OK**, na przykład:

1. Odsetek chorych przewlekle objętych i nie objętych DMP, którzy:
 - a) skorzystali z usług poradni AOS poza POZ+
 - b) trafili na SOR oraz NiŚOZ
 - c) zostali poddani hospitalizacji (planowanej i nieplanowanej) oraz rehospitalizacji (w pierwszym miesiącu po wypisie), czas i koszty leczenia szpitalnego
2. Koszty ordynowanych leków refundowanych i nier refundowanych (np. z wykorzystaniem danych w EDM oraz bazy danych OSOZ), m.in. antybiotyków
3. Całościowe koszty opieki nad chorymi przewlekle objętymi i nie objętymi DMP ponoszone przez NFZ

Zasadne jest też przeprowadzenie na reprezentatywnej grupie pacjentów z chorobami przewlekłymi objętymi DMP badań ankietowych oceniających **ilość i koszt świadczeń zdrowotnych nier refundowanych** przez NFZ, m.in.:

1. Ambulatoryjnych wizyt w gabinetach prywatnych
2. Kosztów ponoszonych przez pacjentów na leki
3. Absencji w pracy

Na etapie pilotażu uzasadniony jest udział w monitorowaniu jakości opieki instytucji zewnętrznej, niezależnej od świadczeniodawców i płatnika.

Uzyskiwane wyniki powinny być udostępniane w postaci raportów, optymalnie w systemie ciągłym (tzw. *benchmarking*).

VI. Finansowanie

Oplata kapitulacyjna za pacjenta

1. W odniesieniu do **calej populacji** pacjentów zadeklarowanych do lekarza rodzinnego/POZ powszechnie obowiązująca stawka POZ jest powiększana o ryczałtową kwotę uwzględniającą następujące koszty opieki::

- a) „administracyjne” (m.in. koordynacja profilaktyki, reorganizacja pracy zespołu medycyny rodzinnej, umowy ze specjalistami, wewnętrzny nadzór i monitorowanie jakości opieki);
- b) „technologiczne” (m.in. zakup i amortyzacja sprzętu komputerowego, sprzętu do telekonsultacji i zdalnego monitorowania parametrów zdrowotnych, systemu informatycznego);

Oplata ta ma na celu zrekompensować w ciągu kilku lat trwania pilotażu koszty ponoszone przez placówki związane z realizacją dodatkowych zadań administracyjnych oraz inwestycjami w sprzęt i oprogramowanie konieczne do obsługi niezbędnych procesów.

2. W przypadku **chorych przewlekle objętych DMP** stawka kapitulacyjna powiększana jest o kwotę rekompensującą koszty zwiększonego ryzyka korzystania ze świadczeń zdrowotnych wynikających z koordynacji opieki i wynikających z niej dodatkowych świadczeń zdrowotnych (lekarskich, pielęgniarskich i diagnostycznych).

W przypadku jeżeli chory przewlekle objęty DMP korzysta z opieki specjalistycznej rozliczanej poza modelem POZ+ (w ramach odrębnych umów AOS), to omawiana oplata kapitulacyjna będzie czasowo wstrzymywana (np. przez 3 kolejne miesiące). Wstrzymanie to obowiązuje od czasu uzyskania przez świadczeniodawcę informacji od płatnika o tym fakcie. W tym okresie pacjentowi nie przysługują świadczenia wynikające z DMP.

W przypadku, gdy pacjent rezygnuje z korzystania z modelu POZ+ to omawiana oplata kapitulacyjna ulega wstrzymaniu bezterminowo.

Oplata za usługę (FFS, ang. *fee for service*)

1. Pokrywająca pełne koszty

- a) programów profilaktycznych, w tym porad edukacyjnych zdrowego stylu życia
- b) indywidualnych zabiegów i grupowych zajęć fizjoterapeutycznych

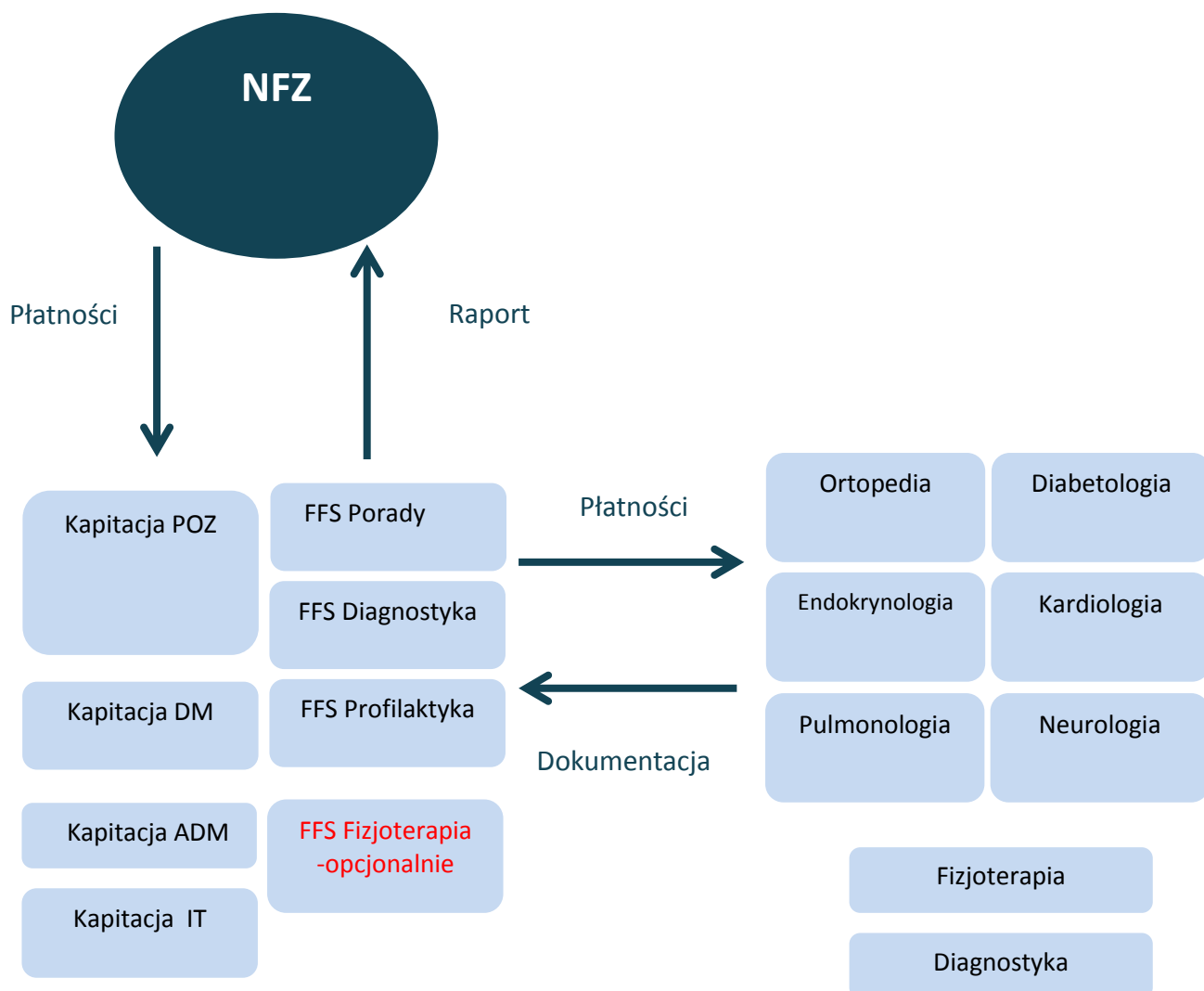
2. Pokrywająca część kosztów

- a) badań diagnostycznych kategorii POZ+;
- b) porad lekarskich kompleksowych;
- c) konsultacji specjalistycznych: lekarz-lekarz, lekarz-pacjent, w tym telekonsultacji
- d) programów edukacyjnych radzenia sobie z chorobą

Jest to oplata motywacyjna, uzupełniająca wynagrodzenie kapitulacyjne w chorobach przewlekłych

objętych DMP i dotyczy preferowanych świadczeń wynikających ze ŚPDT.

Rys. 1.
Sposób finansowania OK w modelu POZ+



VII. Kontraktowanie

Umowy na udział w pilotażu podpisywane są w trybie przystąpienia, podobnie jak inne umowy w zakresie POZ. Stroną umowy może stać się świadczeniodawca, który posiada co najmniej kontrakt na świadczenia lekarza POZ i spełni warunki realizacji POZ+.

Warunki realizacji świadczeń w modelu POZ+, które musi spełnić ubiegający się o kontrakt świadczeniodawca przed rozpoczęciem pilotażu:

1. Umowa z NFZ w zakresie POZ obejmująca świadczenia lekarza POZ oraz do 20 tys. deklaracji do lekarza rodzinnego/POZ;
2. Wstępna umowa na konsultacje z lekarzami innych specjalności
3. Opracowany i zaakceptowany przez płatnika regulamin organizacyjny (patrz rozdz. III)
4. Wyposażenie w zasoby lokalowe, sprzęt i aparaturę medyczną (własne i podwykonawców) oraz posiadanie zasobów kadrowych umożliwiające realizację kontraktu.
5. Wymagania minimalne systemu informatycznego.
6. Przeprowadzone szkolenia lekarzy i pozostałego personelu medycznego w zakresie standardów medycznych i organizacyjnych POZ+.

Przystępując do pilotażu świadczeniodawca zobowiąże się do realizacji niektórych działań wymagalnych z od samego początku a innych po określonym czasie dostosowawczym. Część działań może być realizowana opcjonalnie i pozostanie dla świadczeniodawcy do wyboru. Wykaz działań zawiera Tabela Nr 7.

Tab. 7. Podsumowanie działań w ramach pilotażu OOK w modelu POZ +

Rodzaj działania*	W	MT	O
Rekrutacja na programy profilaktyczne			
ChUK	x		
Cytologia	x		
Mammografia	x		
Kolonoskopia	x		
Wykonywanie badań profilaktycznych			
ChUK	x		
Nadawanie statusu zdrowotnego (zdrowy ± czynniki ryzyka, chory przewlekle)	x		
Edukacja zdrowego stylu życia	x		
Cytologia			x
Mammografia			x
Kolonoskopia			x
DMP w wybranych dla modelu POZ+ chorobach przewlekłych			
Poszerzona diagnostyka	x		
Konsultacje specjalistyczne	x		
Porady kompleksowe	x		
IPOM	x		
Edukacja chorych przewlekle w zakresie samokontroli stanu zdrowia i radzenia sobie w chorobie	x		
Aktywne monitorowanie realizacji zaleceń	x		
Implementacja do IPOM zaleceń wynikających ze ŚPDT			x
Rejestracja na świadczenia wynikające z IPOM z kilkumiesięcznym wyprzedzeniem			x
Koordinacja opieki wykonywana przez podwykonawcę (np. <i>contact center</i>).			x
Fizjoterapia w przewlekłych zespołach bólowych kręgosłupa i dużych stawów			x
Obieg informacji i sprawozdawczość			
Wysyłanie raportów do NFZ dotyczące pacjentów i zrealizowanych świadczeń oraz wskaźników jakości opieki z wykorzystaniem dedykowanego oprogramowania informatycznego płatnika	x		
Ewidencja dedykowanych grup pacjentów (do badań profilaktycznych, DMP)	x		
Badania poziomu satysfakcji pacjentów	x		
Prowadzenie i archiwizacja EDM	x		
Dostęp do kluczowych informacji (m.in. statusy pacjentów, porady AOS i hospitalizacje u chorych objętych DMP) w systemie on-line płatnika		x	
Udostępnienie przez NFZ świadczeniodawcom informacji rejestrowanych w ZIP		x	
Benchmarking dla wybranych wskaźników jakości opieki		x	
Wymiana EDM placówki z konsultującymi specjalistami pracującymi w innych lokalizacjach		x	
Telekonsultacje			x
Narzędzia IT do samokontroli i monitoringu wybranych pomiarów wykonywanych przez pacjenta			x
Narzędzia wsparcia w podejmowaniu decyzji klinicznych zgodnych ze ŚPDT			x

*- rodzaj działania:

W – wymagalne od początku,

MT – wymagalne po pewnym czasie ale w trakcie projektu (np. za 2 lata),

O – opcjonalne, do wyboru przez placówkę biorącą udział w pilotażu

VIII. Oczekiwane rezultaty

A. Lepsze zaspokojenie potrzeb zdrowotnych pacjenta i zwiększenie jego udziału w procesie opieki medycznej.

1. Kreowanie postaw prozdrowotnych i większej odpowiedzialności pacjenta za własne zdrowie;
2. Większe zaangażowanie chorego przewlekle w proces opieki zdrowotnej przez zmianę sposobu jej organizacji z biernego na pro-aktywny i wykorzystanie narzędzi e-zdrowia.
3. Poprawa dostępności i jakości opieki w zakresie chorób przewlekłych w efekcie:
 - diagnostyki i leczenia przez lekarza rodzinnego/POZ w większym niż obecnie zakresie, określonym przez ŚPDT, w oparciu o szerszy dostęp do diagnostyki ambulatoryjnej oraz konsultacje lekarzy AOS.
 - ograniczenie kolejek do poradni AOS w efekcie określenia w ŚPDT ścisłych wskazań do opieki specjalistycznej, po ustąpieniu których pacjent wraca pod opiekę lekarza rodzinnego/POZ.
4. Ograniczenie groźnych dla życia i zdrowia powikłań chorób przewlekłych wskutek zwiększenia ich wykrywalności oraz skuteczności profilaktyki pierwotnej i wtórnej.
5. Zmniejszenie obciążenia finansowego pacjentów wskutek ograniczenia niepotrzebnych wydatków na leki (m.in. ograniczenie polipragmazji i częstej zmiany leczenia), na dojazdy do specjalistów (konsultacje bliżej miejsca zamieszkania) oraz na leczenie w prywatnych gabinetach lekarskich (z powodu zmniejszenia kolejek do AOS);
6. Osiąganie wysokiego poziomu przekonania ze strony pacjenta o zasadności działań proponowanych przez profesjonalistów zdrowotnych.
7. Poprawa poziomu satysfakcji pacjentów z realizowanych usług zdrowotnych;

B. Poprawa sposobu funkcjonowania systemu ochrony zdrowia

1. Poszerzenie koszyka świadczeń POZ w powszechnie obowiązującym systemie ochrony zdrowia w zakresie świadczeń profilaktycznych, diagnostycznych, terapeutycznych i rehabilitacyjnych oraz wybranych konsultacji specjalistycznych innych niż w zakresie medycyny rodzinnej;
2. Zwiększenie skuteczności profilaktyki chorób, w tym edukacji zdrowotnej
3. Umożliwienie lekarzom rodzinnym/POZ wykorzystania w większym stopniu swoich kompetencji w zakresie posiadanej specjalizacji z zakresu medycyny rodzinnej, ogólnej i chorób wewnętrznych;
4. Zwiększenie kompetencji i roli pielęgniarek i położnych środowiskowo-rodzinnych/POZ w zakresie profilaktyki i edukacji zdrowotnej;

5. Wykorzystanie potencjału kadr nielekarskich w systemie ochrony zdrowia (np. edukatorzy, fizjoterapeuci);
6. Optymalizacja postępowania diagnostyczno-terapeutycznego, rozumiana jako stosowanie najbardziej odpowiednich, z punktu widzenia celów, działań na etapie diagnostyki i terapii chorób;
7. Wdrożenie koordynacji udzielania świadczeń zdrowotnych przez zespół medycyny rodzinnej, z elementami planowania opieki i aktywnym umawianiem pacjenta na kolejne wizyty;
8. Zapewnienie ścisłej i praktycznej współpracy różnych specjalistów medycznych w procesie opieki zdrowotnej oferowanej dla danego pacjenta;
9. Maksymalne wykorzystanie informacji medycznej zapisanej w EDM przez poszczególnych specjalistów opieki zdrowotnej w procesach podejmowania decyzji klinicznych;
10. Zwiększenie atrakcyjności pracy w POZ dla lekarzy rodzinnych/POZ i pozostałych specjalistów medycznych, którzy dzięki większym kompetencjom będą mogli lepiej realizować się zawodowo oraz utrzymać lub zwiększyć aktualny poziom dochodów;
11. Poprawa celowości zatrudnienia oraz wzrost efektywnego wykorzystania personelu medycznego i pracowników wspierających;
12. Poprawa efektywności i optymalizacja kosztów leczenia chorób przewlekłych ze środków publicznych;
13. Zastąpienie i eliminacja części procedur administracyjnych związanych z tworzeniem i nadzorem nad kolejkami procedurami koordynacji opieki usprawniającymi opiekę;
14. Systematyczne przenoszenie opieki na najniższy efektywny poziom, z poziomu AOS na POZ oraz opieki stacjonarnej na lecznictwo ambulatoryjne;
15. Zmniejszenie liczby świadczeń w stanach doraźnych udzielanych w SOR, Izbie Przyjęć oraz placówkach nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej wynikających z ograniczonego dostępu do POZ;
16. Zbudowanie podstaw do rozwijania przyszłej współpracy w zakresie opieki farmaceutycznej oraz pomocy społecznej;