# Model 2

## Podręcznik wdrożenia pilotażu

WORLD BANK GROUP

© 2017 International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank
1818 H Street NW, Washington DC 20433
Telephone: 202-473-1000; Internet: www.worldbank.org
Some rights reserved

1 2 3 4 15 14 13 12

This work is the product of the staff of the World Bank with external contributions. The findings, interpretations, and conclusions expressed in this work do not necessarily reflect the views of The World Bank, its Board of Executive Directors, or the governments they represent. The World Bank does not guarantee the accuracy of the data included in this work. The boundaries, colors, denominations, and other information shown on any map in this work do not imply any judgement on the part of The World Bank concerning the legal status of any territory or the endorsement or acceptance of such boundaries.

Nothing herein shall constitute or be considered to be a limitation upon or waiver of the privileges and immunities of The World Bank, all of which are specifically reserved.

**Rights and Permissions**
This work is available under the Creative Commons Attribution 3.0 IGO license (CC BY 3.0 IGO) https://creativecommons.org/licenses/by/3.0/igo/. Under the Creative Commons Attribution license, you are free to copy, distribute, transmit, and adapt this work, including for commercial purposes, under the following conditions:
*Translations* – If you create a translation of this work, please add the following disclaimer along with the attribution: This translation is an adaptation of an original work by The World Bank and should not be considered an official World Bank translation. The World Bank shall not be liable for any content or error in this translation.
*Adaptation* – If you create an adaptation of this work, please add the following disclaimer along with the attribution: This is an adaptation of an original work by TheWorld Bank. Views and opinions expressed in the adaptation are the sole responsibility of the authors of the adaptation and are not endorsed by TheWorld Bank.

Ryciny wykorzystane w publikacji na licencji Creative Commons z zasobów Internet Archive Book Images.

# Spis treści


Spis treści 3

Spis rysunków 5

Spis schematów 7

Spis tabel 8

**Wstęp** 12

Oczekiwane wyniki 13

Tło 14

Problemy ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w kontekście polskim 16

Uzasadnienie 19

**Model udzielania świadczeń** 29

Zakres Modelu 2 29

Profilaktyka 32

Ścieżki diagnostyczne i terapeutyczne 37

Planowanie i koordynacja opieki 38

Pacjenci/zarejestrowani 38

Świadczeniodawcy 39

Zawieranie umów 41

**Finansowanie** 44

Główne założenia finansowania Modelu 2 46

Środki budżetowe 48

Raportowanie 68

**Budowanie potencjału** 70

Zarządzanie i rozwój kompetencji płatnika 71

Narzędzia stratyfikacji 71

Zarządzanie projektem i monitorowanie 74

**Monitorowanie i ewaluacja** 77

Wskaźniki do ewaluacji pilotażu 79

Wymogi sprawozdawcze 90

**Technologie informatyczne** 92

**Bibliografia** 98

# Spis rysunków


| | | |
|---|---|---|
| Rys. 1: | Wskaźniki świadczeniodawców AOS i liczby konsultacji w Polsce – obszary wiejskie | 15 |
| Rys. 2: | Wskaźniki świadczeniodawców AOS i liczby konsultacji w Polsce – obszary miejskie | 15 |
| Rys. 3: | Liczba konsultacji lekarskich per capita w krajach OECD w 2014 r. | 16 |
| Rys. 4: | Opinie na temat systemów opieki zdrowotnej – porównanie 9 krajów i UE | 17 |
| Rys. 5: | Średni czas oczekiwania na konsultację w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS) w Polsce (w miesiącach) | 17 |
| Rys. 6: | Liczba oczekujących i mediana średniego realnego czasu oczekiwania (2013–2015) | 18 |
| Rys. 7: | Prognozowane szacunki liczby lekarzy specjalistów i specjalistów stomatologów w Polsce | 18 |
| Rys. 8: | Udział zgonów z powodu chorób niezakaźnych w Polsce | 19 |
| Rys. 9: | Średnie wydatki na pacjenta na poziomie AOS: 26 chorób 2013–2015 (w PLN) | 21 |
| Rys. 10: | Średnie wydatki na pacjenta na poziomie AOS według województw, dla 26 chorób w 2015 r. | 21 |
| Rys. 11: | Odsetek pacjentów, świadczeń i kosztów związanych z 26 chorobami na poziomie POZ, AOS i szpitali, jako odsetek łącznej liczby pacjentów, świadczeń i kosztów na poszczególnych poziomach opieki | 22 |
| Rys. 12: | Średnie wydatki związane z chorobą obwodowych naczyń tętniczych na osobę w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej, według wieku, w 2015 r. | 22 |
| Rys. 13: | Średnie wydatki związane z przewlekłymi zapaleniami jelit i zespołem jelita nadwrażliwego, na osobę w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej, według wieku, w 2015 r. | 23 |
| Rys. 14: | Liczba pacjentów i świadczeń raportowanych w POZ – 26 chorób w 2015 r. | 24 |
| Rys. 15: | Liczba pacjentów i świadczeń na poziomie AOS, związanych z 26 chorobami w 2015 r. | 25 |
| Rys. 16: | Wydatki NFZ na leczenie pacjentów w 26 wybranych kategoriach, według wieku, w 2015 r. (w PLN) | 26 |

| | | |
|---|---|---|
| Rys. 17: | Łączna liczba pacjentów i świadczeń na wszystkich trzech poziomach opieki dla 26 chorób w 2015 r. | 27 |
| Rys. 18: | Liczba pacjentów i koszty związane z 26 chorobami w AOS i opiece szpitalnej w 2015 r. | 28 |
| Rys. 19: | Wskaźniki łącznych kosztów 26 chorób, na 10 000 pacjentów, oraz świadczeń na poziomie AOS i leczenia szpitalnego – 2015 r. | 28 |
| Rys. 20: | Udział populacji objętej kontrolą zdrowia w fazie pilotażowej, według grup wiekowych | 36 |
| Rys. 21: | Łączny koszt budżetu Modelu 2 w podziale na typy kosztów | 47 |
| Rys. 22: | Wydatki Modelu 2 w ciągu 4 lat, w podziale na kategorie | 47 |
| Rys. 23: | Łączne koszty Modelu 2 jako odsetek wydatków NFZ | 48 |
| Rys. 24: | Kapitacja POZ, według wieku pacjentów | 49 |
| Rys. 25: | Opłata kapitacyjna za usługi pielęgniarek i położnych, według wieku pacjentów | 49 |
| Rys. 26: | Udział kosztów usług pielęgniarek i położnych w opłacie kapitacyjnej | 50 |
| Rys. 27: | Koszty opłaty kapitacyjnej POZ na pacjenta, w podziale na grupy wiekowe | 50 |
| Rys. 28: | Szacowana populacja objęta programem kontroli zdrowia dorosłych w 2020 r., w podziale na grupy wiekowe | 52 |
| Rys. 29: | Profilaktyka i prewencja jako odsetek budżetu NFZ | 52 |
| Rys. 30: | Kapitacja AOS w podziale na przychodnie specjalistyczne | 54 |
| Rys. 31: | Średni koszt kapitacji AOS na pacjenta w roku 2020 | 55 |
| Rys. 32: | Budżet diagnostyczny AOS | 56 |
| Rys. 33: | Średni koszt diagnostyki AOS na pacjenta w roku 2020 | 56 |
| Rys. 34: | Koszty AOS jako odsetek budżetu NFZ | 57 |
| Rys. 35: | Koszty diagnostyki i kapitacji AOS jako odsetek budżetu NFZ | 57 |
| Rys. 36: | Koszt zarządzania przebiegiem choroby według grup wiekowych | 58 |
| Rys. 37: | Szacowany odsetek osób objętych programami zarządzania chorobą w populacji programu pilotażowego w roku 2020 – założenia | 60 |
| Rys. 38: | Koszt planu DM według wieku i typu konsultacji | 61 |
| Rys. 39: | Struktura kosztów zarządzania przebiegiem choroby jako odsetek budżetu NFZ | 62 |

Rys. 40: Odsetek populacji objętej programem pilotażowym, otrzymującej świadczenia rehabilitacji w ramach Modelu 2 63

Rys. 41: Koszty świadczeń rehabilitacji w podziale na grupy wiekowe 64

Rys. 42: Rehabilitacja jako odsetek budżetu NFZ 65

Rys. 43: Koszty rehabilitacji według wieku pacjentów 65

# Spis schematów

Schemat 1: Ramy monitorowania i ewaluacji 79

Schemat 2: Wskaźniki rezultatu 81

# Spis tabel


| | | |
|---|---|---|
| Tabela 1: | Porównanie obecnego modelu opieki zdrowotnej z Modelem 2 | 13 |
| Tabela 2: | Choroby i czynniki ryzyka według grup wiekowych i płci | 35 |
| Tabela 3: | Interwencje w ramach oceny ogólnego stanu zdrowia pacjenta: | 36 |
| Tabela 4: | Kryteria wyboru próby świadczeniodawców | 39 |
| Tabela 5: | Podsumowanie budżetu Modelu 2 i kwartalnych płatności (w PLN) | 44 |
| Tabela 6: | Opłaty kapitacyjne AOS według specjalizacji | 53 |
| Tabela 7: | Występowanie chorób przewlekłych w populacji – dane epidemiologiczne | 59 |
| Tabela 8: | Pacjenci z chorobami przewlekłymi, objęci programami zarządzania chorobą (DM) | 60 |
| Tabela 9: | Konsultacje, ich częstotliwość i stawki | 61 |
| Tabela 10: | Wskaźnik zmniejszenia liczby konsultacji kompleksowych | 62 |
| Tabela 11: | Przygotowanie świadczeniodawców do realizacji usług | 76 |
| Tabela 12: | Obszary ewaluacji systemu opieki koordynowanej | 83 |
| Tabela 13: | Wskaźniki rezultatu w Modelu 2 | 83 |
| Tabela 14: | Wskaźniki produktu w pilotażowym Modelu 2 | 84 |
| Tabela 15: | Wskaźniki dotyczące jakości opieki dla Modelu 2 | 84 |
| Tabela 16: | Wskaźniki koordynacji dla Modelu 2 | 86 |
| Tabela 17: | Moduły SIM mające znaczenie dla projektu pilotażowego | 90 |
| Tabela 18: | Wymogi sprawozdawcze | 91 |

# Akronimy i skróty

| |
|---|
| AOK – Ambulatoryjna Opieka Koordynowana |
| AOS – Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna |
| BMI - Body Mass Index (Wskaźnik Masy Ciała) |
| BWP – Biuro Wdrażania Projektu |
| CHUK – Program Profilaktyki Chorób Układu Krążenia |
| DM – Disease Management (zarządzanie chorobą) |
| EBM – Evidence Based Medicine (medycyna oparta na dowodach) |
| EDM – Elektroniczna Dokumentacja Medyczna |
| FFS – Fee-For-Service (Opłata Za Usługę) |
| GUS – Główny Urząd Statystyczny |
| IHR – Individual Health Records (Karta Zdrowia Pacjenta) |
| IOP – Instrukcja Operacyjna Projektu Pilotażowego |
| IPOM – Indywidualny Plan Opieki Medycznej |
| IT – Technologie Informacyjne |
| JST – Jednostki Samorządu Terytorialnego |
| M&E – monitorowanie i ewaluacja |
| MZ – Ministerstwo Zdrowia |
| NFZ – Narodowy Fundusz Zdrowia |
| NIZP-PZH – Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny |
| NOCH – Nocna i Świąteczna Opieka Chorych |
| OECD – Organizacja Współpracy Gospodarczej i Rozwoju |
| OSOZ – Ogólnopolski System Ochrony Zdrowia |
| OK – Opieka Koordynowana |
| PKB – Produkt Krajowy Brutto |
| PLN – Złoty Polski |
| PoChP – Przewlekła Obturacyjna Choroba Płuc |
| POZ – Podstawowa Opieka Zdrowotna |
| PZD – Platforma Zarządzania Danymi |

| |
|---|
| REH – Rehabilitacja Ambulatoryjna |
| SIM – System Informacji Medycznej |
| SOR – Szpitalny Oddział Ratunkowy |
| WHO – Światowa Organizacja Zdrowia |
| ZIP – Zintegrowany Informator Pacjenta |

# Podziękowania

Modele opieki koordynowanej zawarte w tym raporcie zostały przygotowane w ramach umowy RAS (Reimbursable Advisory Services) podpisanej w listopadzie 2015 roku, pomiędzy Bankiem Światowym, a Narodowym Funduszem Zdrowia. Liderami projektu byli Anna Kozieł i Mukesh Chawla (oboje z Banku Światowego), których wspierał szeroki zespół ekspertów, w skład którego weszli: Adam Kozierkiewicz, Agnieszka Gaczkowska, Zbigniew Król, Artur Prusaczyk, Andrzej Zapaśnik, Aleksandra Kononiuk i Rocio Schmunis. Adrienne Kate Mcmanus i Gabrielle Lynn Williams, obie z Banku Światowy, dokonały edycji finalnego produktu i asystowały podczas pisania raportu. Gabriel Francis, Zinaida Korableva and Maya Razat zapewnili wsparcie podczas wszystkich faz przygotowywania raportu. Szczególne podziękowania należą się także ekspertom Banku Światowego: Aparnaa Somanathan, Donald Edward Shriber, Mickey Chopra, Shuo Zhang, którzy dostarczyli cennych uwag i sugestii, które poprawiły jakość ostatecznego produktu.

Raport powstał przy strategicznym i merytorycznym wsparciu następujących osób z Banku Światowego: Arup Banerji (Country Director), Enis Baris (Practice Manager), Carlos Piñerúa (Country Manager), Marina Wes (Country Manager).

Autorzy chcieliby wyrazić ogromną wdzięczność Konstantemu Radziwiłłowi (Minister Zdrowia) i Piotrowi Gryzie (Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia), Andrzejowi Jacynie (Prezes) i Maciejowi Miłkowskiemu (Zastępca Prezesa) z Narodowego Funduszu Zdrowia za ich nieocenioną pomoc i wsparcie podczas przygotowywania tych modeli. Praca ta nie byłaby możliwa bez ich aktywnego zaangażowania i nadzoru strategicznego.

Wielu pracowników Ministerstwa Zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia poświeciło swój czas i przekazało nam wiele cennych porad, jesteśmy wdzięczni im wszystkim. Dziękujemy wymienionym osobom: Dariusz Działak, Krzysztof Górski, Damian Jakubik, Katarzyna Wiktorzak, Sabina Karczmarz, Katarzyna Ilowiecka, Dariusz Jarnutowski, Katarzyna Klonowska, Rafał Kiepuszewski, Rafał Kozłowski, Katarzyna Kulaga, Iwona Poznerowicz, Agata Szymczak, Milena Sześciórka-Rybak, Andrzej Śliwczyński za to, że zawsze byli gotowi do współpracy.

Modele projektowane były w procesie konsultacji i dyskusji ze środowiskiem eksperckim, ze środowiskami medycznymi i pacjenckimi. Za aktywną obecność, uwagi i pomysły dziękujemy następującym osobom: Ewa Bandurska, Mariusz Bidziński, Michał Brzeziński, Jarosław Buczyński,Czesław Ceberek, Aneta Cebulak, Damian Chaciak, Ewa Dmoch-Gajzlerska, Przemysław Dybciak, Adam Dziki, Dawid Faltynowski, Dariusz Gilewski, Grzegorz Gierelak, Piotr Głuchowski , Jacek Gronwald, Barbara Grudek, Marika Guzek, Bartosz Idziak, Marek Jankowski, Monika Jastrzębska, Małgorzata Kalisz, Piotr Kulesza, Tomasz Kobus, Anna Kordowska, Donata Kurpas, Anna Miecznikowska, Jeremi Mizerski, Jolanta Michałowska, Włodzimierz Olszewski, Tadeusz Orłowski, Iwona Orkiszewska, Ewa Orlewska, Bartłomiej Ostręga, Michał Pękała Bartosz Pędziński, Jarosław Reguła, Jarosław Skłucki, Agnieszka Sowa, Andrzej Strug, Sylwia Szafraniec – Buryło, Joanna Szeląg, Roman Topór-Mądry, Jan Tumasz, Piotr Tyszko, Adam Windak, Andrzej Witek, Wiesław Witek, Mikołaj Wiśniewski, Tomasz Włodarczyk, Joanna Zabielska-Cieciuch, Marzena Zarzeczna-Baran, Tomasz Zieliński i Paweł Żuk.

Dziękujemy także wszystkim uczestnikom licznych spotkań i konferencji, w czasie których otwarcie dyskutowano o rozwiązaniach proponowanych w modelach. Nauczyliśmy się bardzo dużo podczas trwania tego projektu i mamy nadzieję, że udało nam się uwzględnić wszystkie sugestie, które otrzymaliśmy podczas przygotowywania raportu.

# Wstęp



Ambulatoryjna opieka koordynowana (AOK) to jeden z modeli rozszerzonej podstawowej opieki zdrowotnej (POZ), obejmujący obecny zakres POZ, różnorodne świadczenia z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS), rozszerzone działania profilaktyczne, a także rehabilitację ambulatoryjną (REH), oferowane przez placówkę opieki zdrowotnej lub grupę współpracujących placówek.

Celem Modelu 2 jest poprawa zakresu zaspokajania potrzeb zdrowotnych populacji w opiece ambulatoryjnej, poprzez wdrożenie kompleksowej, planowej, ciągłej i koordynowanej opieki oraz zapewnienie optymalnego wykorzystania zasobów alokowanych na potrzeby świadczeń zdrowotnych. AOK oznacza więc kompleksową, ciągłą, zintegrowaną opiekę nad osobami chorymi i tymi, które należy objąć interwencjami profilaktycznymi.

Aktywne podejście świadczeniodawców do sprawowanej opieki i silne zaangażowanie pacjentów oraz ich rodzin w proces opieki zdrowotnej mają tu kluczowe znaczenie.

Równocześnie, AOK oparta jest na zasadzie swobodnego dostępu dla pacjenta, czyli pacjent ma prawo wyboru placówki realizującej świadczenia (leczenie), ma też dowolność wyboru sposobu zorganizowania procesu leczenia, w oparciu o założenie, że leczenie w ramach AOK jest oferowane równolegle do obecnie istniejącego modelu świadczeń ambulatoryjnych lub modelu po modyfikacjach zaproponowanych przez Ministerstwo Zdrowia (MZ).

Model 2 oparty jest na racjonalnej, planowej współpracy pomiędzy świadczeniodawcami w zakresie opieki zdrowotnej (personel medyczny, placówki opieki zdrowotnej), wzajemnej swobodzie przy podejmowaniu decyzji klinicznych, oraz sprawnym przekazywaniu informacji i danych w celu zwiększenia efektywności działań podejmowanych w procesach klinicznych lub organizacyjnych.

Istotnym elementem modelu są czynności mierzące i oceniające (M&E – monitoring i ewaluacja) działania podejmowane w ramach AOK. Przewiduje się, że zarówno płatnik, jak i inne organizacje (w tym sami świadczeniodawcy), będą prowadzić działania monitorujące jakość opieki zdrowotnej oraz jej efektywność kosztową, w oparciu o wskaźniki opracowane na etapie pilotażu. Bardzo istotnym elementem działań związanych z M&E będzie publiczne upowszechnianie danych, analiz i wiedzy zdobytej w ramach działań monitoringowych. Dzięki upowszechnieniu wniosków płynących z ewaluacji podkreślona zostanie nie tylko przejrzystość interwencji, ale także ich skuteczność.

Odpowiedzialność finansowa i organizacyjna za zapewnienie dostępu do świadczeń zdrowotnych zawartych w pakiecie AOK oraz za zapewnienie nadzoru nad jakością i sprawnością udzielania świadczeń, przeniesiona jest z płatnika na jednostkę zarządzającą opieką na danym terenie.

Tabela 1: Porównanie obecnego modelu opieki zdrowotnej z Modelem 2

| **Obecny model opieki zdrowotnej** | **Model 2** |
|---|---|
| Skoncentrowany na świadczeniach | Skoncentrowany na potrzebach populacji |
| Zorientowany na ilość | Zorientowany na jakość |
| Reaktywny | Proaktywny i profilaktyczny |
| Okazyjny i doraźny | Planowy i regularny |
| Selektywny i rozproszony | Kompleksowy i zintegrowany |
| Pacjent jest bierny, niepoinformowany i niesamodzielny | Pacjent jest aktywny, poinformowany i upodmiotowiony |
| Personel medyczny działa indywidualnie | Personel medyczny działa jako zespół |
| Przenoszenie kompetencji na wyższy poziom systemu opieki zdrowotnej | Przenoszenie kompetencji na niższy poziom systemu opieki zdrowotnej |
| Niskie wsparcie technologiczne | Technologia pełni rolę wspierającą i ułatwiającą zapewnienie opieki zdrowotnej |
| Skoncentrowany na zdrowiu jednostki | Skoncentrowany na zdrowiu populacji |
| Napędzany przez podaż – pacjenci wykorzystują dostępne świadczenia | Napędzany przez popyt – pacjenci wybierają dostawcę opieki zdrowotnej |
| Zmniejsza motywację z powodu źle zaprojektowanego finansowania | Zwiększa motywację dzięki dobrze zaprojektowanemu finansowaniu |

Źródło: Bank Światowy, 2017

# Oczekiwane wyniki

**Bardziej kompleksowe zaspokajanie potrzeb pacjenta w procesie terapeutycznym poprzez:**

- mniejszą liczbę zagrażających zdrowiu i życiu powikłań chorób cywilizacyjnych, dzięki zwiększeniu efektywności i potencjału ich wykrywania w ramach prewencji podstawowej i prewencji drugiego stopnia;
- mniej hospitalizacji związanych z opieką doraźną;
- lepszy dostęp i wyższa jakość opieki nad chorymi na choroby przewlekłe dzięki:
  - rozszerzonemu zakresowi diagnostyki i leczenia przez lekarzy rodzinnych/POZ, ściśle zdefiniowanemu w standardach AOK, w oparciu o pełny dostęp do diagnostyki laboratoryjnej, uzupełniony o konsultacje z lekarzami AOS;

  - krótszym listom oczekujących w przychodniach AOS, dzięki ścisłej definicji wskazań do opieki specjalistycznej w standardach AOK; kiedy wskazania przestaną występować, pacjent wraca do lekarza rodzinnego/POZ;

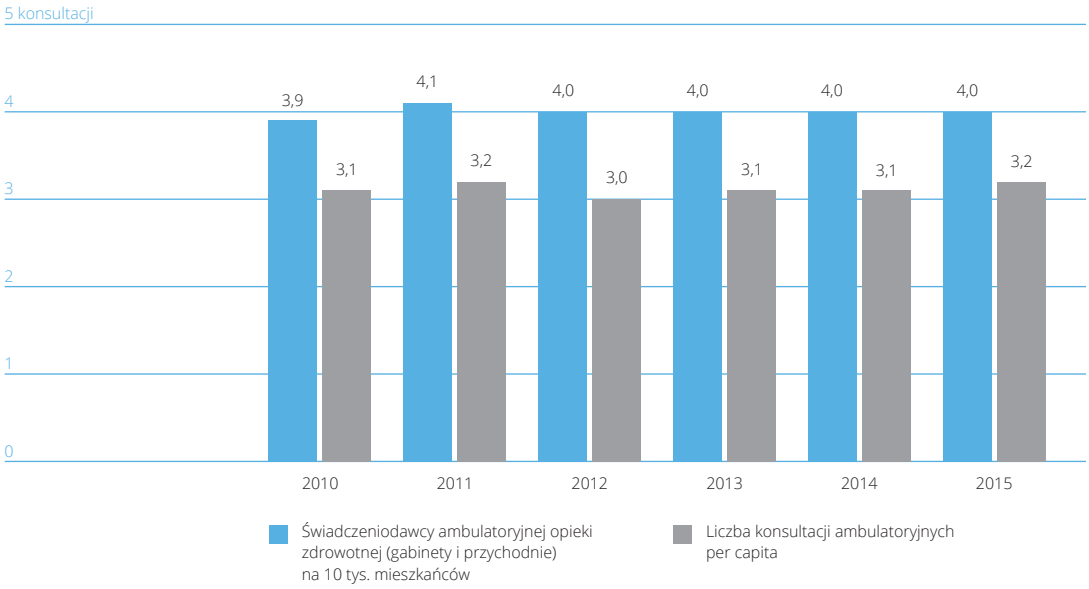
- zmniejszenie obciążeń finansowych pacjentów, poprzez zmniejszenie: niepotrzebnych wydatków na leki (np. zmniejszenie polipragmazji i częstych niepotrzebnych zmian w procesie leczenia); zmniejszenie konieczności dojazdów do lekarzy specjalistów (konsultacje są dostępne bliżej miejsca zamieszkania pacjenta); zmniejszenie potrzeby leczenia w gabinetach prywatnych (z powodu długiego czasu oczekiwania w AOS);
- podniesienie sprawności leczenia i komfortu pacjenta.

W ciągu pierwszego roku lub dwóch, możliwe będzie przedstawienie szczegółowej oceny rezultatów w zakresie zdrowia, skutków ekonomicznych i zadowolenia pacjentów. Potencjalnie, zarekomendowane zostanie rozszerzenie tego systemu opieki na cały kraj. Wstępne analizy i wnioski będą możliwe po zakończeniu pierwszego roku wdrożenia Modelu 2 w trybie operacyjnym.

# Tło

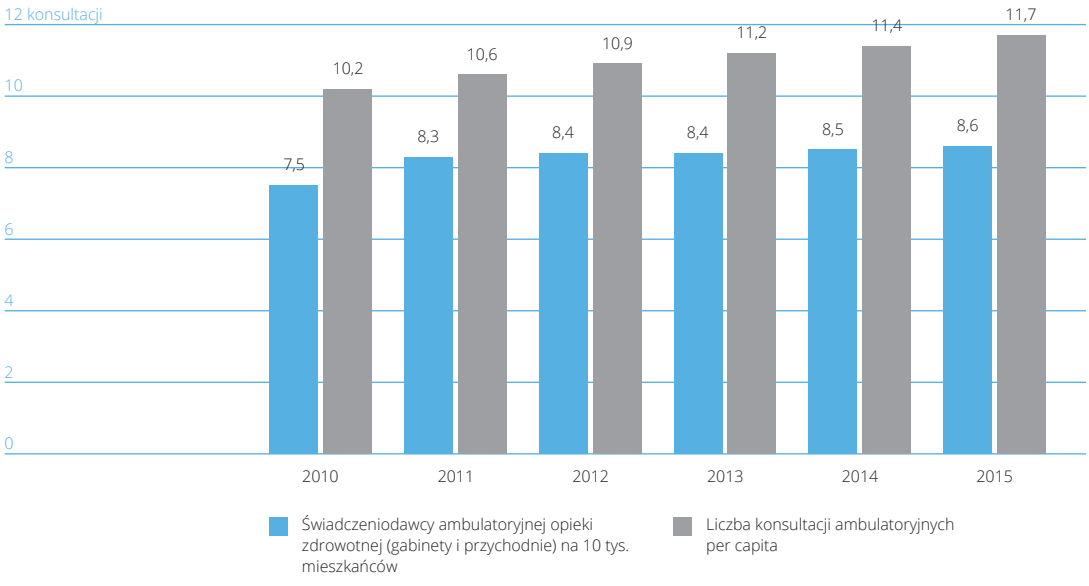
W roku 2015 w Polsce istniało 20 412 przychodni specjalistycznych i 1 087 indywidualnych gabinetów lekarzy specjalistów. Na każde 10 000 pacjentów przypadało średnio 6,8 przychodni lub gabinetów AOS. Przeciętny Polak w 2015 r. skorzystał z 8,3 konsultacji AOS; liczba konsultacji specjalistycznych na osobę regularnie wzrastała w ostatnich latach, w roku 2011 odnotowano 7,7 konsultacji na osobę. (1) Ponadto, występują znaczne różnice pomiędzy obszarami miejskimi i wiejskimi w zakresie liczby konsultacji na osobę, która na obszarach miejskich jest niemal czterokrotnie wyższa.

Rys. 1: Wskaźniki świadczeniodawców AOS i liczby konsultacji w Polsce – obszary wiejskie



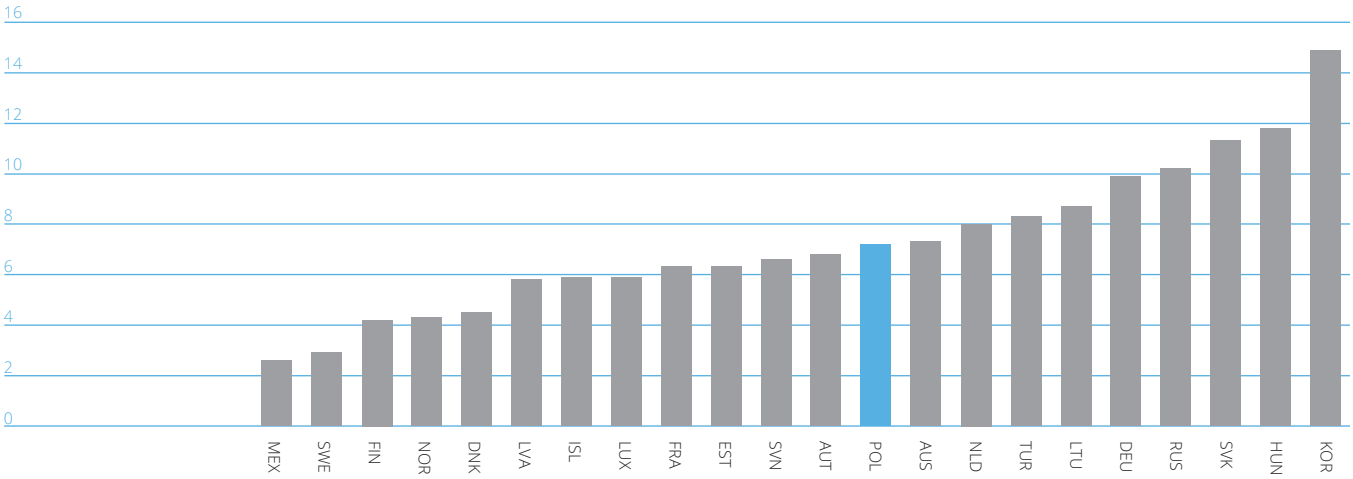

Źródło: GUS, 2017

Rys. 2: Wskaźniki świadczeniodawców AOS i liczby konsultacji w Polsce – obszary miejskie




Źródło: GUS, 2017

Rys. 3: Liczba konsultacji lekarskich per capita w krajach OECD w 2014 r. (2)[1]




Źródło: OECD, 2017

Konsultacje specjalistyczne najczęściej zgłaszane do NFZ to wizyty w przychodniach kardiologicznych (17%), ginekologiczno-położniczych (14%) oraz okulistycznych (11%). Wizyty w zakładach opieki zdrowotnej, czyli specjalistyczna opieka zdrowotna i konsultacje, stanowiły 93% wszystkich konsultacji ambulatoryjnych. (3)

# Problemy ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w kontekście polskim

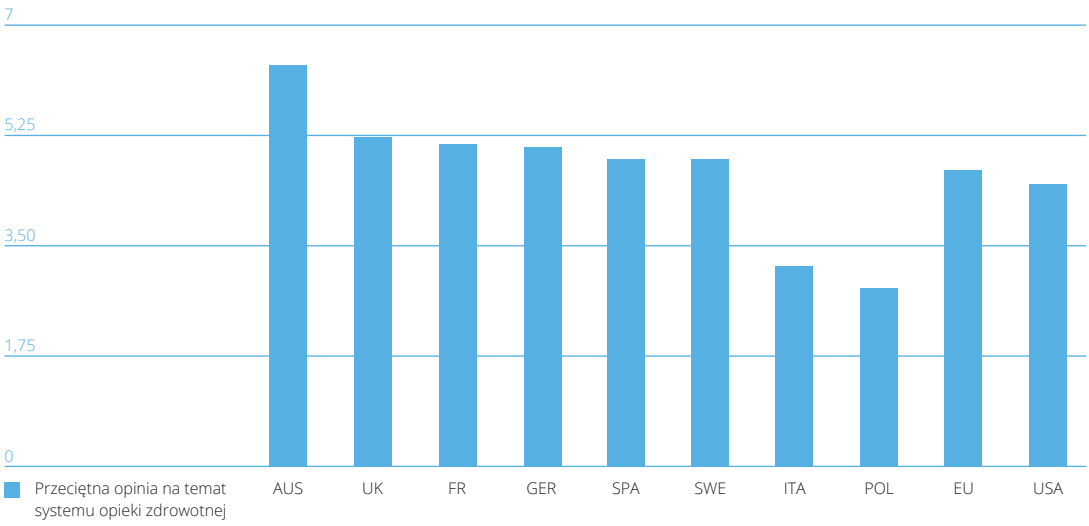
Problemy, jakie napotyka w Polsce ambulatoryjna opieka specjalistyczna, są zróżnicowane i obejmują m.in.: niski poziom zadowolenia pacjentów, długi czas oczekiwania, brak specjalistów oraz wyzwania o charakterze demograficznym – w szczególności starzenie się społeczeństwa.

Poziom zadowolenia pacjentów z opieki zdrowotnej w Polsce należy do najniższych w Europie (5); do braku zadowolenia znacząco przyczynia się długi czas oczekiwania na wizytę u specjalisty (6) i na zabiegi. Aby rozwiązać problem długich kolejek oczekujących na świadczenia AOS, NFZ podnosił wartość umów ze świadczeniodawcami, wprowadzono też nowe zasady w zakresie list oczekujących i świadczeń opieki zdrowotnej. Pomimo tych zmian, kolejki oczekujących pacjentów nie zmniejszyły się, nie skrócił się też czas oczekiwania na większość zabiegów. Przeciwnie, odnotowano wzrost długości czasu oczekiwania. W porównaniu z rokiem 2014, średni czas oczekiwania

[1] Różnice wartości pomiędzy danymi GUS i OECD wynikają z różnic w definicji konsultacji lekarskich. Dane OECD obejmują wizyty u lekarzy ogólnych i specjalistów na wszystkich poziomach opieki zdrowotnej w danym roku. Konsultacje z lekarzami mogą odbywać się w gabinetach lekarskich lub przychodniach, w przychodniach przyszpitalnych lub, w niektórych przypadkach, w domu pacjenta.

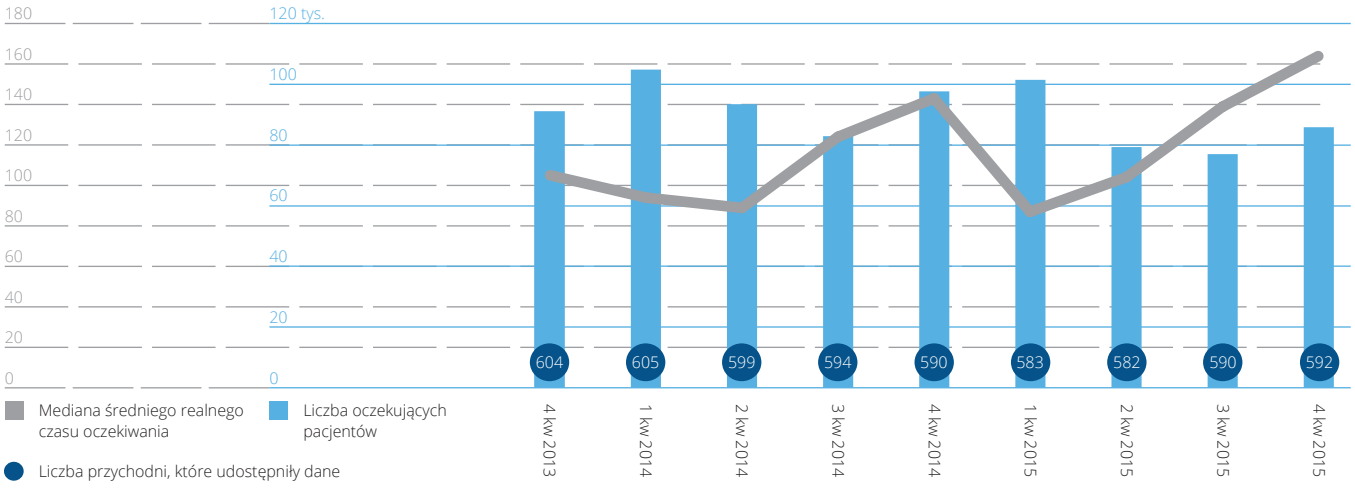
na ponad połowę rodzajów ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w 2015 r. wzrósł. (4) W przychodniach kardiologicznych, według danych z 2015 r., łączna liczba oczekujących pacjentów zmalała o 17,8%, z 138 487 do 113 806 osób, ale realna mediana czasu oczekiwania wzrosła z 97 do 98 dni (wzrost o 1%).

Rys. 4: Opinie na temat systemów opieki zdrowotnej – porównanie 9 krajów i UE



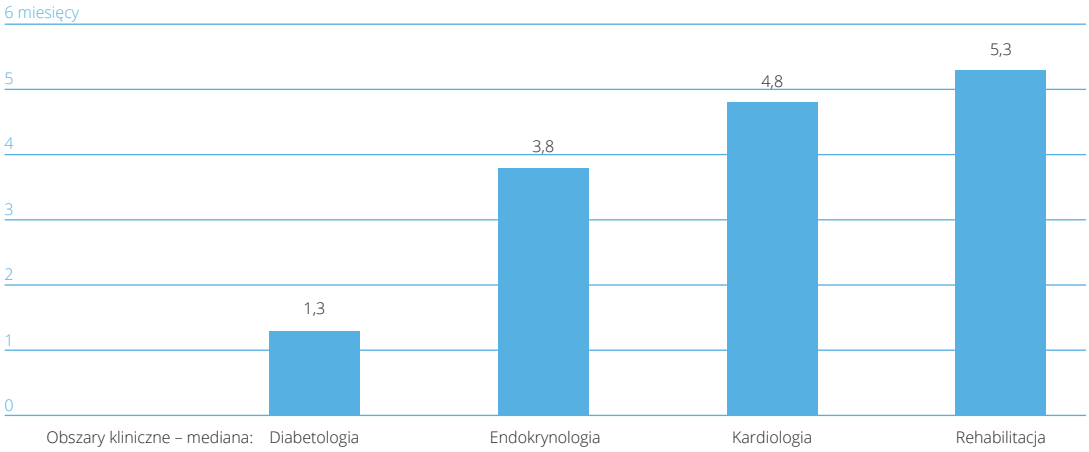

Źródło: Europe Assistance, 2013

Rys. 5: Średni czas oczekiwania na konsultację w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS) w Polsce (w miesiącach)




Źródło: Watch Health Care, 2016

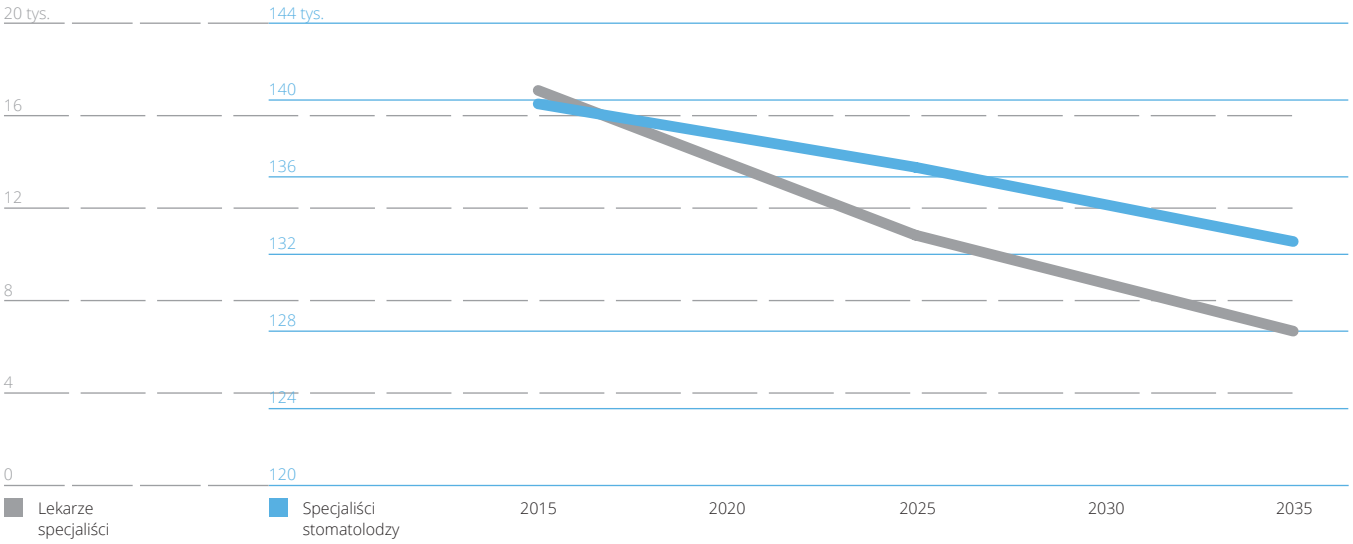
Rys. 6: Liczba oczekujących i mediana średniego realnego czasu oczekiwania (2013–2015)




Źródło: Analiza Banku Światowego w oparciu o dane NFZ, 2015

Liczba specjalistów również malała w ostatnich latach. W oparciu o bieżące trendy przewiduje się, że liczba specjalistów we wszystkich dziedzinach zmniejszy się o 3% w ciągu najbliższych 10 lat, a o 9% w ciągu najbliższych 20 lat. W powiązaniu z problemem starzenia się społeczeństwa i faktem, że osoby starsze najwięcej korzystają z opieki specjalistycznej, malejąca liczba lekarzy w Polsce wpływa na jeszcze dłuższy czas oczekiwania na wizytę i pogorszenie jakości zapewnianej opieki (7).

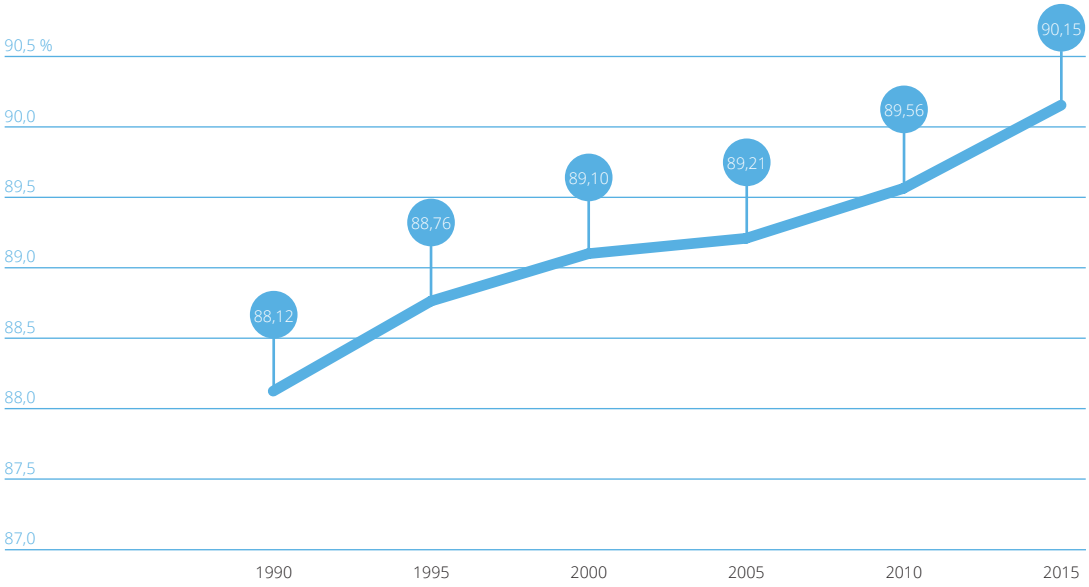
Rys. 7: Prognozowane szacunki liczby lekarzy specjalistów i specjalistów stomatologów w Polsce




Źródło: Naczelna Izba Lekarska [NIL], 2015

Polska, jak wszystkie kraje rozwinięte, przeżywa epidemię chorób niezakaźnych. Liczba zgonów z powodu chorób niezakaźnych wzrosła w ciągu ostatnich 25 lat o około 2 punkty procentowe (8).

Rys. 8: Udział zgonów z powodu chorób niezakaźnych w Polsce




Źródło: IHME, 2015

# Uzasadnienie

Niniejszy raport zawiera analizę problemów zdrowotnych najczęściej notowanych w Polsce, w oparciu o różne źródła: własne badania, raporty GUS, raporty NFZ, studia epidemiologiczne, wydatki NFZ związane z tymi problemami, oraz ogólne budżety na opiekę ambulatoryjną. W wyniku analiz wyłoniono listę 26 chorób (kodów ICD) wskazanych poniżej. Choroby te są leczone, niemal w całości, w 15 głównych poradniach.

Lista chorób objętych Modelem 2:

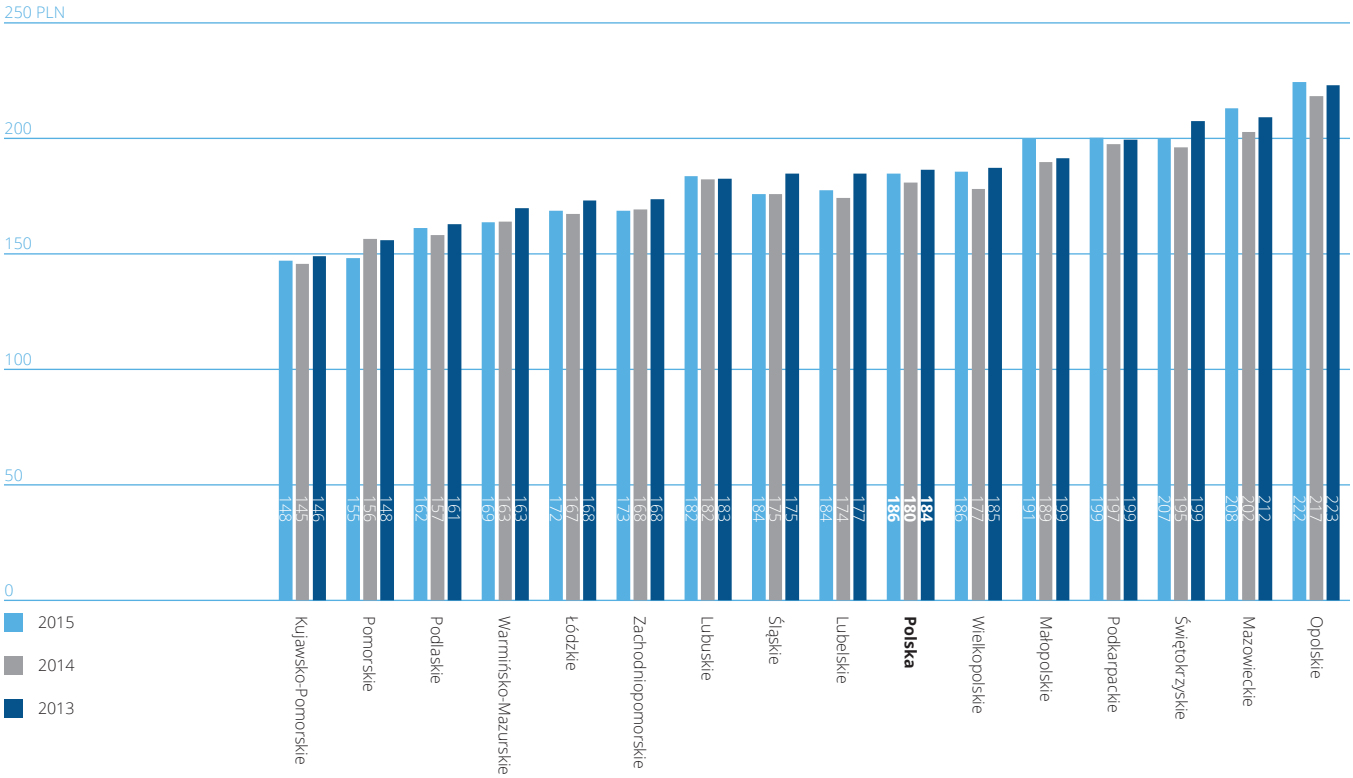
- Astma oskrzelowa
- Choroba zwyrodnieniowa stawów obwodowych
- Cukrzyca typu II
- Nadciśnienie tętnicze samoistne
- Niedoczynność tarczycy
- Przewlekła obturacyjna choroba płuc (POCHP)

- Przewlekła choroba wieńcowa
- Przewlekła niewydolność serca
- Utrwalone migotanie przedsionków
- Wole miąższowe i guzowate tarczycy
- Zespoły bólowe kręgosłupa
- Alergiczny nieżyt nosa
- Choroba refluksowa
- Kamica dróg moczowych
- Miażdżyca zarostowa tętnic kkd.
- Niedokrwistości niedoborowe
- Ostre i wysiękowe zapalenie ucha środkowego
- Otyłość i zespół metaboliczny
- Przerost prostaty
- Przewlekła choroba nerek
- Przewlekła niewydolność żylna
- Przewlekłe zapalenia jelit i zespół jelita nadwrażliwego
- Wady postawy oraz zniekształcenia rozwojowe kończyn
- Zapalenia stawów
- Zespoły bólowe tkanek miękkich układu ruchu, w tym urazy kończyn bez złamania.
- Żylna choroba zakrzepowo-zatorowa

**W 2015 r. pacjenci z wybranymi chorobami stanowili 71.2% pacjentów POZ, 61.68% wszystkich pacjentów AOS, oraz 24% pacjentów szpitali. W tym samym roku 28.3% wszystkich świadczeń POZ dotyczyło wymienionych 26 chorób, w przypadku AOS udział ten wynosił 28.5%, a w przypadku szpitali – 19.2% wszystkich świadczeń.**

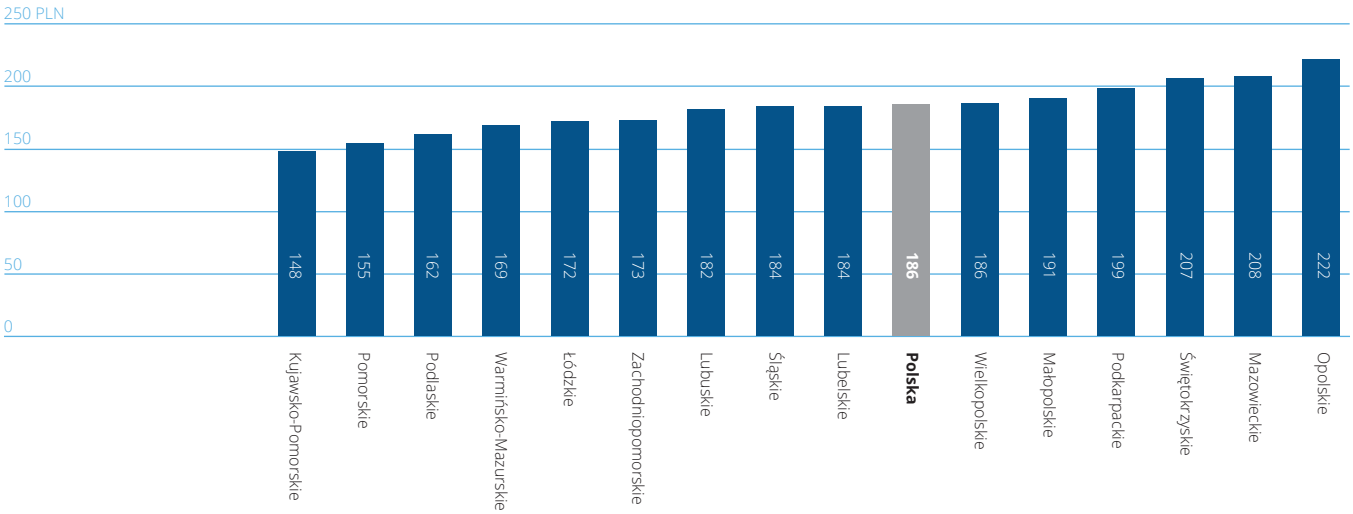
Średni koszt pacjenta cierpiącego na jedną lub więcej z 26 wymienionych chorób to 186 PLN rocznie, występują jednak różnice regionalne; najniższy średni koszt tego typu pacjentów wynosi 148 PLN w województwie kujawsko-pomorskim, a najwyższy to 222 PLN w województwie opolskim.

Rys. 9: Średnie wydatki na pacjenta na poziomie AOS: 26 chorób 2013–2015 (w PLN)



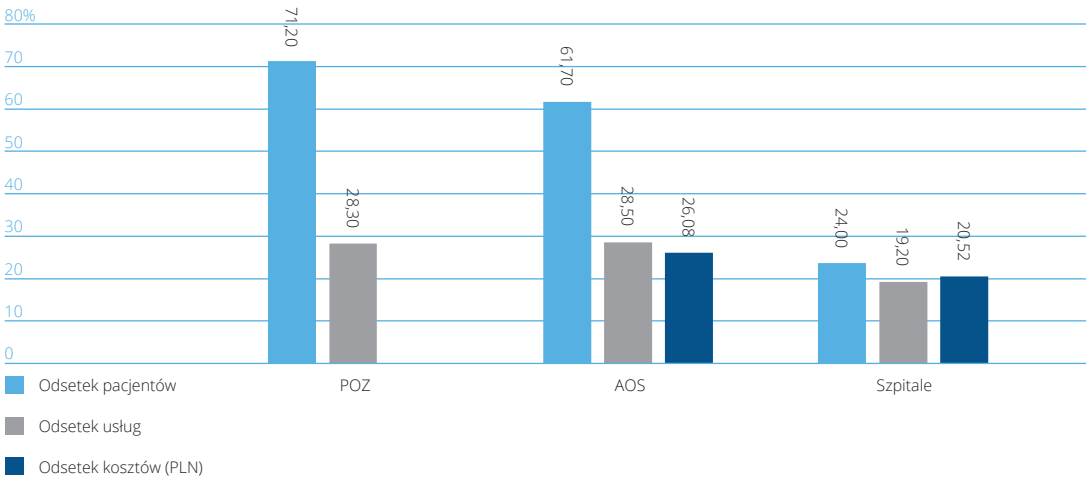

Źródło: Analiza Banku Światowego w oparciu o dane NFZ

Rys. 10: Średnie wydatki na pacjenta na poziomie AOS według województw, dla 26 chorób w 2015 r.




Źródło: Analiza Banku Światowego w oparciu o dane NFZ

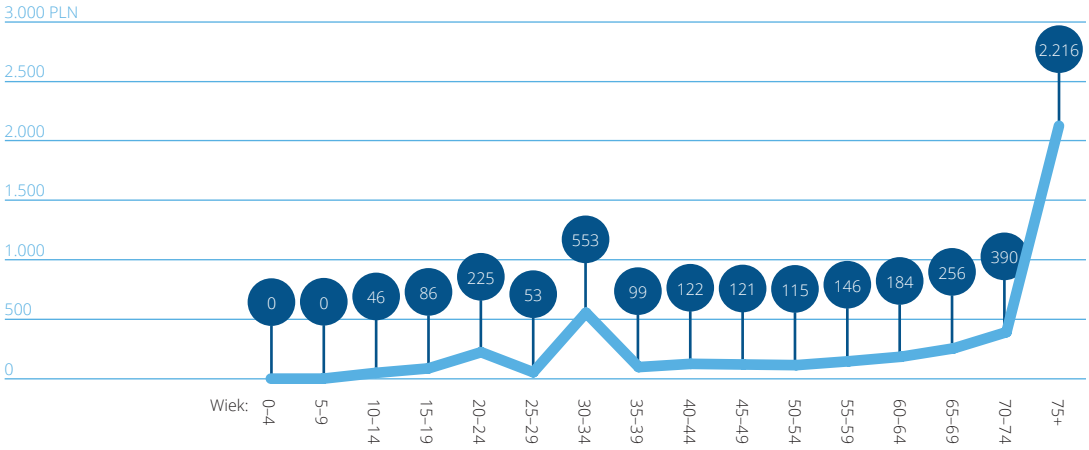
Rys. 11: Odsetek pacjentów, świadczeń i kosztów związanych z 26 chorobami na poziomie POZ, AOS i szpitali, jako odsetek łącznej liczby pacjentów, świadczeń i kosztów na poszczególnych poziomach opieki[2]




Źródło: Analiza Banku Światowego w oparciu o dane NFZ

Ogólnie, najbardziej kosztowną chorobą leczoną na poziomie AOS jest choroba wieńcowa, której średni koszt w 2015 r. wyniósł 829 PLN na pacjenta. Grupą wiekową, która generuje największe koszty (wśród pacjentów z wymienionymi chorobami), były osoby w wieku powyżej 75 lat – 2,126 PLN na pacjenta (Rys. 12). W tym samym województwie, najmniej kosztowną w leczeniu chorobą są przewlekłe zapalenia jelit i zespół jelita nadwrażliwego, przy średnim koszcie 61 PLN na pacjenta (Rys. 13). Grupą, która średnio konsumuje najwięcej zasobów w zakresie leczenia chorób jelit, są dzieci w wieku 5–9 lat, przy koszcie 99 PLN na pacjenta; drugą co do wielkości kosztu grupą są osoby powyżej 75. roku życia.

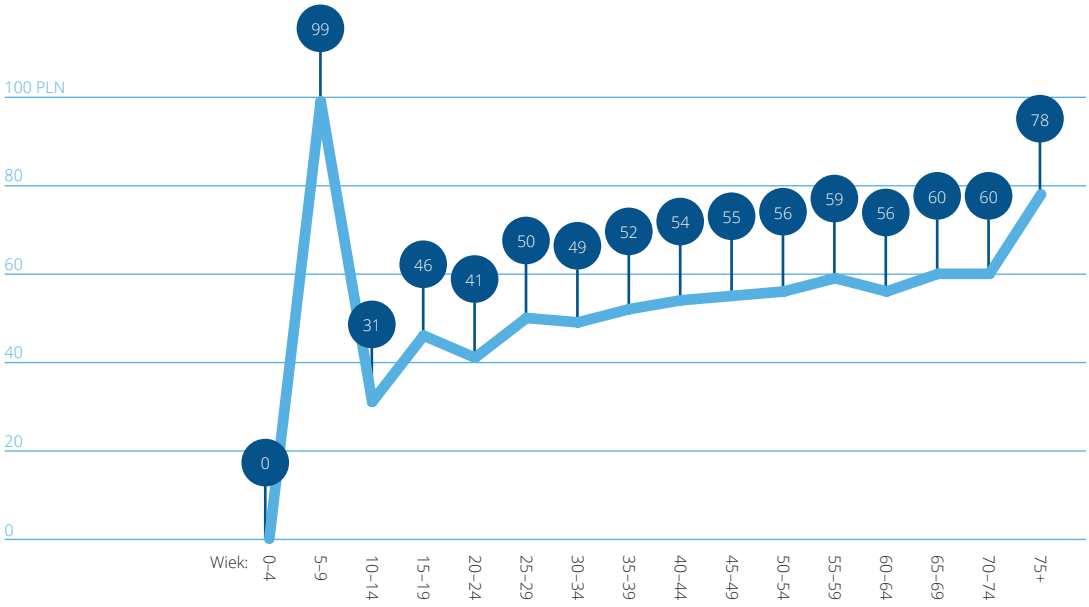
Rys. 12: Średnie wydatki związane z chorobą obwodowych naczyń tętniczych na osobę w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej, według wieku, w 2015 r.




Źródło: Analiza Banku Światowego w oparciu o dane NFZ

[2] Ze względu na specyficzny, kapitacyjny system finansowania POZ w Polsce, nie jest możliwe wyliczenie wydatków POZ ściśle związanych z 26 chorobami wybranymi do analizy.

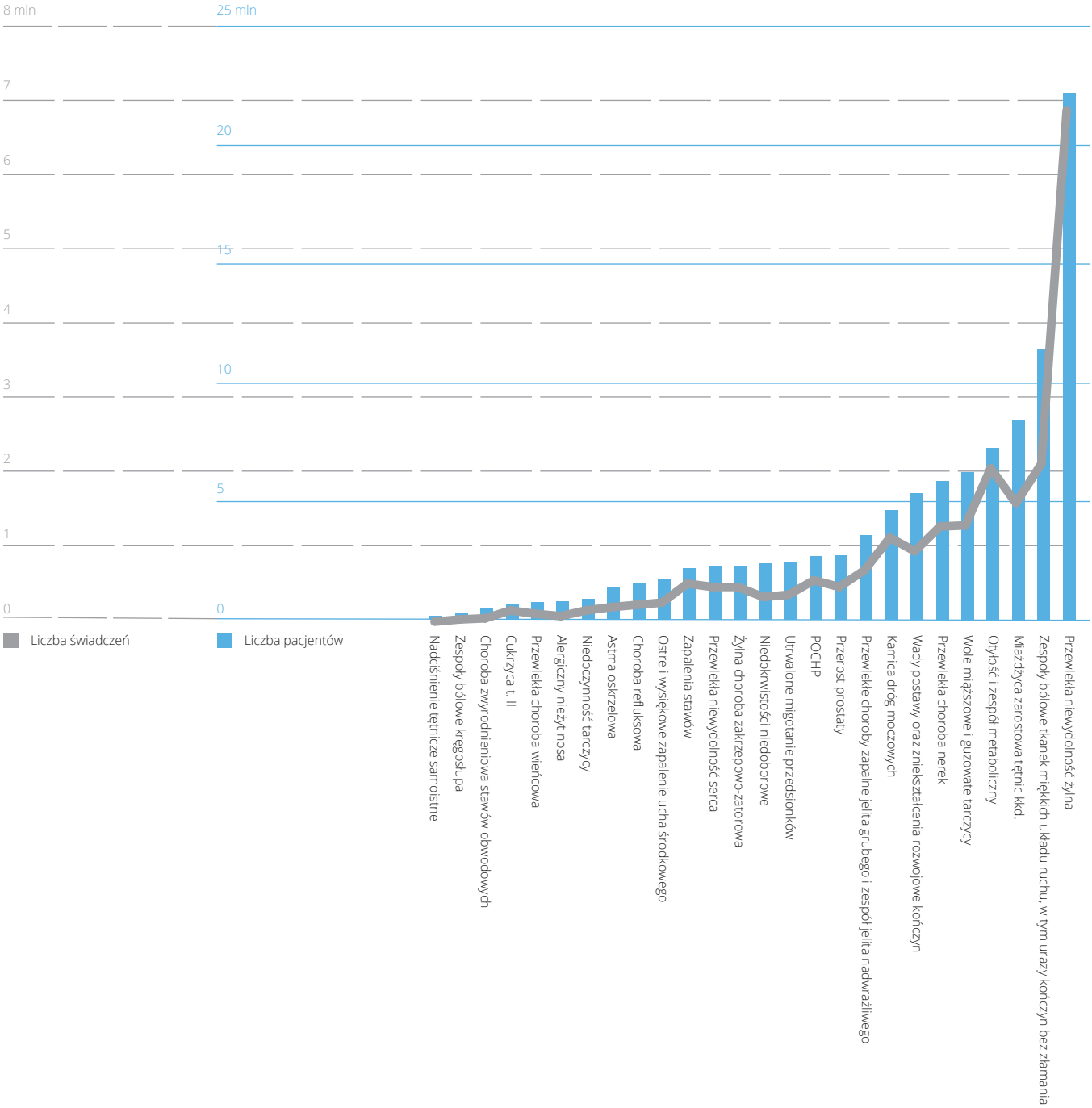
Rys. 13: Średnie wydatki związane z przewlekłymi zapaleniami jelit i zespołem jelita nadwrażliwego, na osobę w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej, według wieku, w 2015 r.




Źródło: Analiza Banku Światowego w oparciu o dane NFZ

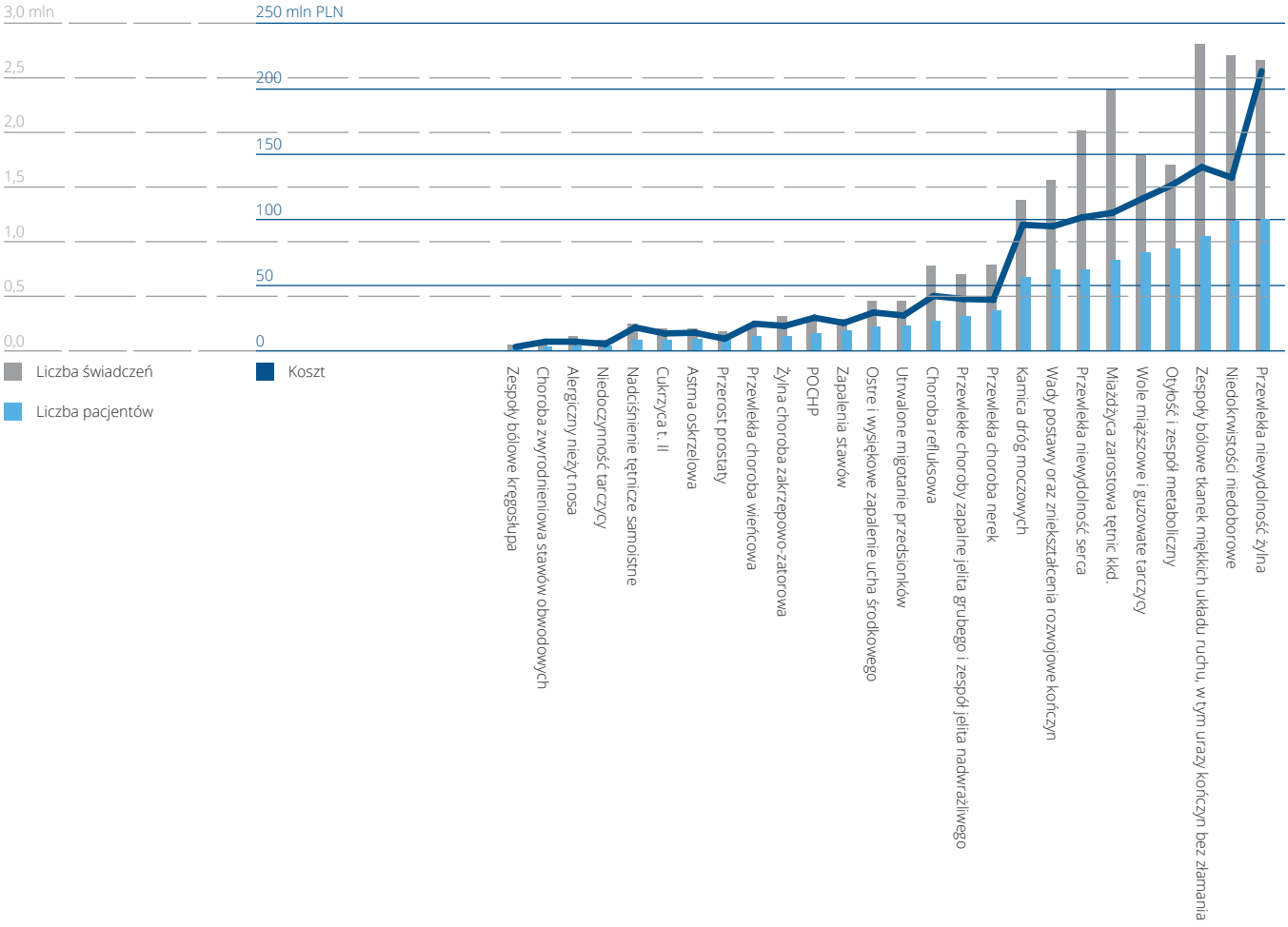
Podczas analizy pacjentów i świadczeń w aspekcie 26 wybranych chorób zaobserwowano rozbieżność pomiędzy poziomem opieki a rozpowszechnieniem choroby. Nadciśnienie występowało w 6,1 mln przypadków, stanowiących 31% populacji pacjentów cierpiących na jedną lub więcej z 26 chorób. Na poziomie AOS, najczęstszą diagnozą jest zespół bólowy kręgosłupa i zapalenia kostno-stawowe: razem stanowią 2,4 mln przypadków. W szpitalach najczęstszą diagnozą jest przewlekła choroba wieńcowa, rozpoznawana u 14% pacjentów cierpiących na jedną z 26 chorób: 177 000 pacjentów.

Rys. 14: Liczba pacjentów i świadczeń raportowanych w POZ – 26 chorób w 2015 r.




Źródło: Analiza Banku Światowego w oparciu o dane NFZ

Rys. 15: Liczba pacjentów i świadczeń na poziomie AOS, związanych z 26 chorobami w 2015 r.

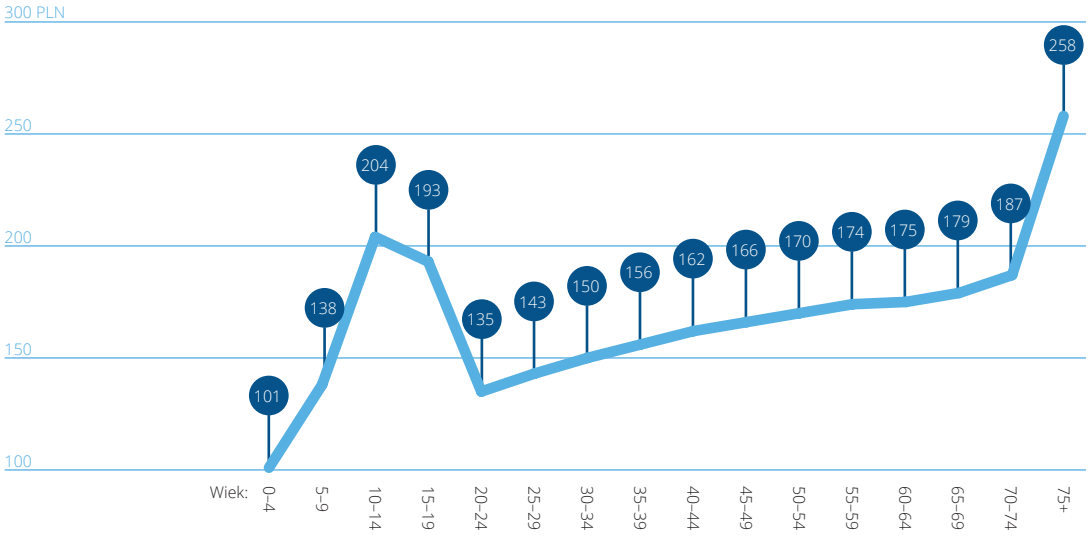



Źródło: Analiza Banku Światowego w oparciu o dane NFZ

Na poziomie POZ, w związku z nadciśnieniem zrealizowano 19,5 mln świadczeń, co stanowi 43.4% wszystkich świadczeń w zakresie 26 chorób; na poziomie AOS najwyższa liczba świadczeń, 2.8 mln, dotyczy alergicznego nieżytu nosa; na poziomie szpitalnym najczęściej wykorzystywane świadczenia dotyczą przewlekłych chorób wieńcowych: 224 000 świadczeń.

Koszt opieki w trybie ambulatoryjnym rośnie wprost proporcjonalnie do wieku pacjentów, są jednak pewne wyjątki, jak np. astma oskrzelowa, w przypadku której koszt leczenia jest wysoki również u dzieci.

Rys. 16: Wydatki NFZ na leczenie pacjentów w 26 wybranych kategoriach, według wieku, w 2015 r. (w PLN)

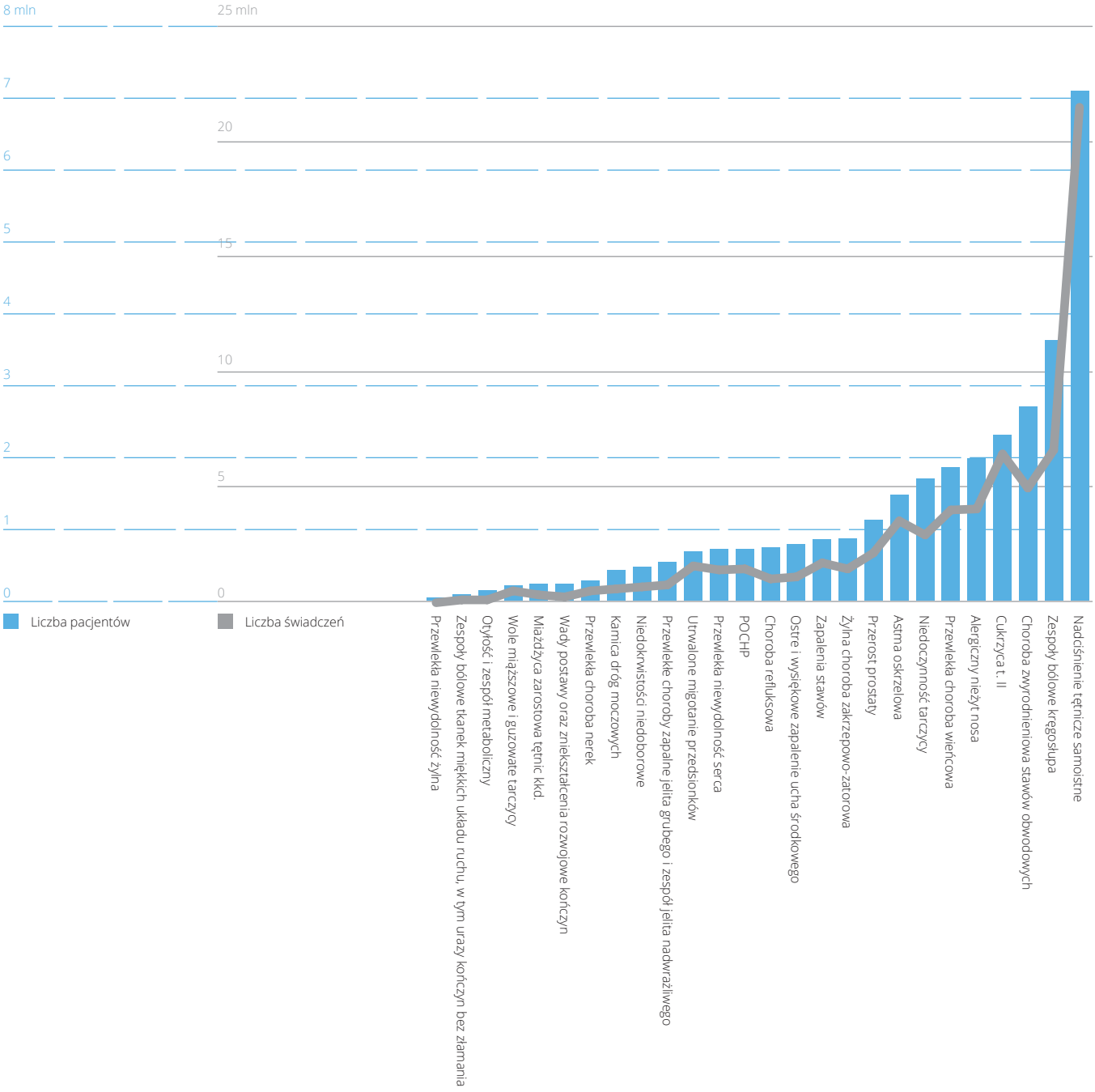



Źródło: Analiza Banku Światowego w oparciu o dane NFZ z 2015 r.

W polskim systemie finansowania opieki zdrowotnej usługi POZ finansowane są w trybie kapitacyjnym. Rodzi to trudności z wyliczeniem kosztów świadczeń POZ związanych z poszczególnymi chorobami. W tym rozdziale uwzględniono tylko koszty 26 chorób w AOS i opiece szpitalnej. Najbardziej kosztowną chorobą na poziomie AOS jest zespół bólów kręgosłupa: koszty wynoszą ponad 213 mln PLN rocznie. Na poziomie szpitalnym najbardziej kosztowne choroby to choroba wieńcowa (1,5 mln PLN) i choroba zwyrodnieniowa stawów obwodowych (0,9 mln PLN). Łącznie, 26 wybranych chorób w 2015 r. odpowiadało za 26% wszystkich wydatków AOS i 20.5% wydatków szpitalnych.

Rys. 17 przedstawia łączną liczbę pacjentów i świadczeń związanych z 26 chorobami na trzech poziomach opieki: POZ, AOS i opieka szpitalna. Nadciśnienie tętnicze jest główną przyczyną odwiedzin w placówce opieki zdrowotnej i przyczyną wykorzystania większości świadczeń. Drugim najczęściej diagnozowanym zachorowaniem jest zespół bólów kręgosłupa.

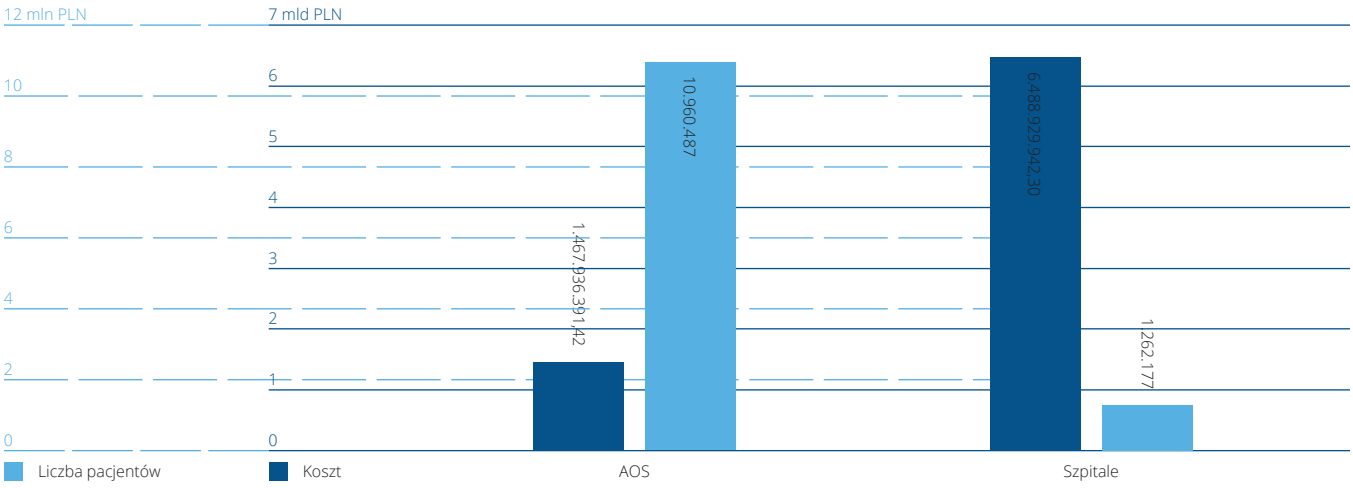
Rys. 17: Łączna liczba pacjentów i świadczeń na wszystkich trzech poziomach opieki dla 26 chorób w 2015 r.




Źródło: Analiza Banku Światowego w oparciu o dane NFZ

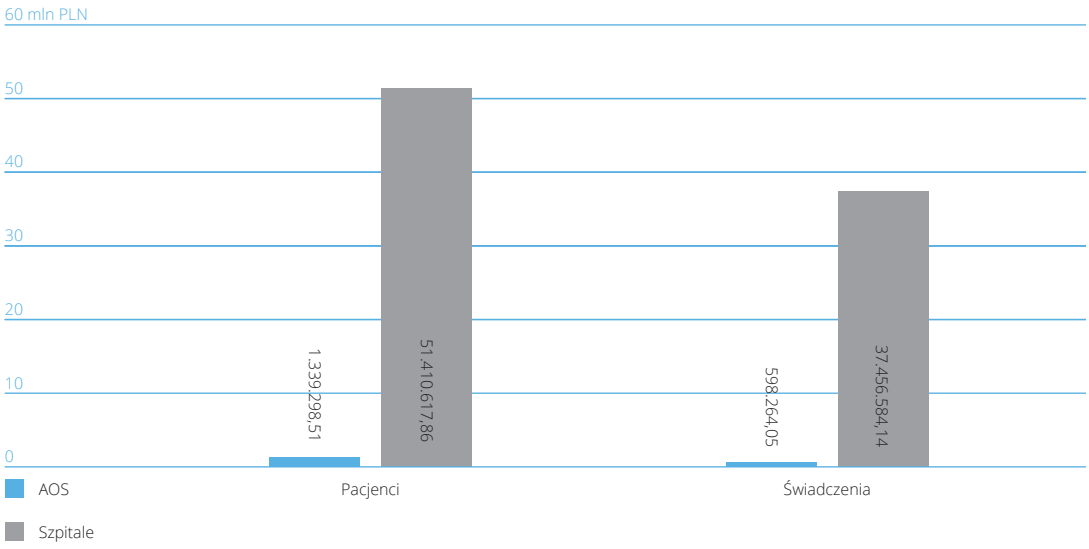
Rys. 18 ilustruje różnicę proporcji pacjentów do kosztów w dwóch trybach opieki zdrowotnej: AOS i opieka szpitalna. Pomimo tego, że w ramach AOS leczonych jest niemal dziewięciokrotnie więcej pacjentów niż na poziomie szpitalnym, koszt opieki szpitalnej pacjentów cierpiących na 26 chorób jest niemal 4,5 raza wyższy.

Rys. 18: Liczba pacjentów i koszty związane z 26 chorobami w AOS i opiece szpitalnej w 2015 r.




Źródło: Analiza Banku Światowego w oparciu o dane NFZ

Rys. 19: Wskaźniki łącznych kosztów 26 chorób, na 10 000 pacjentów, oraz świadczeń na poziomie AOS i leczenia szpitalnego – 2015 r.




Źródło: Analiza Banku Światowego w oparciu o dane NFZ

# Model udzielania świadczeń

## Zakres Modelu 2

Ambulatoryjna opieka koordynowana obejmuje świadczenia z następujących obszarów, udzielane na poziomie POZ i AOS:

- Diabetologia
- Endokrynologia
- Kardiologia
- Neurologia
- Pulmonologia
- Ortopedia-chirurgia urazowa
- Alergologia
- Chirurgia ogólna
- Dermatologia
- Otolaryngologia
- Gastroenterologia
- Chirurgia naczyniowa
- Ginekologia i położnictwo
- Reumatologia
- Urologia

# Model 2 obejmuje następujące obszary:

1. Podstawowa opieka zdrowotna z rozszerzonym mandatem POZ/lekarza rodzinnego (AOK-POZ)
2. AOK – ambulatoryjna opieka specjalistyczna (AOK-AOS)
3. AOK – wzbogacona prewencja i edukacja (AOK-PREV)
4. AOK – rehabilitacja (AOK-REH)

## Podstawowa opieka zdrowotna z rozszerzonym mandatem POZ/lekarza rodzinnego (AOK-POZ)

Oprócz rutynowych działań związanych z opieką nad zapisanymi pacjentami, rozszerzony mandat POZ obejmuje dogłębne procedury diagnostyczne i lecznicze dla zespołów objawów i chorób przewlekłych zawartych w katalogu przedstawionym w Załączniku 2, w sytuacjach, w których stan pacjenta nie wymaga bezpośredniego zaangażowania lekarza AOS. W ramach tego mandatu lekarz POZ/lekarz rodzinny zleca badania diagnostyczne i konsultacje specjalistyczne w przychodniach AOK-AOS.

Tam, gdzie to możliwe, lekarz rodzinny/POZ realizuje pewne świadczenia i badania diagnostyczne zapisane w ścieżkach diagnostyczno-terapeutycznych jako wykonywane wyłącznie przez lekarzy z przychodni AOK-AOS, chyba że nie dysponuje odpowiednimi kompetencjami.

Świadczenia AOK/POZ związane są z procedurami diagnostycznymi dotyczącymi pacjentów z określonymi zespołami chorobowymi i chorobami przewlekłymi. W chwili obecnej pacjenci cierpiący na zespoły objawów lub choroby przewlekłe leczeni są w AOS, ale świadczenia AOK/POZ mają obecnie możliwość wykonywania procedur diagnostycznych dla takich pacjentów.

Świadczenia te mogą być realizowane przez lekarza rodzinnego/POZ, upoważnionego do przyjmowania deklaracji pacjentów, lub też przez innego lekarza, współpracującego z wyżej wspomnianym lekarzem rodzinnym/POZ, dysponującego odpowiednimi kwalifikacjami (np. specjalista medycyny rodzinnej, medycyny ogólnej lub interny, z długim doświadczeniem w POZ jako podstawą do akceptowania deklaracji), uprawnieniami do rozszerzonego zakresu badań diagnostycznych w ramach Modelu 2 i przyjmującego pacjentów z kategoriami chorób ujętymi w Modelu 2.

Kiedy u pacjenta zostanie zdiagnozowana choroba przewlekła, lekarz opracowuje i uzgadnia z pacjentem plan opieki medycznej (plan aktywnego doradztwa) zgodny ze ścieżkami diagnostycznymi i terapeutycznymi. Plany te charakteryzują następujące etapy: lekarz zleca, w miarę potrzeb, niezbędne badania i konsultacje specjalistyczne; plan opieki medycznej jest koordynowany przez zespół lekarza rodzinnego/POZ; plan opieki medycznej ustalany jest przez lekarza w uzgodnieniu z pacjentem, a jego realizacja jest nadzorowana przez lekarza. Wizyty, przewidziane w planie opieki medycznej, umawiane są przez pracowników placówki świadczeniodawcy lub przez jednostkę współpracującą, np. centrum kontaktowe, pod warunkiem zawarcia odpowiedniej umowy w zakresie zachowania poufności danych zdrowotnych pacjenta. Monitoring przestrzegania zaleceń może być prowadzony przez pielęgniarkę POZ.

## AOK – ambulatoryjna opieka specjalistyczna (AOK-AOS)

Zakres działania lekarzy AOK-AOS:

- konsultacje z pacjentami leczonymi przez lekarza rodzinnego/POZ i ustalenie, czy pacjent wymaga stałej opieki specjalistycznej,
- leczenie pacjentów zapisanych do AOS.

Zgodnie z zapisami ścieżek diagnostycznych i terapeutycznych, konsultacje medyczne podzielone są na następujące kategorie:

- **Konsultacje diagnostyczne** – wynikające z potrzeby diagnostyki różnicowej przy wybranych zespołach objawów, dla których zdefiniowano ścieżki diagnostyczne.
- **Konsultacje kompleksowe** – w okresie diagnozowania choroby przewlekłej, a po postawieniu diagnozy, co roku lub co dwa lata. Konsultacje takie mają na celu podejmowanie znaczących decyzji diagnostycznych i terapeutycznych i realizowane są zgodnie z protokołami wytycznych medycyny opartej na dowodach.
- **Konsultacje kontrolne** – wizyty kontrolne i monitorowanie procesu opieki medycznej. Niektóre wizyty, związane np. z wystawianiem recept, mogą być realizowane przez personel medyczny inny niż lekarze, np. przez pielęgniarki i położne.
- **Konsultacje edukacyjne** – jeśli pacjent i jego rodzina potrzebują więcej informacji na temat jego choroby i właściwego postępowania w przypadku tej choroby. Tego typu konsultacje mogą być realizowane przez personel medyczny inny niż lekarze, np. przez pielęgniarki, położne i edukatorów zdrowia.

Lekarze AOK-AOS powinni mieć prawo zlecania kosztochłonnych świadczeń diagnostycznych, odrębnie kontraktowanych przez NFZ. Istnieje również możliwość upoważnienia lekarzy POZ do zlecania takich badań, które wykonywane byłyby dopiero po potwierdzeniu wskazania do wykonania badania przez lekarza AOK-AOS.

Liczba konsultacji w przychodniach specjalistycznych może zmaleć, z uwagi na leczenie pacjentów przez lekarza rodzinnego/POZ. Może to odciążyć placówki opieki specjalistycznej i zwolnić zasoby: potencjalnie poprawić dostęp i jakość opieki specjalistycznej dla pacjentów, którzy wymagają leczenia specjalistycznego.

Aby zapobiec nadmiernemu „odpływowi" pacjentów z przychodni AOS, zaleca się wprowadzenie tymczasowych środków regulacyjnych – np. minimalny odsetek świadczeń realizowanych w tych przychodniach w porównaniu z bazową liczbą konsultacji (na przykład 50%).

### AOK – wzbogacona prewencja i edukacja (AOK-PREV)

Programy badań przesiewowych i prewencji powinny być udostępniane grupom pacjentów w oparciu o kryteria wieku, płci lub wcześniej zdefiniowanego ryzyka chorób cywilizacyjnych.

Edukacja zdrowotna dotyczy programów medycyny behawioralnej, jak też programów zarządzania chorobami przewlekłymi.

Poniżej opisano realizację założeń modelu bardziej szczegółowo.

### AOK – rehabilitacja (AOK-REH)

Fizjoterapia będzie dostępna w trybie ambulatoryjnym i w domu pacjenta; dostępne będą również konsultacje specjalistyczne.

Usługi będą zapewniane na podstawie skierowania od lekarza rodzinnego/POZ i lekarzy AOS działających w ramach AOK.

## Profilaktyka

(szczegółowe informacje znajdują się w Załączniku 1):

AOK ma na celu poprawę efektywności wdrażanych dotąd programów prewencji, dzięki zmianie podejścia do rekrutacji, organizacji i finansowania.

Większość prac związanych z prewencją i edukacją powinna być wykonywana przez odpowiednio wyszkolone pielęgniarki i położne, wspierane przez personel niemedyczny; w kwestiach merytorycznych powinny one być wspierane przez edukatorów zdrowia i dietetyków, a w kwestiach logistycznych – przez rejestratorów, asystentów medycznych i centrum kontaktów. Podstawowe programy profilaktyczne dotyczące chorób cywilizacyjnych powinny być skierowane do predefiniowanych grup pacjentów, w oparciu o wiek i ryzyko zachorowań na choroby cywilizacyjne.

Jeśli chodzi o pacjentów o podwyższonym ryzyku zdrowotnym, uruchamiane są odpowiednie procedury monitorowania zdrowia, w tym edukacja zdrowotna, zgodnie z wytycznymi Evidence Based Medicine (medycyny opartej na dowodach).

Docelowo, każdy pacjent z rozpoznaniem choroby przewlekłej powinien uczestniczyć w programach edukacyjnych istotnych dla postępowania w jego stanie zdrowia, korzystając z narzędzi e-learning, a w razie potrzeby samodzielnie monitorować stan swojego zdrowia (np. pomiar ciśnienia krwi, pomiar stężenia glukozy we krwi), potencjalnie korzystając z karty zdrowia (IHR, Individual Health Record).

Placówki uczestniczące w pilotażu będą odgrywać wiodącą rolę w zakresie edukacji, prewencji i profilaktyki. Działania te otrzymają wsparcie finansowe i organizacyjne. Ponieważ planowanymi działaniami mogą zostać objęte osoby nie wykazujące objawów, **należy zapewnić, by żadne z nich nie stanowiło zagrożenia bezpieczeństwa, nie prowadziło do nierówności w zakresie zdrowia, i było efektywne w zakresie planowanych kosztów; należy też zidentyfikować ewentualne przeszkody w jego wdrożeniu.**

Narzędzia są dostosowane do poszczególnych poziomów profilaktyki:

- Wczesna profilaktyka – zróżnicowane wzorce normalnego, zdrowego trybu życia i zapobieganie rozprzestrzenianiu negatywnych wzorców zachowania wśród zdrowych osób.
  *Narzędzia stosowane w ramach wczesnej profilaktyki to*: ogólna ocena stanu zdrowia, edukacja zdrowotna, wspieranie działań promujących zdrowy styl życia.
- Podstawowa prewencja – zapobieganie chorobom poprzez kontrolowanie czynników ryzyka u osób narażonych na takie ryzyko.
  *Narzędzia stosowane w podstawowej prewencji:* ogólna ocena stanu zdrowia, edukacja zdrowotna, wspieranie działań prozdrowotnych związanych ze zidentyfikowanymi czynnikami ryzyka.
- Prewencja drugiego stopnia – zapobieganie skutkom choroby poprzez wczesne wykrywanie i leczenie, np. testy przesiewowe w celu wykrycia chorób.
  *Narzędzia stosowane w prewencji drugiego stopnia:* badania przesiewowe ogółu populacji w ramach POZ.
- Prewencja trzeciego stopnia – powstrzymanie rozwoju choroby i zapobieganie powikłaniom.
  *Narzędzia stosowane w ramach prewencji trzeciego stopnia:* plan opieki medycznej uzgodniony pomiędzy pacjentem a lekarzem POZ.

Jednym ze stałych elementów prewencji i profilaktyki jest kontrola zdrowia dzieci, podobnie jak w obecnym modelu. W celu stworzenia solidnych systemów sprawozdawczych, proponowane jest rejestrowanie w systemach IT bardziej kompleksowego zestawu danych z kontroli zdrowia dzieci, co pozwoli na analizy i działania w oparciu o te dane.

Drugim kluczowym elementem profilaktyki i prewencji są kontrole zdrowia dorosłych. Zakres badań kontrolnych i dalszych interwencji jest uzależniony od wieku i czynników ryzyka.

# W ramach Modelu 2 podejmowane będą następujące działania prozdrowotne na rzecz wszystkich pacjentów:

1. Działania z zakresu profilaktyki i edukacji (w tym ocena ogólnego stanu zdrowia i wywiad pogłębiony).
2. Działania przesiewowe (badania przesiewowe o udowodnionej skuteczności).
3. Dalsza opieka w oparciu o stan zdrowia oraz podjęte działania profilaktyczne i prewencyjne. Opieka może obejmować zlecenie dalszych kroków profilaktycznych, jak też opracowanie planu zdrowia i leczenia, jeśli w badaniu przesiewowym zostaną wykryte choroby.

Działania prewencyjne polegają na zidentyfikowaniu czynników ryzyka w ogólnej populacji poprzez wywiady pogłębione, ogólną ocenę stanu zdrowia i badania przesiewowe. Zaleca się prowadzenie działań profilaktycznych (w tym badań przesiewowych) w oparciu o wytyczne naukowe w zakresie głównych czynników ryzyka i chorób cywilizacyjnych. Dotyczą one różnych grup wiekowych, od 0 do 65+ lat, w związku z następującymi problemami zdrowotnymi, czynnikami ryzyka i chorobami:

- Palenie tytoniu
- Nadwaga / zaburzenia odżywiania
- Nadużywanie alkoholu
- Mała aktywność fizyczna
- Wysokie ciśnienie krwi
- Podwyższony poziom cholesterolu i innych lipidów
- Nadmierne spożycie soli
- Historia chorób w rodzinie
- Cukrzyca

- Choroby układu sercowo-naczyniowego
- Przewlekła choroba płuc
- Depresja, demencja
- Zaburzenia wzroku i słuchu
- Zawroty głowy
- Choroby nowotworowe
- Niedokrwistość (anemia)
- Gruźlica
- Osteoporoza
- Wady postawy

Wszystkie czynniki ryzyka są wymienione poniżej i przypisane są im odpowiednie interwencje w ramach POZ dla poszczególnych grup wiekowych.

Tabela 2: Choroby i czynniki ryzyka według grup wiekowych i płci

| **Choroba/czynnik ryzyka** | **Wiek** | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 0–2 | 2–4 | 5–9 | 10–14 | 15–19 | 20–24 | 25–29 | 30–34 | 35–39 | 40–44 | 45–49 | 50–54 | 55–59 | 60–64 |
| Waga ciała | ♀♂ | ♀♂ | ♀♂ | ♀♂ | ♀♂ | ♀♂ | ♀♂ | ♀♂ | ♀♂ | ♀♂ | ♀♂ | ♀♂ | ♀♂ | ♀♂ |
| Cukrzyca | ♀♂ | | ♀♂ | ♀♂ | ♀♂ | | | | | ♀♂ | ♀♂ | ♀♂ | ♀♂ | ♀♂ |
| Cholesterol | | | ♀♂ | ♀♂ | ♀♂ | | | | | ♂ | ♂ | ♀♂ | ♀♂ | ♀♂ |
| Ciśnienie krwi | | ♀♂ | ♀♂ | ♀♂ | ♀♂ | ♀♂ | ♀♂ | ♀♂ | ♀♂ | ♀♂ | ♀♂ | ♀♂ | ♀♂ | ♀♂ |
| Ogólne ryzyko chorób układu sercowo-naczyniowego | ♀♂ | | | | | | | | | ♂ | ♀♂ | ♀♂ | ♀♂ | ♀♂ |
| Odżywianie | ♀♂ | | | | | ♀♂ | ♀♂ | ♀♂ | ♀♂ | ♀♂ | ♀♂ | ♀♂ | ♀♂ | ♀♂ |
| Aktywność fizyczna | | | | | ♀♂ | ♀♂ | ♀♂ | ♀♂ | ♀♂ | ♀♂ | ♀♂ | ♀♂ | ♀♂ | ♀♂ |
| Palenie tytoniu | | | | ♀♂ | ♀♂ | ♀♂ | ♀♂ | ♀♂ | ♀♂ | ♀♂ | ♀♂ | ♀♂ | ♀♂ | ♀♂ |
| Alkohol | | | | | ♀♂ | ♀♂ | ♀♂ | ♀♂ | ♀♂ | ♀♂ | ♀♂ | ♀♂ | ♀♂ | ♀♂ |
| Depresja | | | | | | ♀♂ | ♀♂ | ♀♂ | ♀♂ | ♀♂ | ♀♂ | ♀♂ | ♀♂ | ♀♂ |
| Rak szyjki macicy | | | ♀♂ | ♀♂ | ♀♂ | ♀ | ♀ | ♀ | ♀ | ♀ | ♀ | ♀ | ♀ | ♀ |
| Rak piersi | | | | | | | | | | | ♀ | ♀ | ♀ | ♀ |
| Rak jelita grubego | | | | | | | | | | | | ♀♂ | ♀♂ | ♀♂ |
| Choroby układu oddechowego | | | | | | | | | | | ♀♂ | ♀♂ | ♀♂ | ♀♂ |
| Osteoporoza | | | | | | | | | | ♀♂ | ♀♂ | ♀♂ | ♀♂ | ♀♂ |
| Anemia | ♀♂ | | | | | | | | | | | | | |
| Zaburzenia widzenia | ♀♂ | ♀♂ | ♀♂ | ♀♂ | ♀♂ | | | | | | | | | |
| Zaburzenia słuchu | ♀♂ | ♀♂ | ♀♂ | ♀♂ | ♀♂ | | | | | | | | | |

Źródło: PTPZ (Polskie Towarzystwo Programów Zdrowotnych) dla Banku Światowego, 2017

Działania, jakie powinny być podjęte przez pielęgniarkę, lekarza lub innego specjalistę ochrony zdrowia podsumowane są poniżej:

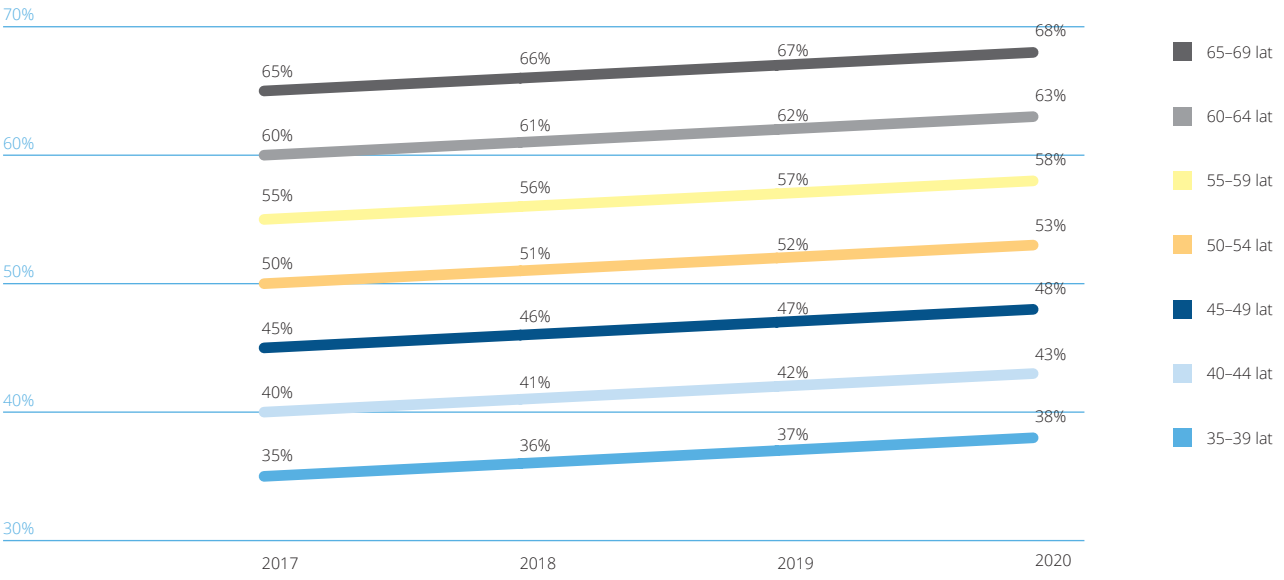
Tabela 3: Interwencje w ramach oceny ogólnego stanu zdrowia pacjenta:

| | |
|---|---|
| Ogólna ocena zdrowia: podstawowe badania laboratoryjne – glukoza, osocze, mocz | Finansowane w ramach opłaty kapitacyjnej POZ (środki NFZ) |
| Badania przesiewowe – cytologia, mammografia kolonoskopia, krew w kale i moczu | Badania finansowane osobno (FFS) (środki UE) |
| Pogłębione wywiady wykonywane przez pielęgniarki, wstępna ocena stanu zdrowia, pomiar BMI, edukacja zdrowotna | Doradztwo finansowane osobno (FFS) (środki UE) |
| Pogłębiony wywiad (dokonany przez lekarza), ogólna ocena stanu zdrowia, dalsze leczenie, skierowanie na wizytę edukacyjną | Doradztwo finansowane osobno (FFS) (środki UE) |
| Interwencje profilaktyczne, wzmocnienie interwencji kontrolnych w zakresie tytoniu, wparcie psychologiczne, zakup produktów wspomagających rzucenie palenia, ćwiczenia z trenerem, współpraca z dietetykiem, etc. | Finansowanie w ramach grantu na interwencje profilaktyczne. Grant zostanie ustalony i przyznany na podstawie indywidualnych propozycji zespołów POZ. Celem grantu jest zapewnienie narzędzi wsparcia realizacji działań przesiewowych, prewencji i edukacji. (środki UE) |

Szczegółowa lista badań przesiewowych i możliwych interwencji w ramach Modelu 2 znajduje się w Załączniku 1.

Oczekuje się, że odsetek dorosłych objętych kontrolą zdrowia będzie rósł w miarę realizacji projektu pilotażowego, zgodnie z wykresem na Rys. 20.

Rys. 20: Udział populacji objętej kontrolą zdrowia w fazie pilotażowej, według grup wiekowych




Źródło: Analiza Banku Światowego, 2017

# Ścieżki diagnostyczne i terapeutyczne

Przy definiowaniu zakresu odpowiedzialności przypisanego odpowiednio lekarzom POZ i AOS w związku z procesem diagnostycznym i terapeutycznym dla wybranych zespołów objawów i chorób przewlekłych, rekomendacje w zakresie procedur diagnostycznych i terapeutycznych zostaną opracowane na etapie przygotowania projektu pilotażowego, w oparciu o wytyczne EBM (medycyny opartej na dowodach).

W założeniu, ścieżki nie mają mieć charakteru obowiązkowego; powinny raczej być postrzegane jako wsparcie dla lekarzy przy podejmowaniu decyzji klinicznych, przy równoczesnym poszanowaniu dla zdania lekarza: ostateczna decyzja zawsze jest podejmowana przez lekarza i pacjenta. Ścieżki powinny też być pomocne przy planowaniu opieki przez lekarza rodzinnego/POZ, zwłaszcza w aspekcie podziału odpowiedzialności pomiędzy lekarzy rodzinnych/POZ a innych lekarzy specjalistów i personel medyczny, jeśli chodzi o zakres i częstotliwość badań diagnostycznych, wizyty u lekarza rodzinnego/POZ oraz konsultacje z lekarzem AOS.

**Ścieżki powinny wspierać ustawiczne kształcenie podyplomowe i pomagać w uproszczeniu procesów decyzyjnych w codziennej praktyce.**

**Ścieżki postępowania diagnostyczno-terapeutycznego są obecnie opracowywane przez NFZ.**

## Zestaw zadań dla pielęgniarek POZ i edukatorów zdrowia

Personel medyczny inny niż lekarze powinien być w jak największym stopniu zaangażowany w następujące zadania:

- realizacja programów prewencji,
- edukacja zdrowotna,
- wizyty kontrolne i edukowanie pacjentów z chorobami przewlekłymi z kategorii AOK,
- wstępna ocena stanu zdrowia w przypadku zgłoszenia problemów zdrowotnych, np. poprzez udzielenie porady (telefonicznej lub przez Internet), w oparciu o z góry zdefiniowany scenariusz; identyfikowanie sytuacji, w których niezbędna jest konsultacja medyczna; np. helpline.

# Planowanie i koordynacja opieki

W ramach wcześniej uzgodnionych działań prewencyjnych dla poszczególnych grup wiekowych prowadzone będą badania prewencyjne. Pacjenci zapraszani będą do udziału w badaniach i równocześnie rejestrowani przez personel pomocniczy.

Kiedy zostanie rozpoznana choroba przewlekła, pacjent odpowiadać będzie za faktyczną realizację planu opieki medycznej, opracowanego przez lekarza i uzgodnionego z pacjentem. W tym procesie pacjent wspierany jest przez koordynatora opieki, który będzie aktywnie planował i umawiał wizyty pacjenta w zakresie usług ambulatoryjnych przewidzianych w planie opieki medycznej. Zadania koordynatora AOK mogą być realizowane przez personel medyczny świadczeniodawcy lub personel jednostki współpracującej, np. call center, przy zachowaniu zgodności z wymogami ustawy o ochronie danych osobowych.

# Pacjenci/zarejestrowani

Model 2 został zaprojektowany jako rozszerzony pakiet usług zdrowotnych dla **300 000 pacjentów** w całym kraju. Ostateczna liczba pacjentów będzie uzależniona od liczby kontraktów podpisanych przez NFZ. Pacjenci będą automatycznie zapisywani do udziału w programie pilotażowym jeśli będzie w nim uczestniczył ich świadczeniodawca, ale z możliwością wycofania się (opt-out): uczestnictwo pacjentów w programie pilotażowym jest dobrowolne. Pacjenci nadal będą mieli możliwość zmiany świadczeniodawcy trzy razy w roku bez opłat.

## Rezygnacja osób objętych pilotażem z usług w ramach Modelu 2

Model 2 obejmuje wszystkich pacjentów zapisanych do lekarza rodzinnego/POZ poprzez deklarację. Pacjent ma prawo wypisania się z tego modelu opieki i zamiast tego wybrania trybu leczenia jednej z chorób uwzględnionych w Modelu 2 przez lekarza przychodni specjalistycznej. W przypadku chęci wypisania się z programu, pacjent musi przedstawić swoją wolę wycofania się na piśmie, a placówka ma obowiązek zarejestrować takie pismo w historii medycznej pacjenta i systemie IT Modelu 2 dostarczonym przez NFZ. Finansowanie opieki nad pacjentem, który zrezygnował z usług w ramach Modelu 2, będzie odpowiednio dostosowane. Placówka, która podpisała kontrakt na działanie w trybie Modelu 2, ma obowiązek zapewnić zakontraktowanym pacjentom pełen zakres usług POZ w miarę potrzeb.

# Świadczeniodawcy

Rozszerzony pakiet usług opieki zdrowotnej jest dostarczany pacjentom przez zakontraktowanych świadczeniodawców. Szacuje się, że w pilotażu może uczestniczyć łącznie **25 świadczeniodawców.** Aby zapewnić, iż próba świadczeniodawców w sposób adekwatny reprezentuje całą grupę świadczeniodawców w Polsce, jej wyboru dokonano w oparciu o kryteria przedstawione w Tabeli 4.

Tabela 4: Kryteria wyboru próby świadczeniodawców

| **Kryterium** | **Opcje** | | | **Uwagi** |
|---|---|---|---|---|
| Region | | | Tereny wiejskie | Rekomenduje się uwzględnienie wszystkich regionów |
| Typ praktyki | | | Lekarz opieki podstawowej + pielęgniarka rodzinna | Rekomenduje się uwzględnienie wszystkich typów praktyk |
| Populacja przypadająca na praktykę | Duża (>10000) | Duża (>10000) | Mała (<2500) | Rekomenduje się uwzględnienie praktyk obsługujących wszystkie typy populacji |
| Struktura własności | | | Publiczna | Rekomenduje się uwzględnienie wszystkich rodzajów własności |

## Wielkość populacji

Gęstość zaludnienia jest największa na obszarach otaczających główne administracyjne centra medyczne i w związku z tym centra te obsługują największą liczbę kontraktów. Liczba pacjentów przypadających na jednego lekarza jest bardzo, zróżnicowana w zależności od struktury organizacyjnej i prawnej placówki. Najwyższa liczba pacjentów na świadczeniodawcę przypada w województwie mazowieckim. Sytuacja taka wynika z faktu, że w regionie znajduje się wiele dużych jednostek, nastawionych na obsługę dużej populacji, więc choć zatrudniają one więcej pracowników, i tak stosunek liczby pacjentów do lekarzy jest większy niż np. w Lubuskiem. Praktyki indywidualne działają głównie w mniejszych miastach (9) i oficjalna rekomendacja NFZ sugeruje, że na jednego lekarza rodzinnego powinno przypadać 2750 pacjentów. W regionach, w których występuje mniejsza liczba placówek i mniejsza populacja, większa liczba pacjentów jest leczona w placówkach grupowych. W celu ustalenia wielkości praktyk, które powinny być uwzględnione w programie pilotażowym, praktyki zostały podzielone na: małe (około 2 500 pacjentów na lekarza), średnie (2 500–10 000 pacjentów na lekarza) i duże (ponad 10 000 pacjentów na lekarza). Niemniej, w celu ustalenia, czy wielkość populacji wpływa na wyniki programu, oraz jakiego rodzaju praktyka – indywidualna czy grupowa – jest najbardziej efektywna w programie pilotażowym opieki koordynowanej, do próby należy włączyć wszystkie typy populacji.

## Typ własności

W 2015 r. Narodowy Fundusz Zdrowia zawarł umowy z 6 226 świadczeniodawcami, z których 83.3% jest samozatrudnionych. Większość tego typu umów zawarto w województwach śląskim, mazowieckim i wielkopolskim, najmniej w województwie świętokrzyskim. W programie pilotażowym powinny być uwzględnione wszystkie typy własności, tak aby stworzyć kompleksowy obraz dynamiki świadczeniodawców i odzwierciedlić prawa wolnego rynku.

- Uczestnictwo świadczeniodawców jest dobrowolne i regulowane przez umowy prawne pomiędzy NFZ a świadczeniodawcami. Zakontraktowani świadczeniodawcy odpowiadają za zapewnienie pacjentom podstawowych świadczeń o charakterze prewencyjnym oraz zarządzanie przypadkami chorób niezakaźnych, określonych dla 26 wybranych chorób zawartych w rozszerzonym pakiecie Modelu 2.
- Badania wymagające dodatkowych zdolności i zaawansowanych technologii wykonywane są na podstawie skierowania do wcześniej wybranych, zakontraktowanych świadczeniodawców w rejonie działania placówki podstawowej. W ten sposób świadczeniodawcy odgrywają rolę kierujących pacjentów do odpowiednich placówek diagnostycznych i specjalistów (gatekeeper).
- Świadczeniodawcy odpowiadają za kontraktowanie specjalistów i usług diagnostycznych, które nie są dostępne w ich własnej placówce, tak aby zapewnić pacjentowi dostęp do pełnego spektrum usług zawartych w nowym pakiecie.
- Za jakość opieki, zapewnianej przez świadczeniodawców w ramach programu pilotażowego, odpowiada NFZ; jakość usług będzie monitorowana i utrzymywana w ramach systemu monitoringu i ewaluacji, przy użyciu wskaźników wymienionych części dot. Monitoringu i ewaluacji.

# Zawieranie umów

Umowy mogą być zawierane, podobnie jak w POZ, poprzez przystąpienie. Można także określić warunki konkursowe zgodne z obowiązującym prawem, na niektóre rodzaje usług.

Stroną umowy może być świadczeniodawca lub grupa świadczeniodawców stanowiących konsorcjum, pod warunkiem posiadania rejestru deklaracji zgłoszenia do POZ, zadeklarowania intencji przystąpienia do programu i spełnienia wymogów w zakresie realizacji usług AOK.

Podczas fazy prac koncepcyjnych nad programem pilotażowym AOK konieczne jest określenie podstawy prawnej i reguł działania grup świadczeniodawców, w przypadku których umowę podpisuje tylko jedna placówka, nie zaś każdy świadczeniodawca z osobna.

Jeśli umowa ma być podpisana z grupą świadczeniodawców, muszą oni wcześniej zawrzeć wiążącą umowę o współpracy w zakresie kontraktu AOK w oparciu o wspólne zasoby sprzętowe i kadrowe, wspólne zarządzanie jakością i monitoring zgodności ze standardami i celami AOK, oraz wspólną realizację niektórych zadań, np. realizację skoordynowanych programów prewencji i edukacji.

W celu podpisania umowy AOK, świadczeniodawca lub grupa świadczeniodawców, którzy podpisali umowę o współpracy bądź wchodzą w skład konsorcjum, muszą mieć podpisane umowy z NFZ obejmujące wszystkie 15 pakietów AOK.

Świadczeniodawca lub jego przedstawiciel (koordynator/lider konsorcjum, jednostka wyznaczona przez grupę świadczeniodawców) odpowiada za zarządzanie opieką i nadzór nad nią.

Wymogi, jakie muszą spełnić świadczeniodawcy ubiegający się o kontrakt to, między innymi:

- minimalna liczba deklaracji zapisu do lekarza rodzinnego/POZ dla jednej lokalizacji świadczeniodawcy, konsorcjum lub grupy świadczeniodawców – na terytorium powiatu lub sąsiadujących powiatów, łącznie **nie mniej niż 20 000 pacjentów w miastach (ponad 300 000 mieszkańców) lub 10 000 w mniejszych powiatach;**
- w przypadku konsorcjum lub grupy świadczeniodawców, umowa o współpracy w zakresie świadczenia usług AOK;
- **standardy organizacyjne**, w tym schemat organizacyjny i regulamin świadczenia usług AOK, opracowane zgodnie z wzorcem, dostarczonym przez organizatora programu pilotażowego;

- **zasoby** (personel, pomieszczenia, sprzęt) umożliwiające realizację kontraktu – posiadane bezpośrednio przez placówkę i przez jej podwykonawców, zgodnie z odpowiednimi rozporządzeniami wydanymi przez Ministra Zdrowia i zarządzeniami prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w zakresie pakietu usług AOK i wymogów stawianych przez organizatora programu pilotażowego;
- **możliwość wymiany informacji o zdarzeniach medycznych i elektronicznej dokumentacji medycznej** pomiędzy świadczeniodawcami AOK (dopuszczalny jest okres przejściowy, przeznaczony na rozwój systemu elektronicznej wymiany danych w pierwszym roku działania);
- **system do komunikacji z pacjentami,** w szczególności dotyczący identyfikacji potrzeb zdrowotnych pacjentów i otrzymywania informacji zwrotnych (np. platforma e-zdrowie, rozwiązania z zakresu telemedycyny w celu monitorowania wybranych parametrów zdrowia). Dopuszczalny jest okres przejściowy na opracowanie tego systemu w pierwszym roku działania;
- **szkolenie dla lekarzy i innego personelu medycznego** w zakresie standardów medycznych i organizacyjnych AOK (dopuszczalny jest okres przejściowy w pierwszym roku działania, z uwzględnieniem harmonogramu szkoleń).

Oprócz wymogów, które muszą być spełnione na etapie kontraktowania, świadczeniodawca lub konsorcjum musi opracować nowy schemat organizacyjny, zmodernizować systemy IT i ustalić środki zapewnienia jakości. W praktyce:

AOK obejmuje następujące zadania:

- **Zapewnienie opieki medycznej dla pacjentów** w zakresie usług wymienionych w umowie, w tym usług z zakresu prewencji i edukacji zdrowotnej, zgodnie z opracowanymi i wdrożonymi standardami organizacyjnymi, obejmującymi **role i zakresy odpowiedzialności personelu medycznego** (lekarze rodzinni/POZ i lekarze AOS, pielęgniarki, położne, edukatorzy zdrowia, asystenci medyczni, fizjoterapeuci, etc.) oraz warunki ich współpracy – w tym koordynacja opieki.
- Identyfikacja czynników ryzyka i chorób przewlekłych w oparciu o konsultacje związane z kontrolą stanu zdrowia i przydzielenie pacjentów do **grup aktywnego doradztwa**.
- Opracowanie, wdrożenie i koordynacja **indywidualnych planów opieki medycznej** dla pacjentów z grup aktywnego doradztwa, **w oparciu o ścieżki diagnostyczno-terapeutyczne** opracowane dla każdej z chorób zgodnie z wytycznymi EBM polskich i europejskich stowarzyszeń medycznych.
- **Zapewnienie konsultacji z lekarzami i pielęgniarkami** w przychodniach POZ i AOS, w tym zabiegów, zgodnie z mandatem odpowiednio POZ i AOS oraz warunkami ich współpracy, a także zgodnie z wcześniej zdefiniowanymi standardami organizacyjnymi.

- **Zlecanie badań diagnostycznych** uwzględnionych we wspólnej puli dla przychodni POZ i AOS (AOK-dgn), zgodnie z kompetencjami określonymi w ścieżkach diagnostyczno-terapeutycznych. Badania wynikające z zakresu działań prewencyjnych i planu opieki medycznej opracowanego przez lekarza mogą być wykonywane w oparciu o skierowania wystawione przez personel medyczny inny niż lekarze.
- Komunikacja pomiędzy osobami zaangażowanymi w opiekę, w tym **wymiana informacji o zdarzeniach medycznych i dokumentacji medycznej** w oparciu o solidny system IT służący wymianie informacji o zdarzeniach medycznych i elektronicznej dokumentacji medycznej (EDM). Wszelkie informacje dotyczące zdrowia pacjenta powinny być dostępne dla lekarza rodzinnego/POZ.
- Współpraca z jednostkami świadczącymi usługi opieki zdrowotnej (ambulatoryjnej i szpitalnej) poza AOK, w tym wymiana informacji o zdrowiu pacjenta. W przypadku problemów zdrowotnych wykraczających poza mandat AOK, pacjent jest kierowany do innego świadczeniodawcy według ogólnie stosowanych zasad.
- **Informowanie wszystkich pacjentów** o działaniach AOK; w przypadku pacjentów z chorobami przewlekłymi informacje takie obejmują dane kontaktowe osoby (placówki) odpowiedzialnej za koordynację opieki oraz listę placówek, w których pacjent może otrzymać świadczenia w ramach modelu opieki koordynowanej.
- Monitoring i nadzór nad **jakością i efektywnością** świadczonych usług, zgodnie z procedurami ujętymi w schemacie organizacyjnym.
- Organizacja i realizacja szeroko zakrojonych działań z zakresu prewencji i edukacji.

# Finansowanie

Tabela 5: Podsumowanie budżetu Modelu 2 (w PLN)

| Nazwa | Cały okres | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 |
|---|---|---|---|---|---|
| Kapitacja POZ | **241 046 612** | 60 261 653 | 60 261 653 | 60 261 653 | 60 261 653 |
| Profilaktyka i prewencja | **13 356 354** | 2 915 511 | 3 197 896 | 3 480 281 | 3 762 666 |
| Kapitacja – pielęgniarki | **40 309 600** | 10 077 400 | 10 077 400 | 10 077 400 | 10 077 400 |
| Kapitacja – położne | **6 660 776** | 1 665 194 | 1 665 194 | 1 665 194 | 1 665 194 |
| Rehabilitacja | **32 860 108** | 8 215 027 | 8 215 027 | 8 215 027 | 8 215 027 |
| Kapitacja AOS | **109 624 148** | 27 406 037 | 27 406 037 | 27 406 037 | 27 406 037 |
| Konsultacje PZCH | **57 584 541** | 12 929 091 | 13 907 121 | 14 885 150 | 15 863 179 |
| Diagnostyka AOS | **16 442 762** | 4 110 691 | 4 110 691 | 4 110 691 | 4 110 691 |
| System IT | **16 000 000** | 4 750 000 | 3 750 000 | 3 750 000 | 3 750 000 |
| Funkcje administracyjne | **24 000 000** | 6 000 000 | 6 000 000 | 6 000 000 | 6 000 000 |
| Nadzór nad projektem pilotażowym | **12 336 000** | 3 084 000 | 3 084 000 | 3 084 000 | 3 084 000 |
| Budowa potencjału płatnika | **7 104 000** | 1 776 000 | 1 776 000 | 1 776 000 | 1 776 000 |
| Razem | **577 324 901,17** | **143 190 603,65** | **143 451 018,08** | **144 711 432,51** | **145 971 846,94** |

Źródło: Załącznik 2

## Metodologia wyliczenia stawek finansowania AOK: zarys

**Stawka kapitacyjna AOK**

- Wzorcem jest średni miesięczny budżet przychodni AOS i REH uczestniczących w kontrakcie, wyliczony w oparciu o realizację świadczeń w wyznaczonym zakresie w ciągu ostatnich 12 lub 24 miesięcy, na rzecz wszystkich ubezpieczonych zapisanych do lekarza rodzinnego/POZ na terenie powiatu, w którym działa świadczeniodawca na kontrakcie AOK.
- Alokacja budżetowa na grupę wiekową jest definiowana jako stosunek budżetu wykorzystanego w danej przychodni AOS na potrzeby poszczególnych grup wiekowych, w porównaniu z łącznym budżetem przychodni.
- Stawka kapitacyjna AOK to połączone stawki POZ, REH i AOK-AOS na pacjenta na miesiąc, w podziale na grupy wiekowe.
- Miesięczny budżet AOK na danego świadczeniodawcę jest definiowany jako stosunek stawki kapitacyjnej i liczby pacjentów zapisanych do POZ na grupę

wiekową, minus koszt usług AOS i REH świadczonych na podstawie umów poza systemem AOK.

- Budżet AOK nie może być przekroczony w żadnych okolicznościach. Koszt budżetu AOK jako odsetek łącznych kosztów alokowanych na opiekę zdrowotną ze środków publicznych, wliczając zasoby alokowane na budżet zadaniowy, jest dostosowywany proporcjonalnie do wzrostu budżetu NFZ w danym okresie na danym obszarze.
- W ciągu pierwszych sześciu miesięcy budżet AOK jest wyliczany jako 65% łącznego budżetu wynikającego z deklaracji zapisu do lekarza rodzinnego/POZ w każdej grupie wiekowej (a nie na podstawie liczby deklaracji zapisu do AOK).

**Budżet na diagnostykę w ramach AOK**

Finansowanie AOK-dgn odbywa się poza bazową stawką kapitacyjną AOK w ramach:

- Dodatkowa stawka kapitacyjna, dostosowana do poszczególnych grup wiekowych i ich średniej umieralności, zarządzana w ramach POZ.
- Dodatkowa stawka diagnostyczna, dotycząca badań wykonywanych w związku z konsultacjami kontrolnymi (płatne od zdarzenia), zgodnie ze standardem ustalonym dla każdej z takich kontroli, w podziale na grupy wiekowe 35–39, 40–44, 45–49, 50–54, 55–59, 65–69, oraz rozszerzonymi kontrolami pediatrycznymi (zakres usług mieszczących się w zakresie konsultacji dla każdej z grup wiekowych jest podany w Załączniku 1).
- Dodatkowa stawka diagnostyczna dotycząca badań wykonywanych na potrzeby pacjentów AOK (płatne od zdarzenia) do wysokości maksymalnie 15% budżetu AOK, według zasad wyceny identycznych z obowiązującymi dla POZ. Kiedy ten budżet zostanie przekroczony, badania będą finansowane z pozostałych przychodów AOK, a NFZ nie ponosi żadnej odpowiedzialności finansowej za takie działania.

# Główne założenia finansowania Modelu 2

Program pilotażowy będzie realizowany w określonej liczbie województw. Ostateczna liczba województw uczestniczących w programie jest uzależniona od liczby klientów POZ objętych programem pilotażowym i wyników rekrutacji placówek opieki zdrowotnej. Niemniej jednak, zakłada się, że program pilotażowy będzie obejmował wszystkie 16 województw.

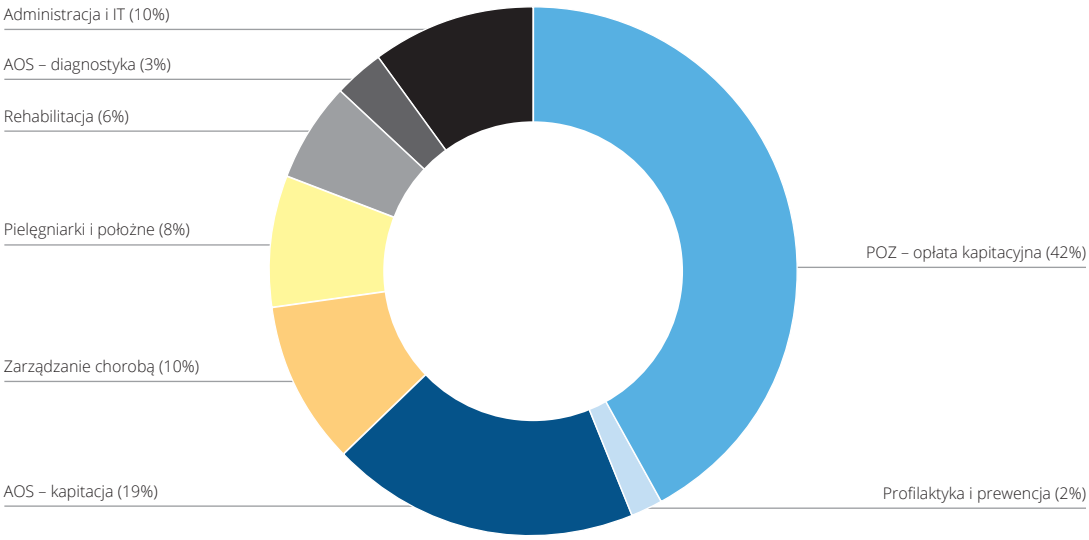
Ważnymi parametrami programu pilotażowego są, miedzy innymi, liczba lekarzy POZ i liczba pacjentów będących pod opieką jednego lekarza POZ. Odzwierciedlają one liczbę osób objętych programem pilotażowym. Dla potrzeb planowania zakłada się, że programem objętych będzie 150 lekarzy POZ, a każdy z nich będzie miał pod opieką średnio 2 000 osób. Z czasem, w miarę wzrostu ilości obowiązków, wynikającego z postępu w obsłudze populacji klientów, łączna liczba pacjentów przypadających na jednego lekarza powinna maleć.

**Placówki opieki zdrowotnej działające w ramach POZ i AOS mogą uczestniczyć w programie pilotażowym Modelu 2, z możliwością podzlecania brakujących kompetencji (np. poszczególnych specjalizacji AOS) innym jednostkom.** Obowiązki instytucji zarządzającej w Modelu 2 również mogą być wykonywane przez grupę jednostek związanych umową konsorcjum. W takiej sytuacji, wyznaczony byłby lider konsorcjum, odpowiedzialny za całość jego działań. Liczba placówek wdrażających program pilotażowy Modelu 2 jest szacowana na **25 placówek** w 16 województwach.

Łączna liczba klientów placówek Modelu 2 uczestniczących w programie szacowana jest na **300 000 osób**. Niemniej jednak, ostateczna liczba zostanie ustalona na etapie składania wniosku projektowego. Należy zachować pewną elastyczność jeśli chodzi o ostateczną liczbę klientów placówek uczestniczących w projekcie, ponieważ częściowo jest ona uzależniona od struktury populacji objętej projektem. Na przykład, nie należy zakładać, że liczba klientów placówek uczestniczących w projekcie pilotażowym zmniejszy się w związku z realizacją projektu.

W Modelu 2, obok świadczeń POZ, oferowane są wszystkie świadczenia w obrębie wybranych obszarów (specjalizacji) ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. W ramach projektu pilotażowego wybrano 15 specjalistycznych przychodni, wraz z zatrudnionymi w nich lekarzami, co daje liczbę około 375 osób (stosunek szacowanej liczby placówek i liczby specjalizacji).

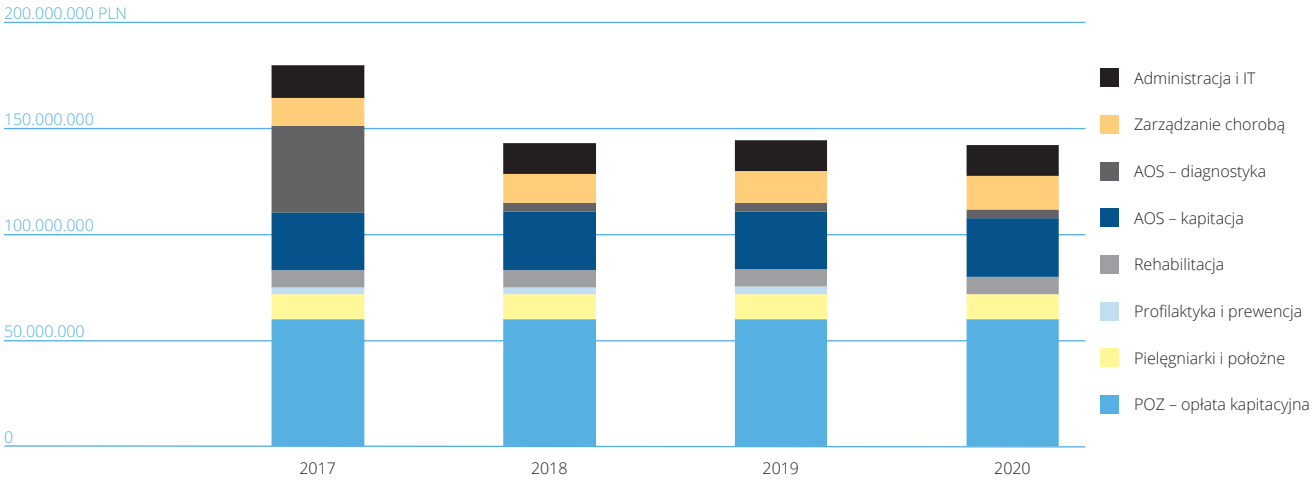
Rys. 21: Łączny koszt budżetu Modelu 2 w podziale na typy kosztów




Źródło: Bank Światowy, 2017

Wydatki planowane są na czteroletni okres programu pilotażowego. Oczekuje się, że w pierwszym roku wydatki będą stosunkowo większe, z uwagi na działania w zakresie budowy potencjału.

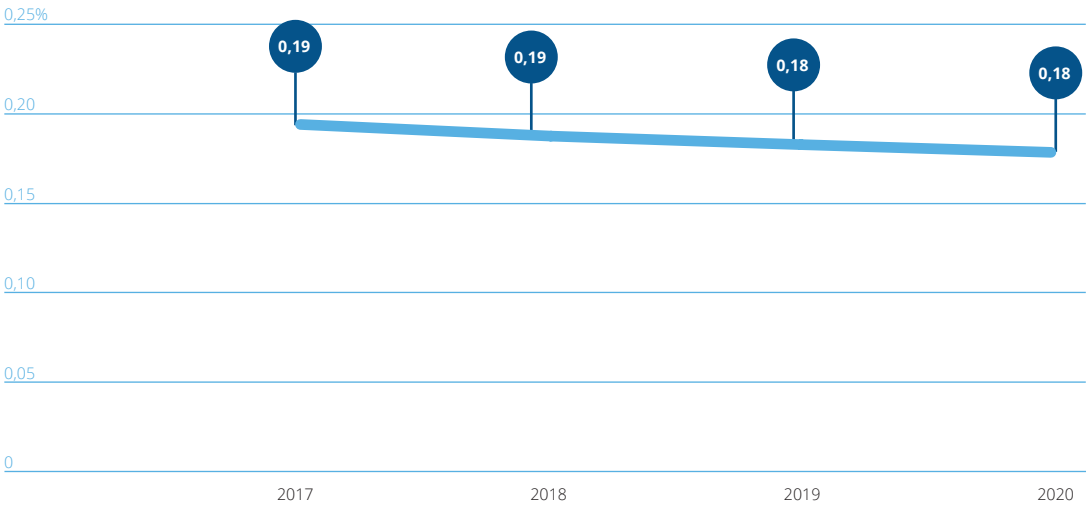
Rys. 22: Wydatki Modelu 2 w ciągu 4 lat, w podziale na kategorie




Źródło: Bank Światowy, 2017

Po umieszczeniu modelu obejmującego 300 000 pacjentów i 20 placówek w kontekście łącznych rocznych wydatków NFZ, Model 2 szacunkowo stanowi nie więcej niż 0,20% budżetu, jak przedstawiono na Rys. 23.

Rys. 23: Łączne koszty Modelu 2 jako odsetek wydatków NFZ




Źródło: Bank Światowy, 2017

# Środki budżetowe

## Podstawowa opieka zdrowotna

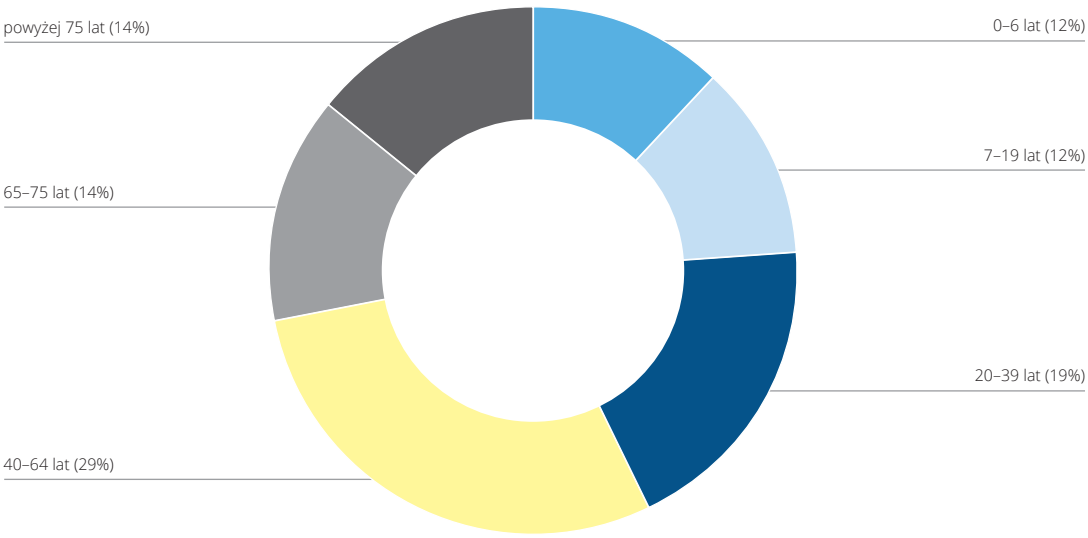
Placówki uczestniczące w programie pilotażowym działają w zakresie obecnych kompetencji placówek POZ i są wynagradzane zgodnie z obecną roczną **stawką kapitacyjną w wysokości 144 PLN na osobę,** skorygowaną według bieżących współczynników.

Usługi POZ uzupełniane są przez usługi pielęgniarek środowiskowych i położnych. Opieka środowiskowa jest płatna od pozycji na aktywnej liście, zgodnie z poniższymi stawkami kapitacyjnymi:

- **Stawka za opiekę pielęgniarki środowiskowej to 28,56 PLN za osobę rocznie**. Szacowany odsetek populacji objętej opieką według tej stawki to 95%.
- **Stawka za opiekę położnej środowiskowej to 11.76 PLN za osobę rocznie**, a szacowany odsetek populacji kobiet objętych opieką według tej stawki to 90% populacji kobiet.

Rozkład środków na poszczególne grupy wiekowe w Modelu 2 jest stosunkowo równomierny, choć zgodnie z szacunkowymi danymi na temat populacji, osoby w wieku 40–64 lat stanowią wyższy odsetek pacjentów objętych opieką.

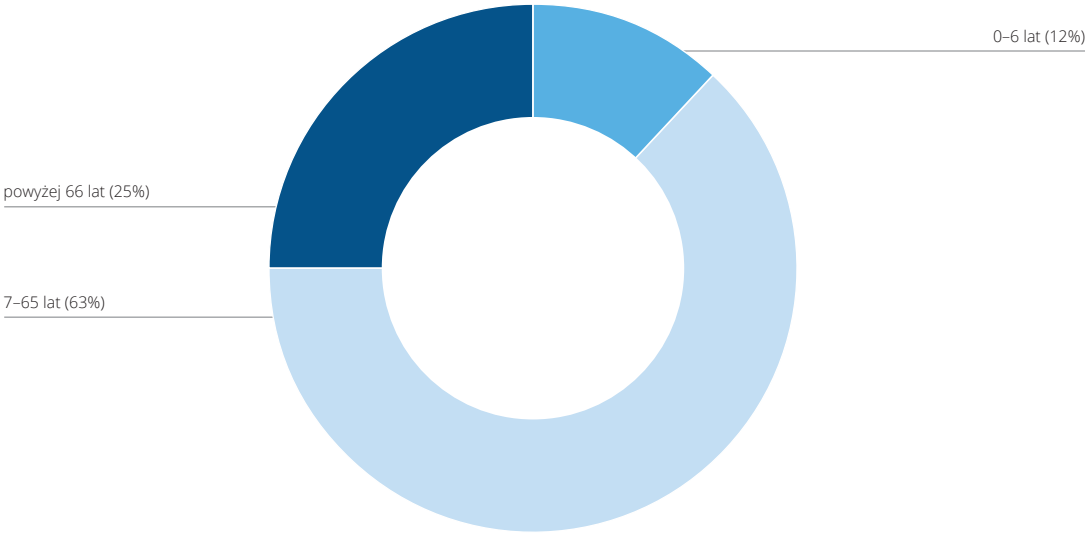
Rys. 24: Kapitacja POZ, według wieku pacjentów




Źródło: Bank Światowy, 2017

Model obejmuje również opłatę kapitacyjną za usługi pielęgniarek i położnych.

Rys. 25: Opłata kapitacyjna za usługi pielęgniarek i położnych, według wieku pacjentów

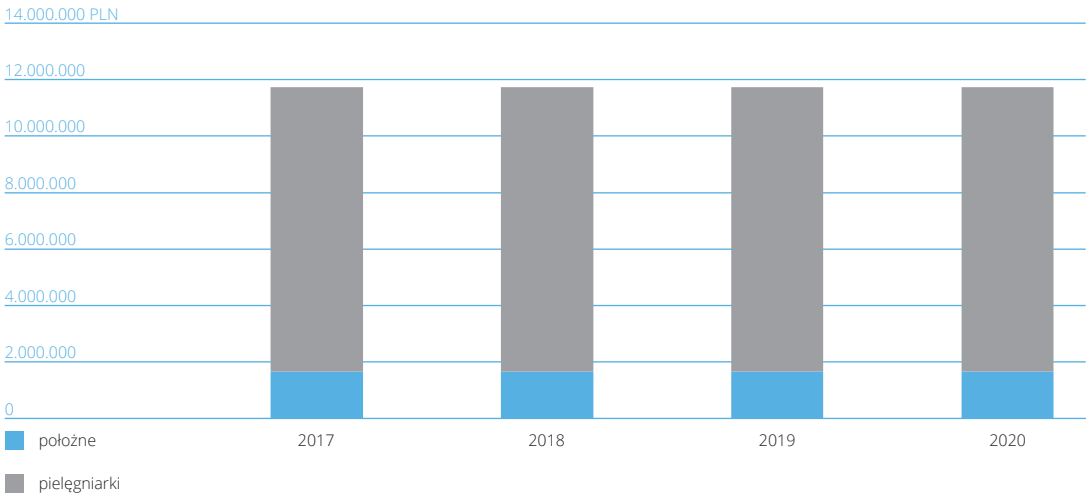



Źródło: Bank Światowy, 2017

Bliższa analiza pokazuje, że największe koszty związane są ze świadczeniami dla pacjentów w wieku powyżej 75 lat.

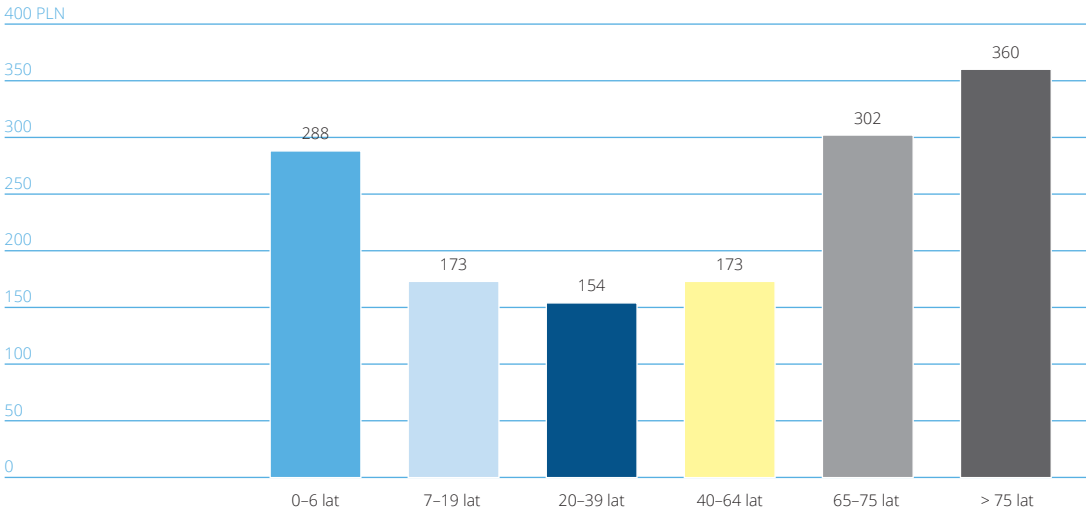
Łączna kwota opłaty kapitacyjnej jest uzależniona od wieku pacjentów objętych opieką, przewiduje się jednak, że podział środków pomiędzy pielęgniarki i położne w toku czteroletniego programu pilotażowego pozostanie podobny (zob. Rys. 26).

Rys. 26: Udział kosztów usług pielęgniarek i położnych w opłacie kapitacyjnej




Źródło: Bank Światowy, 2017

Rys. 27: Koszty opłaty kapitacyjnej POZ na pacjenta, w podziale na grupy wiekowe




Źródło: Analiza Banku Światowego w oparciu o dane NFZ, 2017

## Prewencja i profilaktyka

Instytucje uczestniczące w projekcie pilotażowym przyjęły podejście proaktywne w obszarze edukacji, prewencji i profilaktyki. Działania te są wspierane w aspekcie finansowania i struktury organizacyjnej.

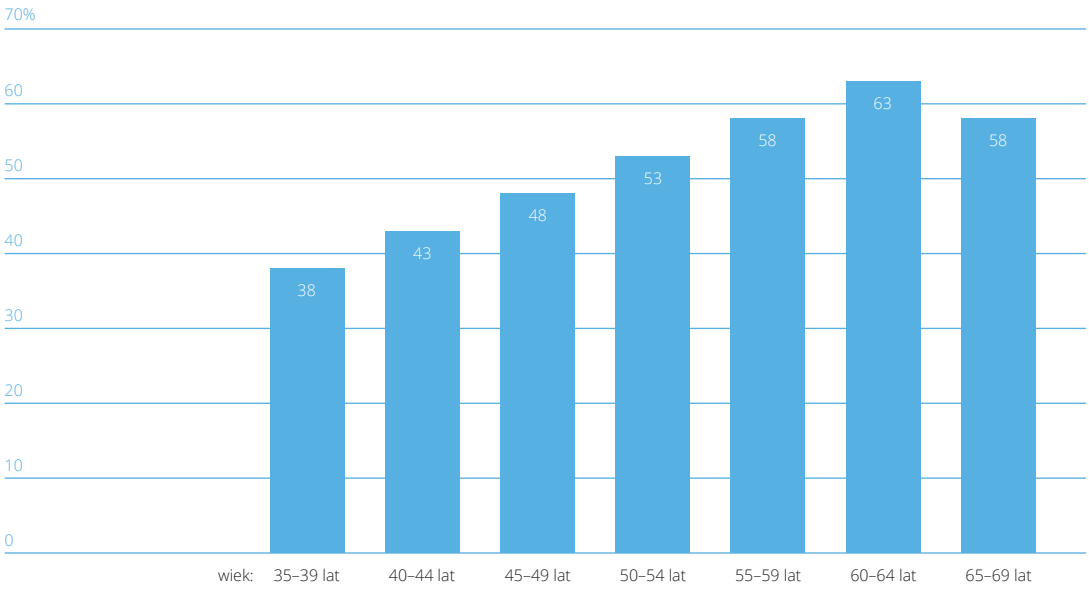
Jednym ze stałych elementów profilaktyki i prewencji są bilanse zdrowia dzieci. Aby umocnić i wdrożyć dobre praktyki w zakresie sprawozdawczości, rekomenduje się rejestrowanie danych z bilansu zdrowia dzieci w szerszym zakresie. Rejestracja danych z bilansu dzieci jest wynagradzana według ryczałtowej **stawki 5 PLN za pozycję**. Oczekuje się, że działania podejmowane w zakresie bilansu zdrowia dzieci będą szeroko zakrojone i podejmowane w trybie ciągłym, obejmując większość populacji dzieci podczas całego okresu trwania programu pilotażowego:

- 0–1 lat: 100%
- 2–13 lat: 95%
- 16–19 lat: 80%

Kolejnym stałym elementem profilaktyki i prewencji są tzw. bilanse zdrowia dorosłych. Zakres badań zależy w tym przypadku od grupy wiekowej, do jakiej należy pacjent, wpływa on także na koszt. Koszty badań kontrolnych mają być pokrywane ze środków UE i szacowane są przede wszystkim w oparciu o analizę obecnych kosztów kontroli zdrowia: średnio **200 PLN na bilans**. NFZ przeprowadzi szczegółową wycenę kosztów bilansów zdrowia dorosłych. Oczekuje się, że w miarę upływu czasu coraz większa liczba dorosłych będzie objęta badaniami kontrolnymi. W ciągu pierwszych lat odsetek osób uczestniczących w badaniach będzie zróżnicowany w zależności od niżej przedstawionych grup wiekowych, tych samych, co w populacji projektów pilotażowych. Zakłada się, że liczba ta zostanie podzielona mniej więcej równo pomiędzy pięcioletnie widełki wieku, w którym powinno być przeprowadzone badanie, odpowiednie dla danej grupy wiekowej. Podczas projektu pilotażowego odsetek osób uczestniczących w bilansach będzie rósł z roku na rok, w tempie 5 p.p. rocznie, a punkt początkowy (moment objęcia badaniami kontrolnymi w pierwszym roku projektu pilotażowego) będzie różny w zależności od wieku, w zakresach wskazanych na Rys. 28.

- 35–39 lat: 35%
- 40–44 lata: 40%
- 45–49 lat: 45%
- 50–54 lata: 50%
- 55–59 lat: 55%
- 60–64 lata: 60%
- 65–69 lat: 55%

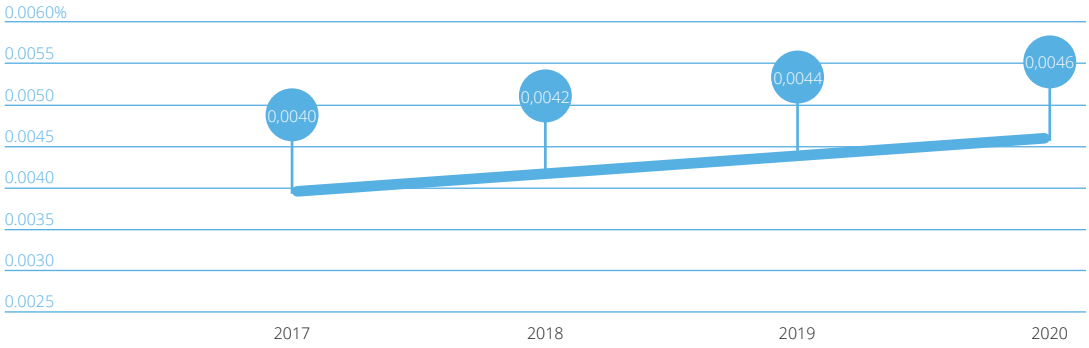
Rys. 28: Szacowana populacja objęta programem kontroli zdrowia dorosłych w 2020 r., w podziale na grupy wiekowe




Źródło: Prognozy Banku Światowego, 2017

Koszt działań z zakresu prewencji i edukacji jako odsetek łącznego budżetu NFZ dla populacji docelowej jest niski, jak pokazuje Rys. 29.

Rys. 29: Profilaktyka i prewencja jako odsetek budżetu NFZ




Źródło: Prognozy Banku Światowego, 2017

Jeśli chodzi o działania z zakresu prewencji finansowane przez NFZ, jak opisano w części dotyczącej edukacji, szacuje się, że działania z zakresu prewencji i interwencji w pierwszym roku programu pilotażowego wyniosą zaledwie 0.0038% budżetu NFZ, stopniowo wzrastając aż do poziomu 0.0044% budżetu NFZ w ostatnim roku projektu pilotażowego.

## Świadczenia specjalistyczne w ramach AOS

W Modelu 2 placówka opieki zdrowotnej realizuje świadczenia POZ oraz konsultacje i opiekę nad pacjentami AOS. Placówki otrzymują środki na opiekę nad pacjentami AOS, wyliczone w oparciu o liczbę klientów, płeć i grupy wiekowe, oraz w oparciu o obecne wydatki na świadczenia AOS finansowane według procedury FFS (fee-for-service, opłata za usługę). Ponieważ obecne wydatki na AOS w poszczególnych specjalizacjach różnią się znacznie na poszczególnych obszarach, zakłada się, że **stawka kapitacyjna dla AOS w podziale na specjalizacje będzie równa wartości trzeciego kwartyla średniej wojewódzkiej**. W związku z tym, kwota ta będzie wyższa lub równa obecnie notowanym średnim dla ¾ województw, a niższa od średniej w przypadku ¼ województw. Średnie wydatki (bez zróżnicowania w zależności od wieku i płci) na AOS w podziale na specjalizacje kształtują się następująco:

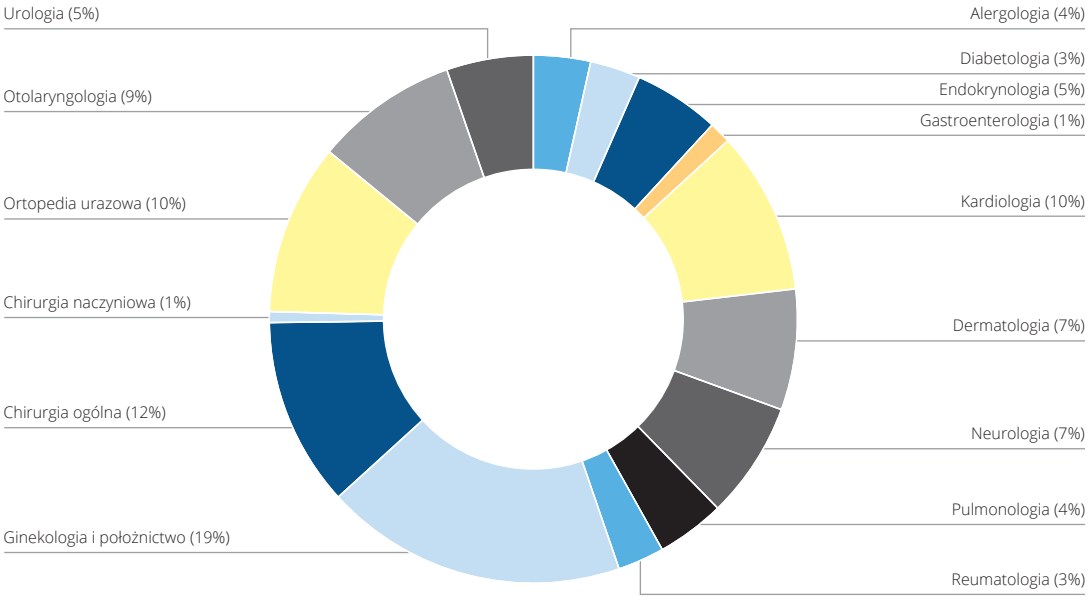
Tabela 6: Opłaty kapitacyjne AOS według specjalizacji

| **Przychodnie AOS** | **2017** | **2018** | **2019** | **2020** |
|---|---|---|---|---|
| Przychodnia alergologiczna | 3,73 | 3,73 | 3,73 | 3,73 |
| Przychodnia diabetologiczna | 3,08 | 3,08 | 3,08 | 3,08 |
| Przychodnia endokrynologiczna / Przychodnia endokrynologii ginekologicznej | 5,45 | 5,45 | 5,45 | 0,45 |
| Przychodnia gastroenterologiczna | 1,38 | 1,38 | 1,38 | 1,38 |
| Przychodnia kardiologiczna | 10,52 | 10,52 | 10,52 | 10,52 |
| Przychodnia dermatologiczna / wenerologiczna | 7,31 | 7,31 | 7,31 | 7,31 |
| Przychodnia neurologiczna | 6,79 | 6,79 | 6,79 | 6,79 |
| Przychodnia leczenia gruźlicy i chorób płuc / Przychodnia pulmonologiczna | 4,27 | 4,27 | 4,27 | 4,27 |
| Przychodnia reumatologiczna | 3,18 | 3,18 | 3,18 | 3,18 |
| Przychodnia ginekologiczno-położnicza / Przychodnia ginekologiczna | 35,52 | 35,52 | 35,52 | 35,52 |
| Przychodnia chirurgii ogólnej | 12,04 | 12,04 | 12,04 | 12,04 |
| Przychodnia chirurgii naczyniowej | 0,72 | 0,72 | 0,72 | 0,72 |
| Przychodnia dysplazji bioder / Przychodnia wad postawy / Przychodnia urazów ortopedycznych / Przychodnia ortopedycznej chirurgii urazowej | 10,56 | 10,56 | 10,56 | 10,56 |
| Przychodnia otolaryngologiczna | 8,13 | 8,13 | 8,13 | 8,13 |
| Przychodnia urologiczna | 5,37 | 5,37 | 5,37 | 5,37 |

Źródło: Bank Światowy, 2017

Ze względu na znaczne zróżnicowanie wykorzystania świadczeń AOS w różnych powiatach, konieczne może być opracowanie „mapy drogowej" dla wyliczenia średniego poziomu wykorzystania. W tej sytuacji, szczególnie w powiatach charakteryzujących się znacząco wyższym stopniem wykorzystania świadczeń, a co za tym idzie, wyższymi wydatkami na poszczególne przychodnie AOS (np. na poziomie przekraczającym kwoty wyliczone powyżej o więcej niż 20 p.p.), zakłada się, że opłata kapitacyjna za AOS w tych kategoriach zostanie podwyższona w pierwszych latach, a następnie skorygowana do poziomu średniego w latach następnych. Wyliczenie kosztów AOS oparte jest na danych historycznych dotyczących przychodni. Opłata kapitacyjna przypisana do świadczeń AOS w ramach Modelu 2 odzwierciedla najbardziej kosztowne pozycje budżetu AOS pokrywane przez NFZ.

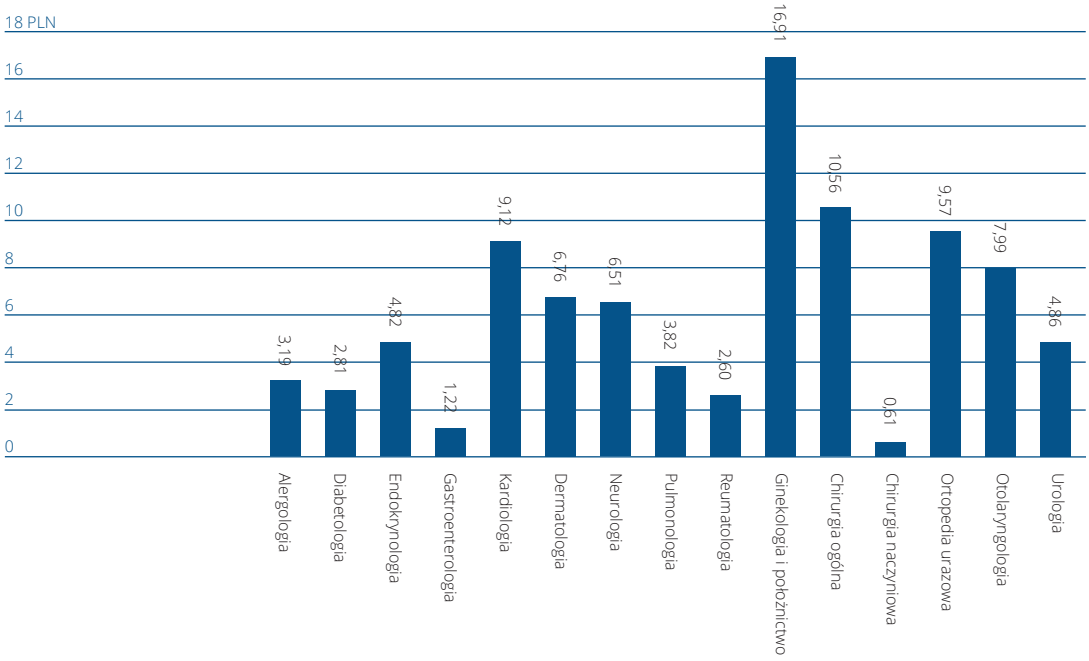
Rys. 30: Kapitacja AOS w podziale na przychodnie specjalistyczne




Źródło: Bank Światowy, 2017

W świetle znaczących różnic w zakresie wykorzystania świadczeń, finansowania w poszczególnych regionach oraz zróżnicowania pomiędzy przychodniami AOS, średni koszt na pacjenta jest bardzo zróżnicowany.

Rys. 31: Średni koszt kapitacji AOS na pacjenta w roku 2020




Źródło: Bank Światowy, 2017

## Diagnostyka w AOS

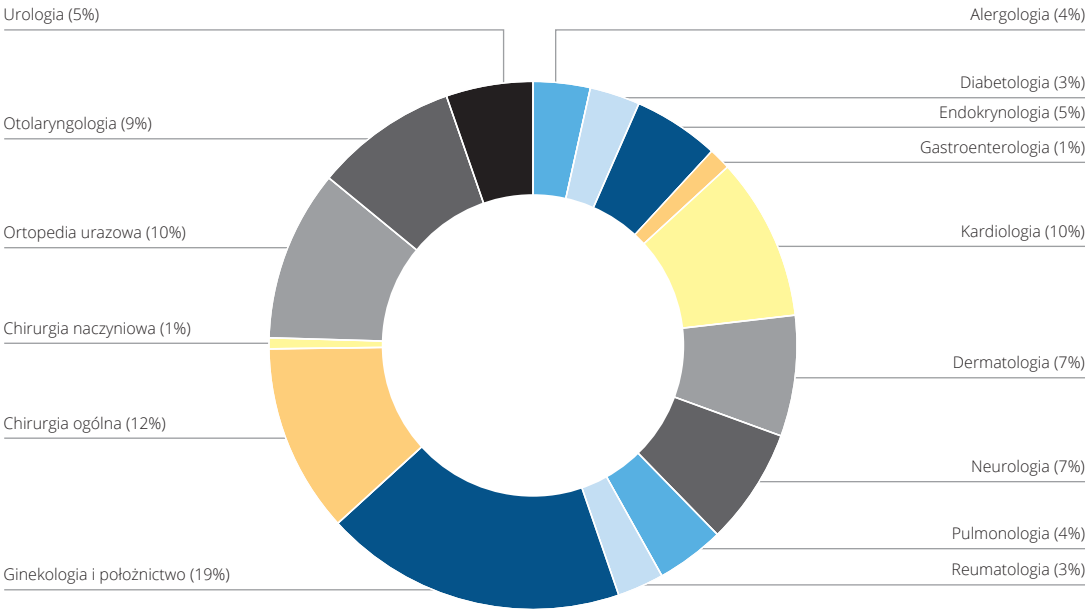
Budżet kapitacyjny AOS jest uzupełniany przez **budżet powierzony** na potrzeby badań diagnostycznych towarzyszących AOS. Ta część budżetu jest wyliczana jako proporcja kwoty kapitacji, przyjęta na poziomie 15% kwoty kapitacji dla określonej kategorii / przychodni specjalistycznej. W pierwszym roku generowana jest średnia wartość, jednakowa dla wszystkich placówek; w następnych latach istnieje możliwość dostosowania tej kwoty zgodnie z potrzebami ustalonymi w ramach projektu pilotażowego.

Budżet powierzony jest rozliczany według sprawozdań o wykonanych badaniach diagnostycznych.

Jeśli cała kwota nie zostanie uruchomiona, kwota faktycznych płatności NFZ do świadczeniodawcy jest niższa od planowanego budżetu powierzonego. **Jeśli budżet zostanie przekroczony, koszt pozostałych badań diagnostycznych wykonywanych przez AOS jest pokrywany z innych przepływów finansowych, np. opłaty kapitacyjnej AOS** (świadczeniodawca pokrywa te koszty we własnym zakresie).

Kwota tego budżetu jest powiązana z budżetem kapitacyjnym AOS. We wszystkich przychodniach wynosi ona **15% budżetu kapitacyjnego AOS.**

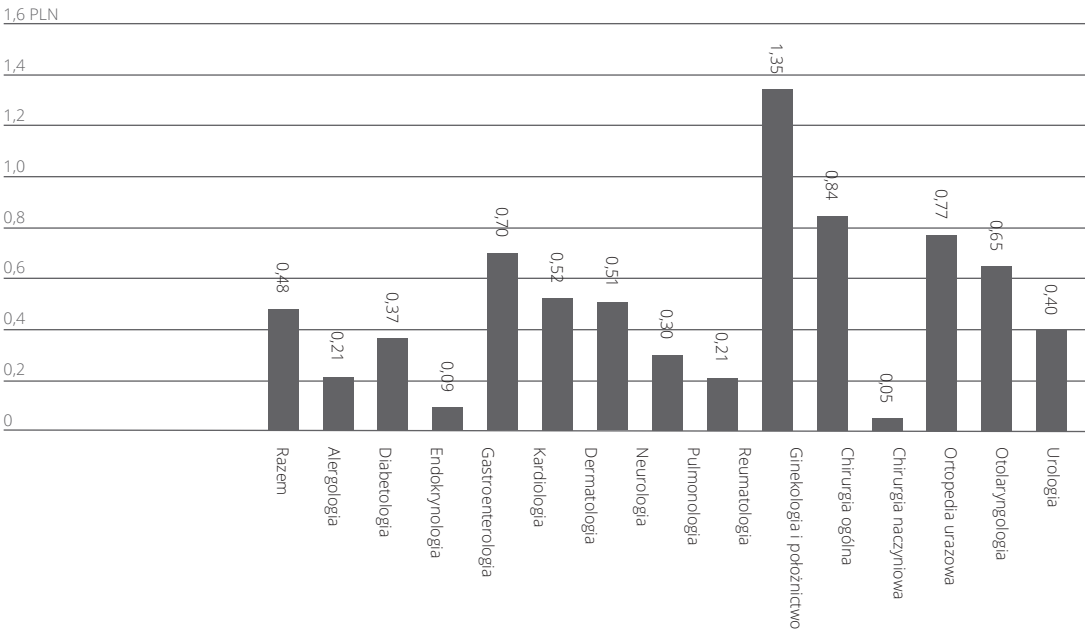
Rys. 32: Budżet diagnostyczny AOS




Źródło: Analiza Banku Światowego, 2017

Najwyższe wydatki diagnostyczne w przeliczeniu na jednego pacjenta to diagnostyka ginekologiczna.

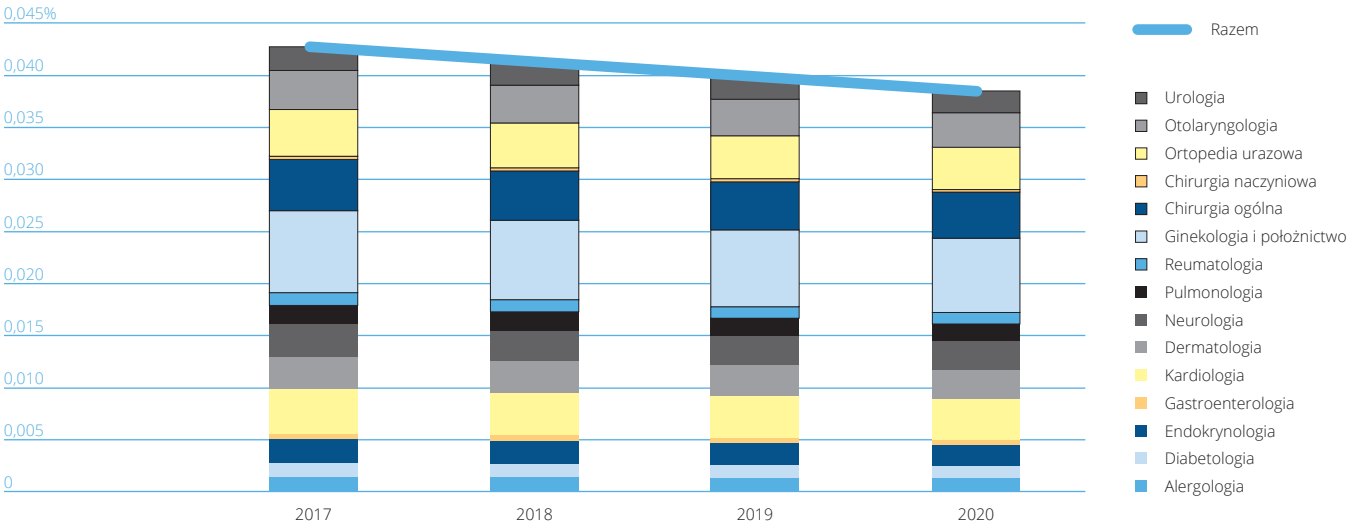
Rys. 33: Średni koszt diagnostyki AOS na pacjenta w roku 2020




Źródło: Analiza Banku Światowego, 2017

Wydatki AOS w Modelu 2, wyrażone jako odsetek budżetu NFZ, wynoszą mniej niż 0,05% budżetu NFZ.

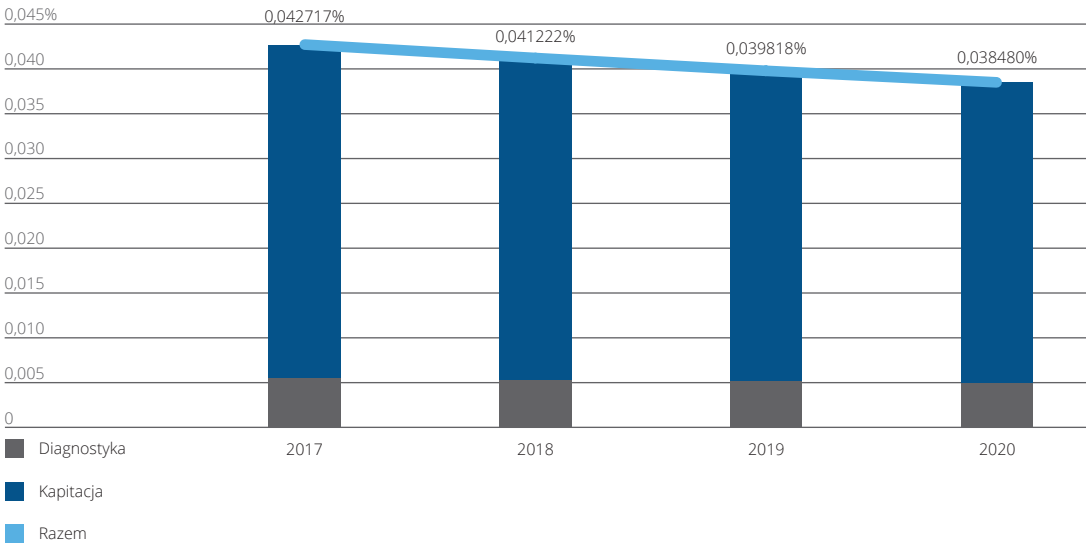
Rys. 34: Koszty AOS jako odsetek budżetu NFZ




Źródło: Analiza Banku Światowego, 2017

Rys. 35 przedstawia kapitację i koszty diagnostyczne AOS w Modelu 2 jako odsetek budżetu NFZ

Rys. 35: Koszty diagnostyki i kapitacji AOS jako odsetek budżetu NFZ




Źródło: Analiza Banku Światowego, 2017

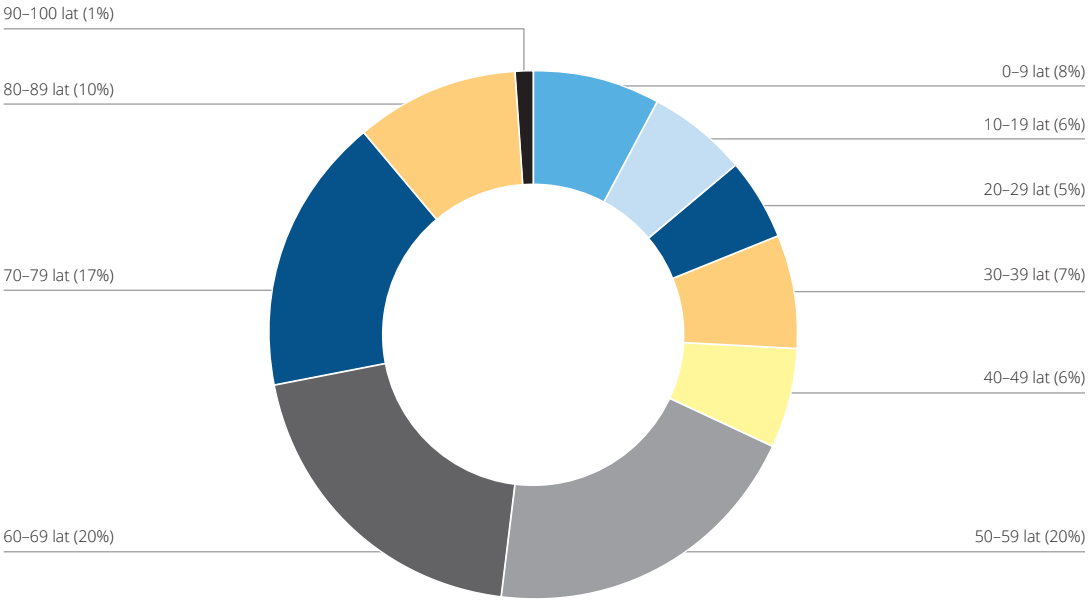
## Zarządzanie chorobą

Placówki uczestniczące w projekcie pilotażowym uruchomią program zarządzania chorobą (DM) w odniesieniu do wybranych chorób przewlekłych. W przypadku uczestnictwa w programie zarządzania chorobą istnieje możliwość rozliczania pewnych typów świadczeń w trybie FFS.

W pierwszym okresie lista chorób, które będą mogły być objęte programem DM, będzie ograniczona do 26 jednostek chorobowych. Poniżej podano listę tych chorób, wraz z szacowanym odsetkiem chorych w populacji.

Szacunkowa struktura kosztów w podziale na grupy wiekowe jest przedstawiona na Rys. 36 poniżej:

Rys. 36: Koszt zarządzania przebiegiem choroby według grup wiekowych




Źródło: Analiza Banku Światowego, 2017

Tabela 7: Występowanie chorób przewlekłych w populacji – dane epidemiologiczne

| Jednostka chorobowa | Zarejestrowane dane | Podstawa szacunków |
|---|---|---|
| Nadczynność tarczycy | 3.4% | 3.40% |
| Wole miąższowe i guzowate tarczycy | 2.0% | 2.00% |
| Cukrzyca typ 1 | 0.5% | 0.50% |
| Cukrzyca typ 2 | 6.5% | 6.50% |
| Otyłość | 20.0% | 20.00% |
| Nadciśnienie tętnicze samoistne | 25.0% | 20.00% |
| Przewlekła choroba wieńcowa | 4.3% | 4.30% |
| Utrwalone migotanie przedsionków | 1.0% | 1.00% |
| Przewlekła niewydolność serca | 1.7% | 1.70% |
| Miażdżyca zarostowa tętnic kkd. | 5.0% | 5.00% |
| Żylna choroba zakrzepowo-zatorowa | 0.3% | 0.30% |
| Przewlekła niewydolność żylna | 40% (K – 50%, M – 38%) | 40.00% |
| Alergiczny nieżyt nosa | 10.0% | 10.00% |
| POCHP | 5.7% | 5.70% |
| Astma oskrzelowa | 8.6% | 8.60% |
| Choroba refluksowa | 20.0% | 15.00% |
| Przewlekłe choroby zapalne jelita grubego i zespół jelita nadwrażliwego | 5.0% | 5.00% |
| Zapalenia stawów | 1.0% | 1.00% |
| Choroba zwyrodnieniowa stawów obwodowych | 15.0% | 15.00% |
| Wady postawy oraz zniekształcenia rozwojowe kończyn | 30.0% | 15.00% |
| Zespoły bólowe kręgosłupa | 20.0% | 20.00% |
| Przewlekła choroba nerek | 18.0% | 15.00% |
| Kamica dróg moczowych | 2.0% | 2.00% |

Źródło: Bank Światowy, 2017

Szacowany odsetek osób cierpiących na choroby przewlekłe jest różny w zależności od grupy wiekowej: (10) Wśród osób starszych występuje największy odsetek osób cierpiących na więcej niż jedno schorzenie.

- 0–14 lat: 27%
- 15–29 lat: 28%
- 30–49 lat: 48%
- 50–69 lat: 79%
- 70 lat i więcej: 94%

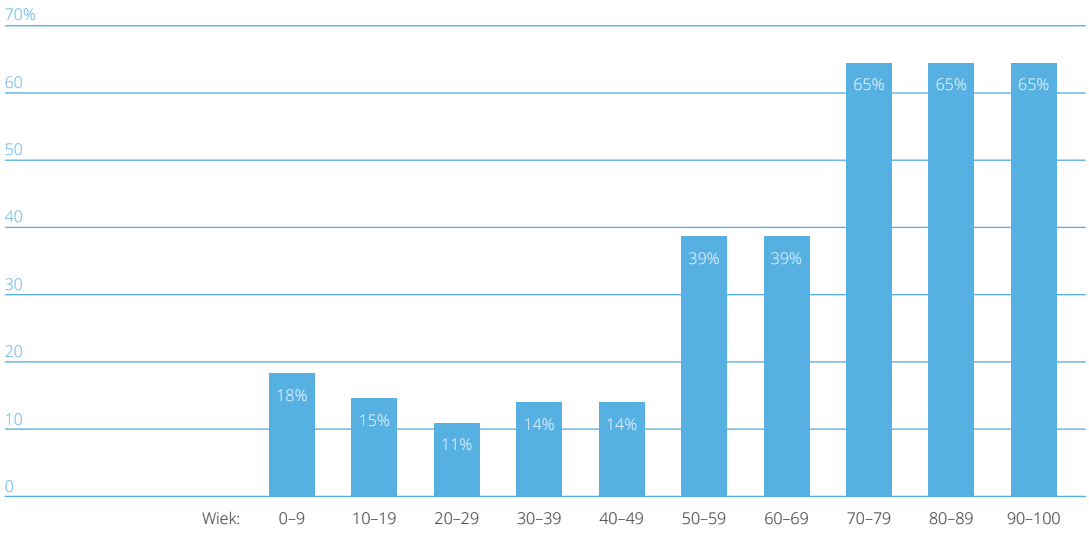
Przewiduje się, że nie wszystkie osoby cierpiące na schorzenia przewlekłe zdecydują się na uczestnictwo w programach DM. Równocześnie oczekuje się, że nastąpi stopniowy, powolny wzrost odsetka osób korzystających z tego typu opieki.

Tabela 8: Pacjenci z chorobami przewlekłymi, objęci programami zarządzania chorobą (DM)

| Grupa wiekowa | 1 rok | 2 rok | 3 rok | 4 rok |
|---|---|---|---|---|
| 0–14 | 60% | 63% | 66% | 69% |
| 15–29 | 30% | 33% | 36% | 39% |
| 30–49 | 20% | 23% | 26% | 29% |
| 50–69 | 40% | 43% | 46% | 49% |
| 70+ | 60% | 63% | 66% | 69% |

Źródło: Bank Światowy, 2017

Rys. 37: Szacowany odsetek osób objętych programami zarządzania chorobą w populacji programu pilotażowego w roku 2020 – założenia



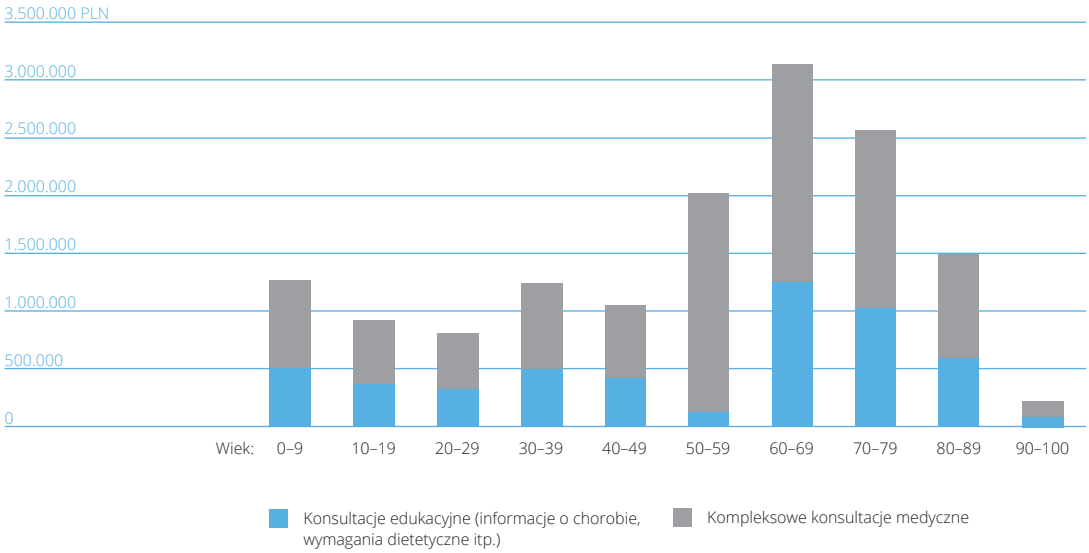

Źródło: Analiza Banku Światowego, 2017

## Konsultacje medyczne w ramach DM

Konsultacje będą zapewniane tak często, jak przewidują to ścieżki diagnostyczno-terapeutyczne, zgodnie z indywidualnymi potrzebami pacjenta. W programie pilotażowym konsultacje te **będą ustalane przede wszystkim w oparciu o ścieżki diagnostyczno-terapeutyczne** i nie będą ograniczone co do czasu ani nakładów. W przypadku wielu schorzeń u jednego pacjenta, zakłada się, że konsultacje kompleksowe i edukacyjne będą obejmować wszystkie choroby danego pacjenta.

Koszty związane z zarządzaniem chorobą bardzo się różnią w zależności do wieku: osoby w wieku 60 i więcej lat generują największe koszty.

Rys. 38: Koszt planu DM według wieku i typu konsultacji




Źródło: Analiza Banku Światowego, 2017

W projekcie pilotażowym powinna być zdefiniowana optymalna częstotliwość takich konsultacji, jak też inne działania nie objęte trybem FFS. Typy konsultacji i związane z nimi stawki przedstawione są powyżej. Badania diagnostyczne wynikające z konsultacji kompleksowych finansowane są z budżetu powierzonego na diagnostykę AOS.

Tabela 9: Konsultacje, ich częstotliwość i stawki

| | **Cena jednostkowa w PLN** | **Szacowana częstotliwość na osobę na rok** |
|---|---|---|
| Kompleksowe konsultacje medyczne | 120 | 1 |
| Konsultacje edukacyjne (postępowanie w związku z chorobą, porady dietetyczne, itp.) | 40 | 2 |

Źródło: Bank Światowy, 2017

W przypadku pacjentów z kilkoma schorzeniami na raz, konsultacje kompleksowe i edukacyjne prowadzone są w odniesieniu do wszystkich schorzeń razem, a także osobno. Konsultacja kompleksowa odbywa się nie częściej niż raz do roku, a poniżej przedstawiono wskaźnik prognozowanej redukcji częstotliwości konsultacji. Wskaźnik został zastosowany w modelu poprzez odpowiednie zmniejszenie liczby typów konsultacji pojedynczych.

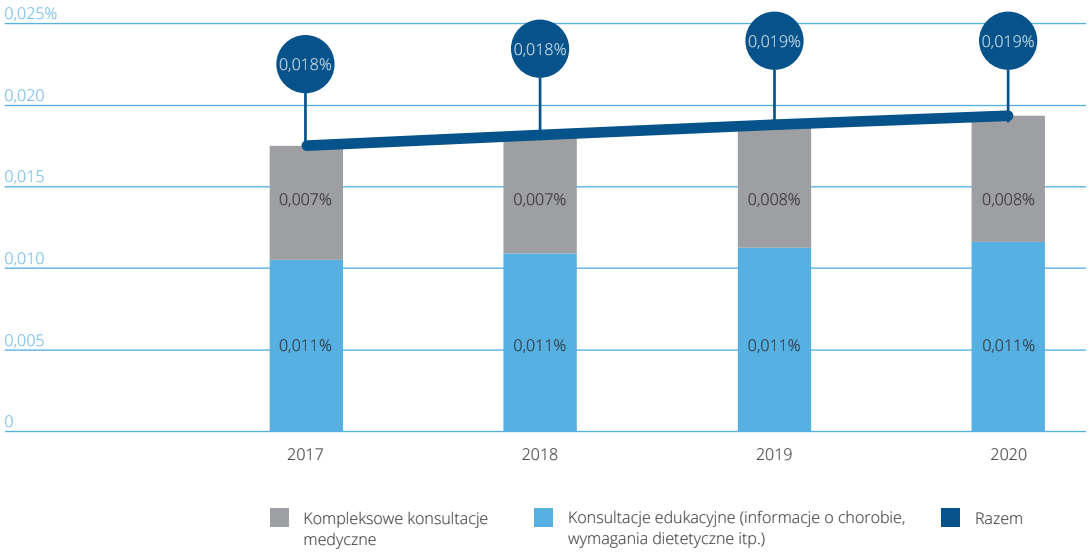
Tabela 10: Wskaźnik zmniejszenia liczby konsultacji kompleksowych

| | Wskaźnik redukcji | Liczba konsultacji po redukcji |
|---|---|---|
| Kompleksowe konsultacje medyczne | 0.75 | 0.75 |
| Konsultacje edukacyjne (postępowanie w związku z chorobą, porady dietetyczne, itp.) | 0.75 | 1.50 |

Źródło: Bank Światowy, 2017

Koszt DM w Modelu 2 w porównaniu z łącznymi wydatkami NFZ wynosi mniej niż 0.020% szacowanego budżetu NFZ.

Rys. 39: Struktura kosztów zarządzania przebiegiem choroby jako odsetek budżetu NFZ




Źródło: Bank Światowy, 2017

## Rehabilitacja

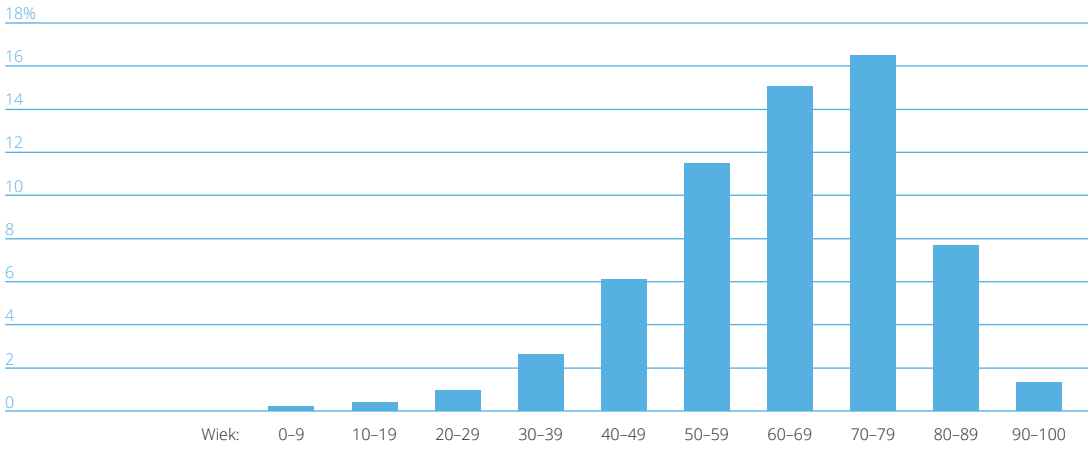
Instytucje uczestniczące w projekcie pilotażowym mogą korzystać ze środków przeznaczonych na konkretne świadczenia rehabilitacyjne. Na początku określony dla projektu zakres opieki obejmuje jedynie rehabilitację w przypadkach zespołów bólowych kręgosłupa i choroby zwyrodnieniowej stawów obwodowych. Kryteria objęcia i zakres świadczeń są opisane w odrębnym dokumencie.

Za organizację i koordynację świadczeń rehabilitacyjnych odpowiadają instytucje uczestniczące w projekcie pilotażowym. Maksymalny budżet na zakup tych świadczeń jest stały, wyliczony w oparciu o bieżące wykorzystanie świadczeń fizjoterapii, w podziale na grupy wiekowe jak niżej:

- 0–9 lat: 0.22%
- 10–19 lat: 0.40%
- 20–29 lat: 0.95%
- 30–39 lat: 2.61%
- 40–49 lat: 6.10%
- 50–59 lat: 11.48%
- 60–69 lat: 15.07%
- 70–79 lat: 16.53%
- 80–89 lat: 7.69%
- 90 i więcej lat: 1.33%

Struktura pacjentów korzystających ze świadczeń rehabilitacji w placówkach Modelu 2 jest przedstawiona na Rys. 40.

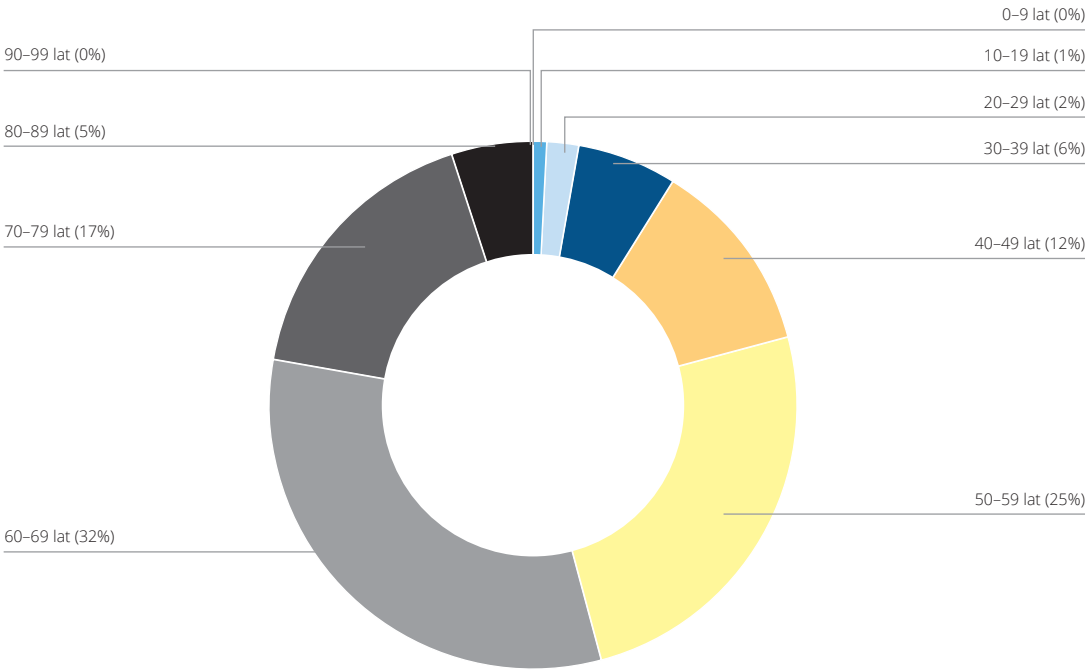
Rys. 40: Odsetek populacji objętej programem pilotażowym, otrzymującej świadczenia rehabilitacji w ramach Modelu 2




Źródło: Analizy Banku Światowego, 2017

Na świadczenia rehabilitacji placówka opieki zdrowotnej otrzymuje **powierzony budżet, szacowany na około 8.2 mln PLN rocznie**. Budżet wyliczany jest w oparciu o średni koszt rehabilitacji w ośrodkach fizjoterapii w roku 2015, zanotowany na poziomie **216 PLN na osobę**. Najwyższe koszty wiążą się z grupą wiekową 50–59 lat.

Rys. 41: Koszty świadczeń rehabilitacji w podziale na grupy wiekowe




Źródło: Analiza Banku Światowego, 2017

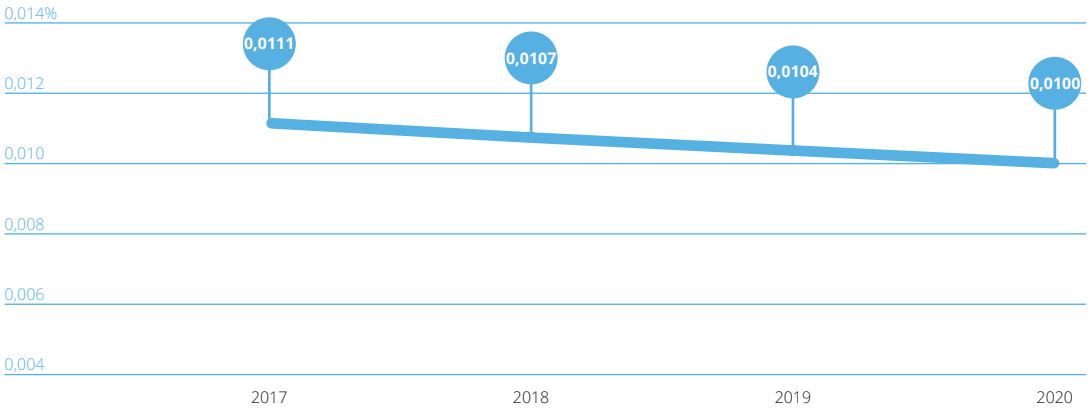
Ze względu na ograniczoną dostępność świadczeń rehabilitacyjnych, w szczególności dotyczących wskazań wymienionych powyżej, budżet dostępny dla pacjentów uczestniczących placówek zostaje podwojony, przy założeniu proporcjonalnego wzrostu liczby osób uzyskujących dostęp do takich świadczeń.

W związku z tym, stawki kapitacyjne są ustalane dla poszczególnych grup wiekowych jak poniżej:

- 0–9 lat: 0.48
- 10–19 lat: 0.86
- 20–29 lat: 2.06
- 30–39 lat: 5.64
- 40–49 lat: 13.17
- 50–59 lat: 24.80
- 60–69 lat: 32.55
- 70–79 lat: 35.71
- 80–89 lat: 16.62
- 90 i więcej lat: 2.87

Świadczenia rehabilitacyjne dla pacjentów w ramach Modelu 2, jako odsetek łącznego budżetu NFZ, szacowane są na poziomie poniżej 0.012%, zob. Rys. 42.

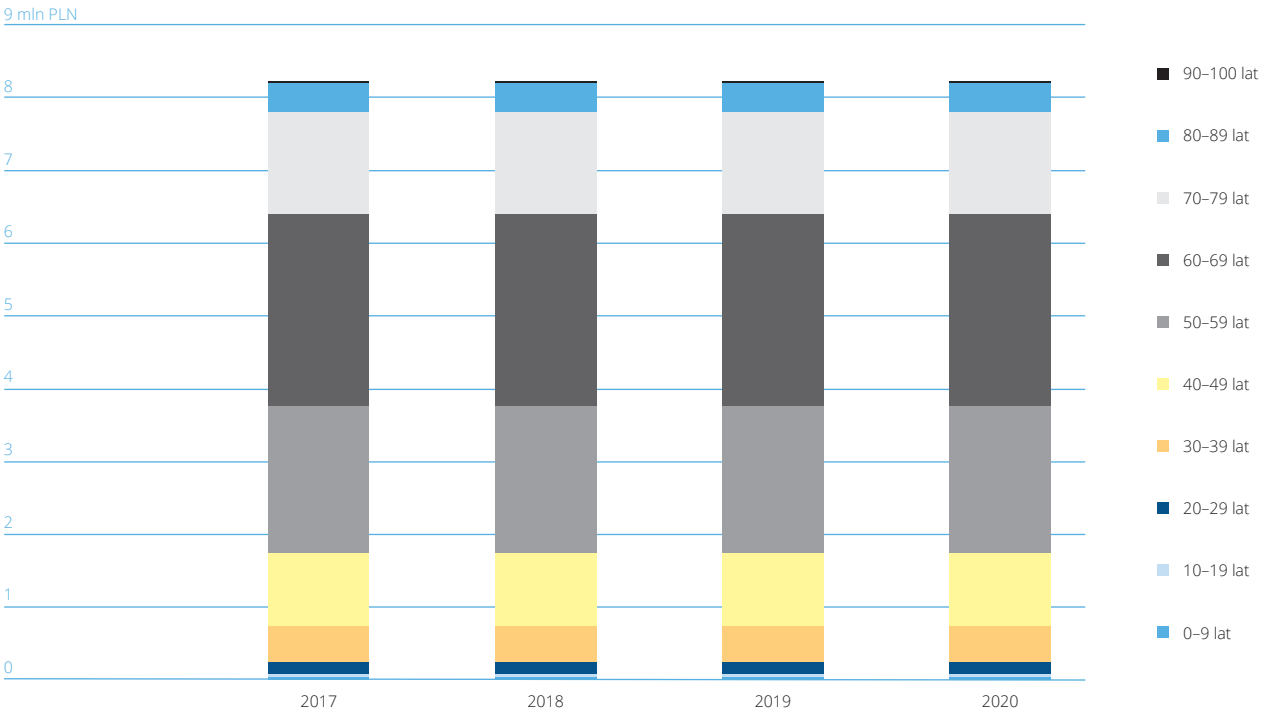
Rys. 42: Rehabilitacja jako odsetek budżetu NFZ




Źródło: Analiza Banku Światowego, 2017

Na Rys. 43 przedstawiono koszty rehabilitacji według wieku pacjentów, w czteroletnim okresie programu pilotażowego Modelu 2.

Rys. 43: Koszty rehabilitacji według wieku pacjentów




Źródło: Analiza Banku Światowego, 2017

## Dotacje na cele technologiczne i administracyjne

Placówki uczestniczące w programie pilotażowym są zobowiązane do wdrożenia i użytkowania systemów IT w celu rejestracji danych POZ, oraz do wymiany informacji z innymi instytucjami i z płatnikiem w trybie elektronicznym. W celu przejścia na zmodernizowane systemy IT (zakłada się, że bazowa infrastruktura już istnieje) konieczne są inwestycje. Rozwój systemów IT, w tym stacji do telekonsultacji, będzie kompensowany poprzez dotację technologiczną w wysokości **50 000 PLN,** wypłacaną w ratach przez cały okres programu pilotażowego.

Wartość dotacji technologicznej jest powiązana z cenami rynkowymi sprzętu i oprogramowania w przeliczeniu na stację roboczą lekarza i członków personelu wspierającego (pielęgniarki, recepcjoniści, koordynatorzy). Wartość dotacji dla danej placówki jest uzależniona od liczby pacjentów POZ (średnio 2 000). Dotacja wypłacana jest w czterech ratach w czteroletnim okresie trwania programu.

Lekarze-specjaliści AOS uczestniczący w programie pilotażowym muszą pracować na elektronicznej dokumentacji medycznej i w związku z tym otrzymają wsparcie na rozwój IT – dotację technologiczną. Kwota inwestycji w rozwój systemów IT na stacjach roboczych lekarzy specjalistów AOS została ustalona na poziomie **20 000 PLN wypłacanych w całym okresie trwania programu pilotażowego.**

Placówki uczestniczące w projekcie będą musiały realizować dodatkowe funkcje administracyjne i koordynacyjne, w szczególności w związku z naborem pacjentów do badań profilaktycznych, organizacją świadczeń dla pacjentów w ramach programów DM, etc. Aby pokryć koszty części tych działań, placówki otrzymają środki w przeliczeniu na osobę pod opieką, według szacunkowego założenia, że konieczne jest zatrudnienie jednej osoby na każde 1 500 pacjentów. Wynagrodzenie brutto jednej osoby zajmującej się nadzorem administracyjnym i koordynacją jest szacowane na **5 000 PLN miesięcznie.**

## Wypłata środków

Aby odpowiednio ustalić zachęty dla świadczeniodawców, płatności per capita powinny być zgodne z obecnie funkcjonującymi umowami pomiędzy NFZ a świadczeniodawcami.

Kiedy pacjent z chorobą przewlekłą z grupy chorób wybranych do Modelu 2 korzysta z opieki specjalistycznej płatnej na podstawie odrębnych kontraktów AOS, część dodatkowej kwoty w stawce kapitacyjnej, odpowiadająca kosztowi opieki nad tym pacjentem w ramach Modelu 2, zostanie zatrzymana na okres 6 miesięcy, poczynając od każdej rozliczanej konsultacji AOS. Zatrzymanie środków następuje w momencie powiadomienia świadczeniodawcy przez płatnika o naliczonych kwotach. W tym okresie pacjent nie jest uprawniony do świadczeń z kategorii Modelu 2.

## Budżet zadaniowy

Budżet zadaniowy powinien być alokowany na potrzeby rozliczania następujących świadczeń na bazie jednostkowej:

- skoordynowane programy prewencji i edukacji (zob. Załącznik 1);
- wybrane świadczenia z kategorii DM w zakresie chorób przewlekłych:
  - konsultacje kompleksowe;
  - konsultacje specjalistyczne: lekarz-lekarz, lekarz-pacjent, w tym telekonsultacje;
- konsultacje z zakresu fizjoterapii.

## Sporządzanie budżetu zadaniowego

Potrzebna jest alokacja odrębnego, zadaniowego budżetu na potrzeby jednostkowego rozliczania świadczeń w zakresie programów prewencji i edukacji oraz programów fizjoterapii. Z przyczyn organizacyjnych, w pierwszym roku programu pilotażowego świadczeniodawca może odstąpić od wdrożenia programów fizjoterapii.

## Dodatkowy zakres AOS

Wskazana jest elastyczność przy rozważaniu dołączania kolejnych zakresów świadczeń AOS, jak też większej liczby przychodni niż wcześniej wymienione 15. Płatności za dodatkowe zakresy świadczeń będą dokonywane na zasadzie kapitacyjnej, z możliwością przydziału dodatkowych środków na diagnostykę. Poniżej przedstawiono wstępną listę takich zakresów świadczeń:

- Psychiatria
- Diagnostyka TK
- Diagnostyka MRI
- Opieka stomatologiczna dla dzieci i młodzieży (w tym opieka stomatologiczna w szkołach)

## Wdrożenie środków motywacyjnych w zakresie opieki koordynowanej

Dla potrzeb wdrożenia opieki koordynowanej możliwe jest wprowadzenie innych zachęt dla następujących interesariuszy: (i) dla personelu medycznego: zachęty z zakresu etyki zawodowej, kultury organizacyjnej lub zachęty finansowe; (ii) dla pacjentów: poprawa stanu zdrowia lub zachęty finansowe; (iii) dla NFZ: kody społeczne, odpowiedzialność społeczna i zachęty finansowe.

W oparciu o początkowy rozwój i ocenę wdrożenia modelu, możliwe będzie włączenie zachęt dla pacjentów do modeli opieki koordynowanej. Zachętami dla pacjentów mogą być: indywidualne, spersonalizowane plany opieki zdrowotnej, aplikacje do samodzielnego zarządzania stanem zdrowia, rabaty na zapisy na siłownię oraz zmniejszenie niektórych wydatków pokrywanych z własnej kieszeni.

### Premia za wyniki

W programie pilotażowym możliwe jest wprowadzenie i rozwój środków oceny jakości opieki i rezultatów, które potencjalnie mogłyby być analizowane przez NFZ w celu uruchomienia dodatkowej premii, w formie np. zwiększonego współczynnika stawki kapitacyjnej. Potencjalne parametry to, między innymi:

- odsetek wykonanych wybranych badań przesiewowych,
- odsetek pacjentów z chorobami przewlekłymi z kategorii Modelu 2, którzy w ciągu ostatniego roku skorzystali z konsultacji kompleksowych,
- wyniki ankiety satysfakcji pacjentów.

Wskaźniki te mogą służyć jako podstawa do wyliczenia premii, oceny poprawy w stosunku do wcześniejszych wyników, bądź też dla porównania z wynikami osiąganymi przez innych świadczeniodawców uczestniczących w programie pilotażowym (benchmark).

Narzędzia te mogą również być wykorzystane jako benchmark jakości i rezultatów osiąganych w poszczególnych jednostkach, a tym samym motywować jednostki do poprawy wyników i dzielenia się doświadczeniami i wnioskami wyciągniętymi w początkowym okresie programu pilotażowego.

## Raportowanie

Sprawozdania z realizacji świadczeń będą składane do NFZ co miesiąc, za pośrednictwem oprogramowania płatnika (np. odpowiednio zmodyfikowany Portal Świadczeniodawcy). Sprawozdania będą składane w trybie spersonalizowanym, na pacjenta i na personel medyczny, z podaniem lokalizacji placówki, która zrealizowała świadczenie.

Zakres wymogów sprawozdawczych:

- Pacjenci objęci standardowym kontraktem POZ;
- Pacjenci AOK:
  - dane niezbędne do ustalenia stawki kapitacyjnej;
  - świadczenia zapewniane w każdym z obszarów (POZ, AOS, REH), w tym świadczenia płatne osobno w ramach budżetu zadaniowego;
  - badania diagnostyczne z pakietu AOK.

W oparciu o comiesięczne sprawozdania składane przez świadczeniodawcę, NFZ odsyła sprawozdania obejmujące, między innymi, następujące informacje:

- liczba pacjentów z potwierdzonymi deklaracjami AOK,
- potwierdzone świadczenia, finansowane odrębnie w ramach budżetu zadaniowego,
- świadczenia AOS realizowane na rzecz „zapisanych" pacjentów (z deklaracjami) poza systemem AOK – z podaniem informacji o tym, gdzie świadczenie zostało zrealizowane, przez kogo, kiedy i za ile.

  Do rozważenia: zastosowanie ICPC (International Classification for Primary Care, Międzynarodowa Klasyfikacja Podstawowej Opieki Zdrowotnej) dla potrzeb sprawozdawczości AOK.

# Budowanie potencjału

## Wsparcie wdrożenia

Istnieje potrzeba stworzenia zestawu narzędzi wdrożeniowych, wspierających pilotaże opieki koordynowanej. Narzędzia te mogą być na różnym etapie rozwoju, uwzględniając te obecnie opracowywane przez NFZ, jak np. ścieżki diagnostyczno-terapeutyczne, jak również narzędzia komunikacji pomiędzy świadczeniodawcą a pacjentem, narzędzia z zakresu prewencji i interwencji, zarządzania, a także nowe koncepcje narzędzi dotyczących reguł i systemów kontroli, zbierania danych oraz monitoringu i ewaluacji modeli. Jest to uważane za odrębne działanie, jedno z pierwszych, jakie powinny być podjęte podczas wdrożenia modelu pilotażowego i kontynuowane w całym okresie realizacji programu pilotażowego. Wersja robocza podręcznika wdrożenia przeznaczonego dla świadczeniodawców, w języku polskim, znajduje się w Załączniku 4.

W ramach tego komponentu finansowana będzie gotowość świadczeniodawców, wsparcie merytoryczne (technical assistance) i budowa potencjału w zakresie wdrożenia nowego pakietu usług. Finansowane będą następujące aspekty:

- Poprawa bazowego potencjału świadczeniodawców i obszary, w których niedostateczna podaż przeszkadza w realizacji rozszerzonego pakietu świadczeń; główne metody budowania potencjału to: zatrudnienie dodatkowego personelu medycznego, dostarczenie nowego i zmodernizowanego wyposażenia medycznego, wspierającego realizację pakietu świadczeń, jednak bez inwestycji w infrastrukturę czy skomplikowany sprzęt.
- Krótkoterminowe kursy odświeżające wiedzę dla potrzeb szkolenia personelu medycznego w zakresie: diagnostyki i realizacji nowo wprowadzonych rozszerzonych pakietów świadczeń, protokołów klinicznych, szkolenia technicznego podczas pracy oraz korzystania z wyposażenia. Szczególny nacisk położono na szkolenie personelu w zakresie zmiany modelu realizacji świadczeń z obecnego, skoncentrowanego na opiece leczniczej, w kierunku prewencji i edukacji.
- Wsparcie merytoryczne i szkolenie personelu wspierające zarządzanie programem, w zakresie np. zarządzania umowami, wymogów w zakresie monitoringu i sprawozdawczości.
- Modernizacja i rozbudowa systemu informacji zdrowotnych i szkolenie personelu w zakresie posługiwania się oprogramowaniem.

Działania z zakresu budowy potencjału mogą być realizowane jako odrębne szkolenia i wsparcie, i finansowane w ramach projektów ze środków UE. Działania w zakresie budowy potencjału powinny być zaprojektowane i wdrożone przez BWP.

# Zarządzanie i rozwój kompetencji płatnika

Płatnik, który jest beneficjentem projektu, prowadzi działania w zakresie zarządzania projektem w ramach Biura Wdrażania Projektu (BWP) i rozwija swoje kompetencje w zakresie nabywania, kontrolowania i zarządzania opieką w systemie koordynowanej opieki zdrowotnej.

Zatrudnienie osób zaangażowanych pomaga w rozwoju kompetencji beneficjenta; zatrudnione na tym etapie osoby w przyszłości będą stanowić rdzeń struktury płatnika. Płatnik opracowuje model opieki koordynowanej na poziomie krajowym, jest też wyposażony w nowe narzędzia IT dla potrzeb obsługi projektu pilotażowego oraz nowych, obecnie nie realizowanych funkcji, jak np. wymiana dokumentacji, rejestrowanie danych medycznych.

# Narzędzia stratyfikacji

**Identyfikacja przypadków** – podejście pozwalające na identyfikację populacji pod kątem konkretnego celu lub leczenia, np. palaczy – na potrzeby działań prewencyjnych, lub osób starszych – na potrzeby szczepień przeciwko grypie, etc. (11)

**Segmentacja populacji** – Segmentacja populacji to działanie polegające na grupowaniu populacji danej kohorty w zależności od zarówno rodzaju, jak i częstotliwości wymaganej opieki (12).

Większość lekarzy dokonuje segmentacji grupy swoich pacjentów w sposób intuicyjny, aby zapewnić im lepszą opiekę i prewencję – np. pacjenci powyżej 75. roku życia, pacjenci z cukrzycą. Istnieje wiele powodów, dla których grupowanie populacji w ten sposób jest ważne; pozwala to między innymi na lepsze zrozumienie potrzeb różnych grup w populacji, zdefiniowanie kombinacji rodzajów opieki potrzebnych pacjentom, umożliwia priorytetyzację oraz wprowadzanie nowych modeli zachęt dla świadczeniodawców. Umożliwia także lepsze monitorowanie przyjętego podejścia i ewentualne zmiany. Istnieją cztery podejścia do segmentowania populacji:

- Stratyfikacja ryzyka (ryzyko wykorzystania świadczenia)
- Wiek i stan zdrowia
- Czynniki społeczne i demograficzne
- Zachowanie

Najpowszechniejsze są pierwsze i drugie podejście.

Kluczowa zasada segmentacji populacji mówi, że połączony zbiór poszczególnych segmentów musi w wyniku obejmować całą populację danej kohorty: to oznacza, że na każdym etapie swojego życia pacjent będzie reprezentowany tylko w jednym segmencie. Osoby znajdujące się w tym samym segmencie muszą mieć podobne potrzeby zdrowotne, wymagać podobnego typu i częstotliwości opieki, mieć te same priorytety w zakresie opieki zdrowotnej. Równocześnie, każdy z segmentów musi mieć cechy specyficzne, wyróżniające go spośród innych. Jeśli segmentacja nie spełnia tych dwóch kryteriów, będzie dla świadczeniodawcy niepraktyczna lub myląca. (13)

Menedżerowie opieki zdrowotnej i koordynatorzy opieki muszą zapewnić, iż wszystkie świadczenia i opieka dostarczona segmentowanym grupom racjonalnie spełnia potrzeby każdej z osób znajdujących się w tych grupach. (14)

## Stratyfikacja

Stratyfikacja ryzyka definiowana jest jako „proces statystyczny w celu ustalenia obserwowalnych charakterystyk związanych z podwyższonym prawdopodobieństwem wyniku niepożądanego" (14).

Dla lepszego zarządzania pacjentami, należy wprowadzić pewne elementy stratyfikacji ryzyka i zarządzania przebiegiem choroby. Konieczne jest zaprojektowanie odrębnego modelu zarządzania ryzykiem.

Stratyfikacja ryzyka to narzędzie systemowe, prognozujące, w jaki sposób populacja (bądź podgrupa populacji) będzie korzystać ze świadczeń, oraz kto niesie największe ryzyko pogorszenia stanu zdrowia lub zapotrzebowania na wyższe poziomy opieki.

Istnieje kilka metod stratyfikacji ryzyka, jednak wszystkie w takim czy innym stopniu oparte są na ocenie schorzeń współistniejących. Schorzenia współistniejące to sytuacja, w której pacjent cierpi na więcej niż jedną chorobę. Choroby współistniejące mogą powodować zwiększenie ryzyka i kosztów opieki. Szacuje się, że pacjent z współistniejącymi chorobami przewlekłymi może generować koszty siedmiokrotnie wyższe niż pacjent z jedną chorobą przewlekłą. Wiedza o tym, którzy pacjenci cierpią na współistniejące choroby przewlekłe, jest użyteczna dla koordynatorów/menedżerów opieki zdrowotnej. Główną korzyścią płynącą ze stratyfikacji ryzyka, oprócz identyfikacji świadczeniobiorców w obrębie kohorty, jest stworzenie platformy komunikacyjnej i określenie wspólnych celów dla pacjentów i świadczeniodawców, jak też ułatwienie koordynacji działań podejmowanych przez różnych świadczeniodawców.

Choć stratyfikacja ryzyka jest szeroko stosowana, jej wadą jest to, iż koncentruje się na opiece doraźnej. W związku z tym, grupy ryzyka mogą nie być stabilne z roku na rok. Co więcej, narzędzia przewidywania ryzyka same w sobie nie mają wpływu na rezultaty w zakresie stanu zdrowia populacji, wymagają połączenia z odpowiednimi interwencjami i zmianami behawioralnymi wynikającymi z oceny ryzyka. (15)

## Segmentacja według wieku i stanu zdrowia

W ramach tego podejścia populacja jest najpierw dzielona na grupy wiekowe, a następnie na podgrupy w oparciu o jednostki chorobowe. Wielu świadczeniodawców opieki koordynowanej preferuje takie właśnie podejście, ponieważ jest łatwe do zdefiniowania i zrozumienia, a grupy pozostają mniej więcej stabilne w miarę upływu czasu. Pomimo wielu zalet, wady takiego podejścia obejmują między innymi potencjalny brak zgody co do „właściwych" rozgraniczeń zastosowanych dla potrzeb stworzenia segmentów. Może to rozmyć skuteczność segmentów w zakresie ustalania właściwego typu opieki dla pogrupowanych pacjentów.

W celu wykonania prawidłowej i rzetelnej segmentacji według wieku i stanu zdrowia, ważne jest, by w analizie uwzględnić: (16)

- osąd wielu specjalistów z różnych dziedzin, np. medycyny, aspektów socjalnych, zdrowia publicznego, oraz innych interesariuszy;
- pogłębioną analizę zbioru danych dotyczących opieki koordynowanej i opieki socjalnej;przegląd modeli grupowania stosowanych międzynarodowo.

## Zarządzanie chorobą

Według Epstein et al. (1996), zarządzanie przebiegiem choroby oznacza „zastosowanie bezpośredniego, opartego na populacji, systematycznego podejścia w celu identyfikacji osób obarczonych ryzykiem, zastosowania interwencji w postaci konkretnych programów opieki, a następnie pomiar rezultatów klinicznych." (17)

Dellby (1996) identyfikuje trzy elementy zarządzania przebiegiem choroby:

- „baza wiedzy, kwantyfikująca strukturę ekonomiczną choroby i obejmująca wytyczne w zakresie opieki, jaka powinna być zapewniona, przez kogo i w jakich okolicznościach, dla każdego elementu procesu;
- system realizacji opieki pozbawiony tradycyjnych rozgraniczeń pomiędzy medycznymi specjalizacjami i instytucjami;
- proces ciągłej poprawy, który rozwija i udoskonala bazę wiedzy, wytyczne i system realizacji." (18)

W niedawnym opracowaniu, w 2004 r., Faxon et al. zdefiniowali tę koncepcję jako „multidyscyplinarny wysiłek w celu poprawy jakości i efektywności kosztowej opieki nad wybranymi pacjentami cierpiącymi na choroby przewlekłe" (19)

W 2006 r., Disease Management Association of America włączyło do swojej definicji aspekt samodzielnego leczenia i zdefiniowało DM jako „system skoordynowanych interwencji opieki zdrowotnej i komunikacji dla populacji

i chorób, w których pacjenci podejmują znaczące własne wysiłki w ramach leczenia".

**Zarządzanie przebiegiem choroby jest częścią pakietu Modelu 2. Należy opracować szczegółowe narzędzia zarządzania ryzykiem w celu wzmocnienia i wdrożenia modeli opieki koordynowanej.**

# Zarządzanie projektem i monitorowanie

Celem komponentu jest zapewnienie skuteczności i efektywności aspektów regulacyjnych, administracyjnych i wdrożeniowych związanych z pilotażem NFZ. Uwzględniono także skuteczność kontraktowania świadczeniodawców przez NFZ. Z myślą o realizacji tak zarysowanego celu, w ramach prezentowanego komponentu przewidziano finansowanie następujących elementów:

- **Utworzenie Biura Wdrażania Projektu (BWP),** w tym zatrudnienie personelu, zabezpieczenie sprzętu, ustalenie kosztów operacyjnych i rozliczanie płatności dla świadczeniodawców. Szczegółowy opis ról i zadań BWP przedstawiono w kolejnym podrozdziale.
- **Monitorowanie programu**, poszerzenie potencjału BWP w zakresie monitorowania wyników świadczeniodawców, w tym zaprojektowanie systemu M&E oraz Systemu Informacji Medycznej (SIM), oprogramowanie i oprzyrządowanie, sprawozdawczość.
- **Budowa kompetencji i wsparcie merytoryczne dla BWP**.
- **Ankiety satysfakcji,** możliwość zatrudnienia firmy zewnętrznej do oceny poziomu satysfakcji pacjentów i świadczeniodawców w związku z wprowadzanym modelem.

W gestii NFZ leży całościowa koordynacja działań projektowych oraz zarządzanie projektem w ścisłej współpracy z licznymi partnerami strategicznymi i wdrażającymi, takimi jak, między innymi, świadczeniodawcy POZ, poradnie, szpitale i MZ.

Zaleca się również ukonstytuowanie Komitetu Sterującego, który ma analizować wyzwania pojawiające się w trakcie realizacji projektu i podejmować odpowiednie działania, zarówno na poziomie strategicznym, jak i programowym. Na czele Komitetu stoi NFZ, a członkami są kluczowi interesariusze.

Rekomenduje się utworzenie BWP, działającego w ramach NFZ, odpowiedzialnego za bieżące zarządzanie programem pilotażowym. BWP nie tylko koordynuje proces realizacji projektu pod względem merytorycznym, ale pełni też funkcję sekretariatu projektu. BWP kieruje (i) planowaniem, wykonaniem i nadzorem nad działaniami podejmowanymi w ramach projektu; (ii) zarządzaniem środkami finansowymi projektu, w tym weryfikacją/zatwierdzaniem danych i płatnościami na rzecz świadczeniodawców, a także (iii) monitorowaniem aktywności i rezultatów projektu oraz sprawozdawczością.

W skład BWP powinni wejść urzędnicy NFZ (służba cywilna), pełnoetatowi konsultanci NFZ, a także pracownicy zatrudnieni ze środków programu pilotażowego w pełnym wymiarze godzin. Członkowie BWP podczas pilotażu zostaną przeszkoleni w zakresie swoich obszarów zadań i różnych aspektów całego procesu, takich jak na przykład monitorowanie i ewaluacja czy planowanie finansowe.

**W skład Biura Zarządzania Projektem mogą wejść następujące osoby:**

- Koordynator projektu pilotażowego
- Zatrudniony w niepełnym wymiarze godzin specjalista ds. finansów i księgowości
- Specjalista ds. IT
- Specjaliści ds. SIM
- Specjaliści ds. M&E
- Koordynatorzy zamiejscowi
- Asystenci administracyjni
- Specjalista ds. weryfikacji/zatwierdzania danych

# Podsumowanie obowiązków BWP związanych z wdrażaniem projektu

1. Rola doradcza w zakresie kontraktowania świadczeń i opłacania świadczeniodawców;
2. Wspieranie działań projektowych i zabezpieczanie ich przebiegu, zgodnie z wcześniej ustalonym planem i harmonogramem;
3. Zabezpieczenie aktywnego monitorowania przebiegu realizacji projektu pod kątem jakości i wyników;
4. Opracowanie i prowadzenie SIM w celu monitorowania realizacji projektu i zakładanych celów;
5. Organizowanie ewaluacji projektu pilotażowego w oparciu o wskaźniki z monitorowania, analizy i odpowiednią metodologię;
6. Organizowanie i realizowanie szkoleń dla świadczeniodawców zaangażowanych w projekt pilotażowy;
7. Usprawnianie komunikacji na linii NFZ – świadczeniodawcy, a także wspieranie tych ostatnich w komunikacji z pacjentami.

## Podsumowanie obowiązków BWP związanych z monitorowaniem i ewaluacją

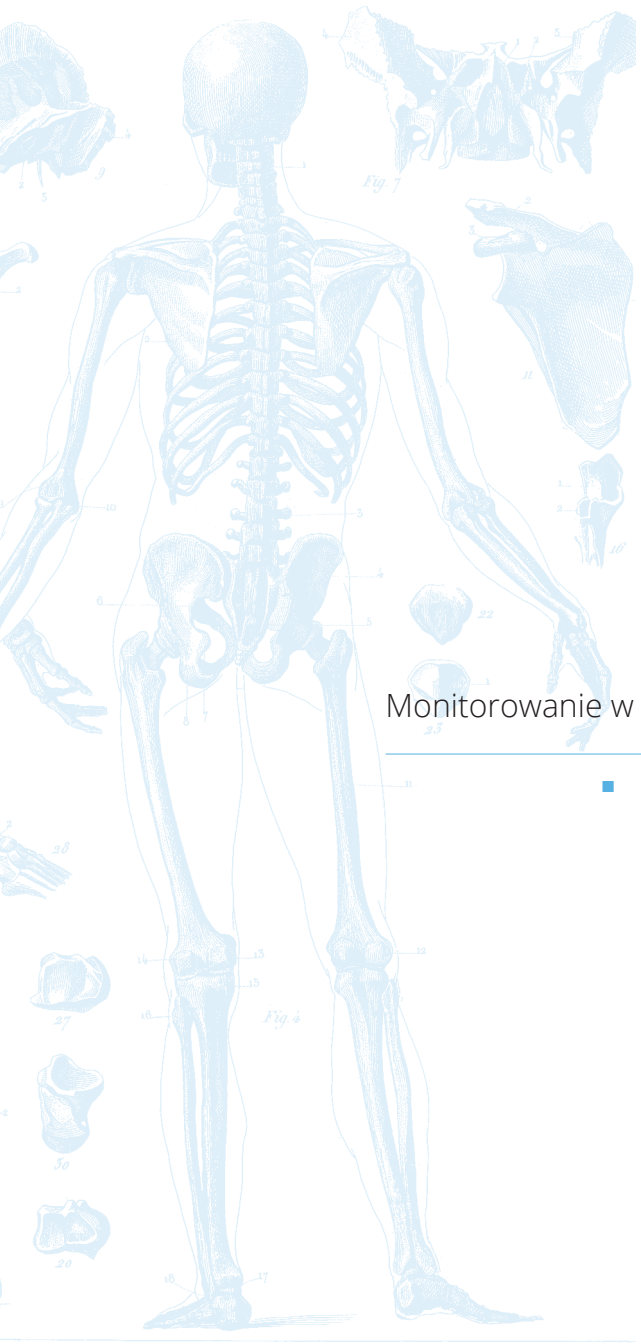
BWP odpowiada za monitorowanie przebiegu projektu, w tym za jego planowanie i realizację oraz monitorowanie i ewaluację postępów, a także sporządzenie raportów na temat przebiegu projektu. Budowa potencjału i kompetencji BWP może się odbywać poprzez działania skoncentrowane na przekazywaniu wiedzy w połączeniu z pochodzącą z zewnątrz pomocą techniczną w dziedzinie kontraktowania, mechanizmów opłacania świadczeniodawców, monitorowania i ewaluacji (M&E), doskonalenia systemów zarządzania informacją, pozyskania i utrzymania sprzętu informatycznego, etc.

Tabela 11: Przygotowanie świadczeniodawców do realizacji usług

| | |
|---|---|
| Spotkanie informacyjne | BWP przedstawia świadczeniodawcom cele programu i szczegóły dotyczące wdrożenia, takie jak: szkolenie, kampania informacyjna, komunikacja, niezbędne zmiany organizacyjne i wymogi sprawozdawcze. |
| Podpisanie kontraktu ze świadczeniodawcą | BWP przekazuje wskazówki dotyczące procesu podpisywania kontraktów ze świadczeniodawcami. BWP uczestniczy w płatności za gotowość (dostosowanie) zgodnie z harmonogramem płatności. |
| Świadczeniodawca wdraża plan dostosowawczy, realizuje kampanię informacyjną i uczestniczy w szkoleniach dotyczących pilotażu | BWP instaluje sprzęt i aplikacje SIM, przeprowadza szkolenie, weryfikuje gotowość po stronie świadczeniodawcy. |
| Rejestracja beneficjentów i realizacja świadczeń | Świadczeniodawcy rejestrują beneficjentów i przystępują do realizacji świadczeń. Harmonogram płatności: patrz rozwiązania dotyczące realizacji świadczeń. Dodatkowe informacje: patrz rozdział poświęcony monitorowaniu i ewaluacji. |

Źródło: Bank Światowy, 2017

# Monitorowanie i ewaluacja



Monitorowanie wdrożenia programu pilotażowego jest niezbędne z następujących powodów: (i) umożliwia wczesną identyfikację wyzwań związanych z wdrożeniem i podjęcie na czas odpowiednich działań korygujących; (ii) regularnie dostarcza NFZ, MZ, świadczeniodawcom i innym interesariuszom informacji odnośnie postępów realizacji celów pilotażu; (iii) pomaga objaśnić wnioski z ewaluacji, dostarczając informacje kontekstowe dotyczące tego, w jaki sposób projekt osiągnął sukces lub nie.

Wskaźniki dotyczące jakości to jasno określone i wymierne parametry odnoszące się do: struktur (np. środowisko, w jakim realizowane są świadczenia), procesów (np. świadczenia udzielane pacjentowi) oraz osiąganych rezultatów (np. umieralność). (20) (21) Do pożądanych atrybutów wskaźników jakościowych zaliczamy: jednoznaczność i łatwość pomiaru, jasną definicję populacji, jaka ma zostać włączona do pomiaru oraz kontekst, którego dotyczą wskaźniki, a także wyraźny związek między miarami dotyczącymi procesu a efektami zdrowotnymi. (22) Zgodnie z anglojęzycznym akronimem SMART, elementy poddawane monitorowaniu przy pomocy tych wskaźników powinny być konkretne, wymierne, osiągalne, realistyczne i osadzone w czasie. (23)

## Monitorowanie w ramach projektu pilotażowego

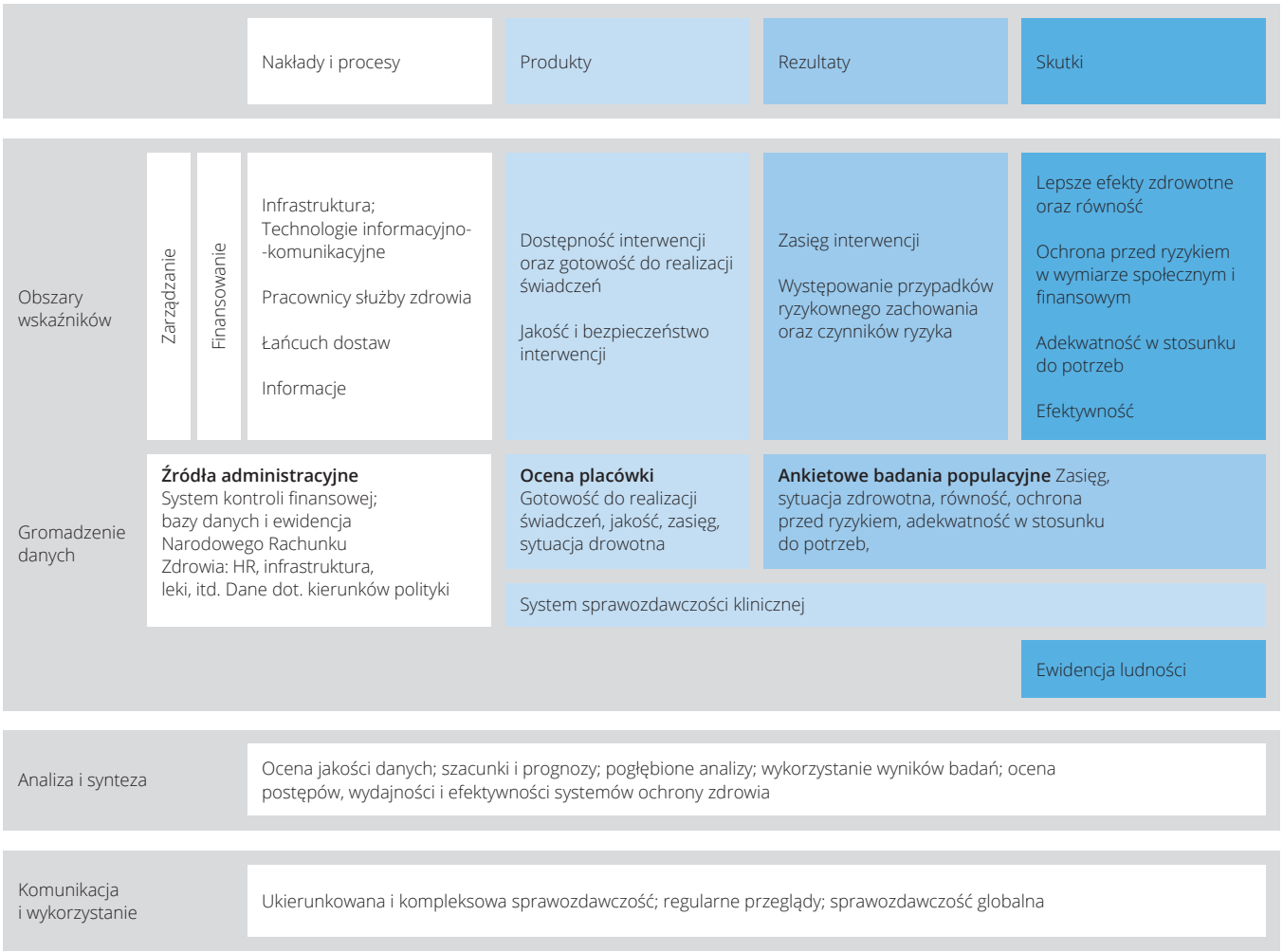
- **Utworzenie w ramach SIM systemu monitorowania obejmującego:** (i) roczne plany pracy, cele, produkty, wskaźniki i rezultaty dla każdego komponentu; (ii) dane wyjściowe, jeśli są dostępne, dla każdego wskaźnika rezultatu, oraz (iii) przyjazny dla użytkownika format wprowadzania danych i wbudowaną metodykę, aby umożliwić automatyczną aktualizację celów i wyników oraz dostarczyć informacji na temat braków w realizacji celów, jako sygnał ostrzegawczy dla agencji wdrażających. Najważniejsze jest systematyczne pozyskiwanie danych dotyczących wcześniej zdefiniowanych wskaźników i związanych z nimi wyników, dzięki czemu kierownictwo i kluczowi interesariusze będą mieli wgląd w postępy w przebiegu projektu, osiągane wyniki oraz stan wydatkowania budżetu. Dane są gromadzone i uzgadniane z bazami danych świadczeniodawców, ze szczególnym uwzględnieniem realizacji świadczeń w ramach pakietów rozszerzonych. Bez tego trudno mówić o podejmowaniu świadomych decyzji co do postępów w realizacji celów projektu. System monitorowania wymaga systematycznych i wiarygodnych danych oraz analiz dotyczących terminowego zakończenia

działań i osiągnięcia zamierzonych rezultatów, a także ewentualnych niezamierzonych skutków – zarówno pozytywnych, jak i negatywnych.

- **Poziom strategiczny (rezultaty):** (i) zdefiniowanie wartości referencyjnych i celów jako miar sukcesu projektu, a także skonsolidowanie oczekiwanych produktów/rezultatów wszystkich komponentów projektu w jednolity plan, będący punktem odniesienia do monitorowania wyników na tle wspomnianych wartości referencyjnych i celów; (ii) stworzenie centralnego systemu monitorowania i ewaluacji z myślą o skonsolidowanym monitorowaniu, pomiarze i raportowaniu rezultatów projektu; (iii) nadzór nad procesem wdrożeniowym i jednocześnie pełnienie funkcji głównego łącznika na linii opracowanie projektu – tworzenie systemu M&E, a także obejmująca wszystkich interesariuszy koordynacja wewnętrzna i zewnętrzna.

- **Poziom programowy (produkty i nakłady):** (i) wsparcie w projektowaniu i wdrażaniu różnych rozwiązań związanych z monitorowaniem pilotażu, a także ustaleniu wartości referencyjnych oraz wskaźników wydajności i rezultatu służących jako miara sukcesu podejmowanych działań zarówno na szczeblu strategicznym, jak i programowym; (ii) przygotowanie specyfikacji istotnych warunków zamówienia (SIWZ) dla ewaluacji zewnętrznej, podpisanie kontraktu z podmiotem prowadzącym ewaluację, koordynacja i nadzór nad procesem ewaluacji; (iii) nadzór nad przebiegiem i efektami wdrożenia najważniejszych inicjatyw związanych z monitorowaniem i powiązanie ich z rezultatami projektu pilotażowego, wsparcie w rekrutacji odpowiednich ekspertów i personelu, a także rekomendowanie ulepszeń z myślą o poprawie skuteczności wspomnianych inicjatyw; (iv) zapewnienie aktywnego monitorowania postępów osiąganych w ramach projektu pod względem wydajności i jakości; (v) gromadzenie, ewidencjonowanie i śledzenie danych potrzebnych do ram wyników; (vi) zabezpieczenie weryfikacji i walidacji świadczeń medycznych na szczeblu świadczeniodawców i zewnętrznych placówek opieki zdrowotnej.

Schemat 1: Ramy monitorowania i ewaluacji




Źródło: WHO, lista głównych globalnych wskaźników zdrowotnych (2015)

# Wskaźniki do ewaluacji pilotażu

Po pierwsze, po wstępnym zatwierdzeniu modelu, należy opracować wszechstronny opis ram wyników pilotażu, zawierający katalog wskaźników do kompleksowego monitorowania programu pilotażowego, opis każdego wskaźnika, jednostkę miary, wartości wyjściowe i docelowe, częstotliwość pozyskiwania danych oraz podział odpowiedzialności za ich gromadzenie. Ramy wyników są sprawdzane podczas przeglądu cząstkowego pod kątem dokonanych postępów i ewentualnych korekt. Wówczas ocenia się adekwatność celów, wskaźników, itd., a w razie potrzeby, bierze się pod uwagę przemodelowanie programu pilotażowego.

Ewaluacja jest niezbędna, by ustalić, czy cele programu pilotażowego zostały osiągnięte. Ewaluacja ma mierzyć skutki pilotażu jako wkład w proces decyzyjny NFZ odnośnie wdrażania w Polsce modelu opieki koordynowanej.

## Ewaluacja merytoryczna

W ramach ewaluacji oceniający (i) weryfikuje stan zaawansowania programu na tle założonych celów; (ii) przeprowadza niezależną ankietę satysfakcji użytkownika, której wyniki są wpisywane do ram wyników; (iii) weryfikuje świadczenia otrzymane przez beneficjentów na podstawie niezależnej kontroli próbki placówek opieki zdrowotnej pod względem poprawności ewidencji, ilości i jakości świadczeń oraz sprawozdawczości, a także próbki gospodarstw domowych – beneficjentów, pod względem weryfikacji ewidencji i otrzymanych świadczeń; (iv) określa skutki pilotażu dla wykorzystania świadczeń przez gospodarstwa domowe, a także (v) ocenia zdolność świadczeniodawców do realizacji usług wysokiej jakości.

BWP dostarcza oceniającemu niezbędne dane wyjściowe potrzebne do przeprowadzenia ewaluacji. Źródła danych to, między innymi:

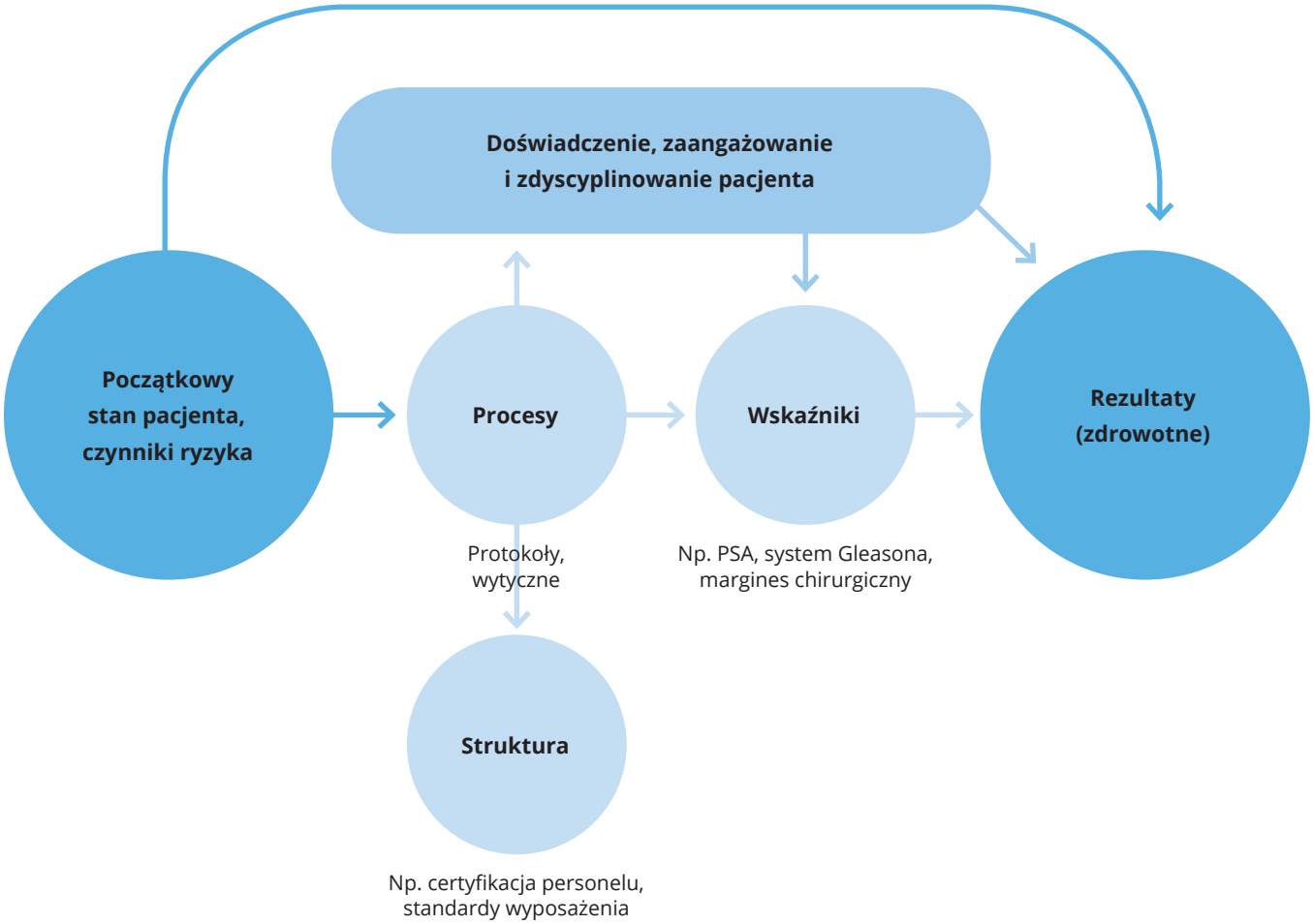
- Dane dla wybranych wskaźników zbierane rutynowo od świadczeniodawców za pośrednictwem SIM;
- Dane na temat konsumpcji świadczeń POZ zbierane rutynowo przez Departament POZ;
- Dostępne dane dotyczące jakości usług, w tym wypełnione listy kontrolne poświęcone tematyce jakości oraz wskaźniki jakościowe gromadzone za pośrednictwem SIM;
- Dostępne dane umożliwiające weryfikację ilości świadczeń i satysfakcji pacjentów, w tym wypełnione ankiety satysfakcji pacjenta;
- Wyniki wszelkich poprzednich ewaluacji przeprowadzonych przez BWP.

**Chcąc zagwarantować skuteczne monitorowanie powyższych parametrów, organizatorzy projektu pilotażowego muszą opracować odpowiednie narzędzie informatyczne umożliwiające gromadzenie danych i analizę placówek.** Grupa kontrolna składa się z pacjentów niebiorących udziału w Modelu 2, pacjentów zapisanych do innych świadczeniodawców oraz pacjentów zapisanych do świadczeniodawców uczestniczących w Modelu 2, którzy jednak zdecydowali się na tradycyjny model opieki. Warto również ocenić jakość opieki w placówkach przed i po wprowadzeniu modelu opieki koordynowanej, aby w ten sposób trafniej wychwycić potencjalne skutki programu.

## Wskaźniki rezultatu

Jak zaznaczono na poprzednich stronach raportu, wskaźniki rezultatu dla opieki koordynowanej zostały opracowane w drodze pogłębionych dyskusji poświęconych modelom opieki koordynowanej dla Polski, prowadzonych w gronie różnych interesariuszy: pacjentów, świadczeniodawców, MZ i NFZ.

Schemat 2: Wskaźniki rezultatu




Źródło: Prezentacja prof. Michaela Portera podczas OECE Health forum, Paryż 2017 r.

Wskaźniki rezultatu dla ewaluacji opieki koordynowanej w Polsce oparte są na międzynarodowych benchmarkach, lecz zostały dostosowane do polskiego kontekstu, z uwzględnieniem dostępności danych i ekspertyz co do dostępnych systemów sprawozdawczych. Wskaźniki nie wymagają tworzenia nowych struktur sprawozdawczych, lecz bardziej efektywnego wykorzystania struktur już istniejących.

Wybrane wskaźniki charakteryzują się następującymi cechami:

- Wykonalność – są już gromadzone przez więcej niż jeden kraj;
- Wartość naukowa – wskaźniki są rzetelne i wiarygodne;
- Przydatność interpretacyjna – prowadzą do jasnych konkluzji dla decydentów;
- Praktyczność – nadają się do bezpośredniego wdrożenia w systemie ochrony zdrowia;
- Istotność – odnoszą się do schorzeń stanowiących poważny problem pod względem zagrożenia chorobowego oraz kosztów opieki w polityce zdrowotnej państwa.

Wskaźniki wyników mają kluczowe znaczenie z punktu widzenia wykonywanych przez MZ analiz na poziomie makro i mogą zawierać ważne informacje dotyczące szeregu czynników, zarówno na szczeblu krajowym, jak i systemowym. Właśnie z uwagi na znaczenie tych wskaźników, niezwykle istotna jest staranna ocena i odpowiednia ilość czasu na prace analityczne.

W przypadku Modelu 2 bardziej użyteczne mogą być miary procesowe oraz produkty, ponieważ odnoszą się do poziomu organizacyjnego lub wręcz indywidualnego.

Model opieki koordynowanej ocenia się według kilku obszarów:

Tabela 12: Obszary ewaluacji systemu opieki koordynowanej

| **Wartość wskaźnika** | **Obszar do ewaluacji** | **Proponowany obszar do monitorowania** | **Wskaźniki** |
|---|---|---|---|
| 0–1 | Dostęp do opieki zdrowotnej | Dostęp do opieki – mierzony dostępem do lekarzy POZ | Liczba dni oczekiwania na konsultację lekarza/ zespołu opieki zdrowotnej w przypadku pacjenta z chorobą przewlekłą |
| 0–1 | Koordynacja opieki zdrowotnej | Występowanie planu opieki zdrowotnej, obecność zintegrowanego zespołu opieki zdrowotnej (pielęgniarka, lekarz) | Występowanie planów opieki dla głównych grup dyspanseryjnych; powstanie zespołu opieki zdrowotnej |
| 0–12 | Ciągłość opieki zdrowotnej | Ścieżki postępowania diagnostyczno-terapeutycznego | Liczba wdrożonych ścieżek postępowania w chorobach przewlekłych i profilaktyce |
| 0–1 | Opieki zdrowotna zogniskowana na pacjencie | Wsparcie na rzecz samokontroli i profilaktyki | Plany komunikacji i profilaktyki (bilanse zdrowia) |
| | Środowiskowa opieka zdrowotna | Nie dotyczy tego modelu | Nie dotyczy tego modelu |
| 0–1 | Doświadczenie użytkownika (pacjentów i personelu medycznego) | Ankieta satysfakcji pacjentów oraz personelu medycznego | Ankieta przeprowadzana na początku, w trakcie i pod koniec realizacji programu pilotażowego. |
| 0–1 | Narzędzia do zarządzania zintegrowaną opieką POZ, narzędzia IT | Realizacja świadczeń w zgodzie w metodyką praktyki opartej na dowodach. | Narzędzia do opieki koordynowanej w POZ, narzędzia IT |

Tabela 13: Wskaźniki rezultatu w Modelu 2

| **Wskaźnik** | **Wartość referencyjna** | **4 lata wdrożenia** |
|---|---|---|
| Krótszy czas oczekiwania do lekarza specjalisty (26 chorób) | — | 30% krótszy |
| Stan zdrowia populacji objętej opieką | — | % niestabilnych pacjentów z chorobami przewlekłymi |
| Satysfakcja pacjenta i personelu medycznego | — | Wzrost o 30% |

Źródło: Bank Światowy, 2017

Tabela 14: Wskaźniki produktu w pilotażowym Modelu 2

| Wskaźnik | Minimum | Maksimum |
|---|---|---|
| Liczba placówek biorących udział w projekcie pilotażowym | 50 | 150 |
| Liczba pacjentów biorących udział w projekcie pilotażowym | 250.000 | 500.000 |
| Wdrożone ścieżki postepowania klinicznego | 2 | 20 |
| Plany opieki dla pacjentów z chorobami przewlekłymi | Nie dotyczy | 50% populacji objętej opieką |
| Liczba województw objętych pilotażem | 10 | 16 |
| Odsetek planów organizacyjnych wdrożonych na szczeblu POZ | — | 95% |

Źródło: Bank Światowy, 2017

## Wskaźniki jakości

Wskaźniki dotyczące jakości opieki i koordynacji, raportowane przez podmiot uczestniczący w programie pilotażowym

Tabela 15: Wskaźniki dotyczące jakości opieki dla Modelu 2

| Obszar | Cel monitoringu | Wskaźnik | Znaczenie | Mechanizm pomiaru | Wartość |
|---|---|---|---|---|---|
| Struktura | Populacja korzystająca z POZ | Liczba pacjentów zadeklarowanych do lekarza rodzinnego | Liczba przekraczająca 2000 świadczy o nadmiernym spiętrzeniu wizyt i powoduje ograniczenia w czasie trwania pojedynczej wizyty | Deklaracje pacjentów objętych opieką | Wartość |
| Struktura | Populacja korzystająca z POZ | Proporcja pacjentów w każdej grupie wiekowej | Dzieci do 7. roku życia oraz osoby w wieku 65+ statystycznie generują więcej wizyt w skali roku | Deklaracje pacjentów objętych opieką | % |
| Struktura | Lekarze POZ o odpowiednich kompetencjach | Odsetek pacjentów zadeklarowanych do lekarza rodzinnego | Preferowany model opieki zespołu medycyny rodzinnej | Deklaracje pacjentów objętych opieką | % |
| Proces | Oczekiwanie na wizytę w POZ w razie pilnej potrzeby pacjenta | Odsetek pacjentów przyjętych w dniu zgłoszenia | Ograniczenie korzystania z nocnej i świątecznej opieki chorych (NOCH) oraz szpitalnych oddziałów ratunkowych (SOR) do przypadków zagrożenia dla zdrowia i życia | Ankieta satysfakcji pacjenta | % |

| Obszar | Cel monitoringu | Wskaźnik | Znaczenie | Mechanizm pomiaru | Wartość |
|---|---|---|---|---|---|
| Struktura | Zapewnienie ciągłości opieki | Odsetek pacjentów przyjętych do POZ do wybranego przez siebie lekarza | Poprawa jakości opieki | Sprawozdanie z realizacji | % |
| Rezultat | Szczepienia dzieci i młodzieży | Odsetek wykonanych szczepień obowiązkowych wśród dzieci i młodzieży do 19. roku życia (według grupy wiekowej) | Walka z chorobami zakaźnymi | Sprawozdanie z realizacji | % |
| Rezultat | Szczepienia dorosłych | Odsetek wykonanych szczepień przeciwko grypie w konkretnych grupach wiekowych | Walka z epidemią grypy i jej powikłaniami | Sprawozdanie z realizacji | % |
| Proces | Profilaktyka chorób układu sercowo--naczyniowego | Odsetek badań profilaktycznych wykonanych w ramach Programu Profilaktyki Chorób Układu Krążenia (CHUK) wśród zakwalifikowanych podopiecznych | Wykrycie schorzeń układu sercowo-naczyniowego na wczesnym, bezobjawowym etapie | Sprawozdanie z realizacji | % |
| Proces | Profilaktyka antynowotworowa | Odsetek badań cytologicznych, mammograficznych i kolonoskopii wykonanych wśród zakwalifikowanych podopiecznych | Wykrycie schorzeń nowotworowych na wczesnym, bezobjawowym etapie | Sprawozdanie z realizacji | % |
| Struktura | Wykorzystanie narzędzi IT | Dostęp (na miejscu) do elektronicznych danych medycznych (EDM) dla każdego upoważnionego pracownika | Miara skuteczności wymiany informacji medycznych w gronie członków zespołu lekarza rodzinnego/POZ oraz w ramach programów DM | Deklaracje potwierdzone wynikami kontroli | Tak / Nie |
| Struktura | Wykorzystanie narzędzi IT | Dostęp do EDM dla specjalistów pracujących w innych lokalizacjach | Miara skuteczności wymiany informacji medycznych w gronie członków zespołu lekarza rodzinnego/POZ oraz w ramach programów DM | Deklaracje potwierdzone wynikami kontroli | Tak / Nie |
| Struktura | Wykorzystanie narzędzi IT | Możliwość elektronicznego zlecenia badań laboratoryjnych i odbioru wyników | Miara skuteczności przepływu informacji medycznych | Deklaracje potwierdzone wynikami kontroli | Tak / Nie |
| Struktura | Wykorzystanie narzędzi IT | Możliwość elektronicznego zlecenia i odbioru wyników badań obrazowych wykonywanych poza placówką | Miara skuteczności przepływu informacji medycznych | Deklaracje potwierdzone wynikami kontroli | Tak / Nie |
| Struktura | Interoperacyjność | Możliwość elektronicznej rejestracji pacjentów na usługi wykonywane poza placówką (np. tomografia) | Miara skuteczności koordynacji opieki zdrowotnej | Deklaracje potwierdzone wynikami kontroli | Tak / Nie |
| Struktura | Interoperacyjność | Dostęp do danych ze Zintegrowanego Informatora Pacjenta (ZIP) dla podmiotu koordynującego | Miara skuteczności przepływu informacji medycznych | Deklaracje potwierdzone wynikami kontroli | Tak / Nie |

| Obszar | Cel monitoringu | Wskaźnik | Znaczenie | Mechanizm pomiaru | Wartość |
|---|---|---|---|---|---|
| Struktura | Interoperacyjność | Odsetek pacjentów z aktualnymi numerami telefonicznymi | Miara skuteczności komunikacji z pacjentami | Deklaracje potwierdzone wynikami kontroli | Tak / Nie |
| Struktura | Interoperacyjność | Odsetek pacjentów z aktualnymi adresami e-mail | Miara skuteczności komunikacji z pacjentami | Deklaracje potwierdzone wynikami kontroli | Tak / Nie |
| Rezultat | Ankieta satysfakcji pacjentów i personelu medycznego | Ankieta przeprowadzana na początku i na końcu każdego roku pilotażu | Subiektywna ocena jakości opieki, porównanie z placówkami niebiorącymi udziału w pilotażu | Ankieta | Osobno dla każdego pytania |
| Struktura | Akredytacja POZ/ISO | W posiadaniu instytucji | Gwarancja lepszej organizacji opieki | Certyfikat | Tak / Nie |

Tabela 16: Wskaźniki koordynacji dla Modelu 2

| Obszar | Cel monitoringu | Wskaźnik | Znaczenie | Mechanizm pomiaru | Wartość |
|---|---|---|---|---|---|
| Struktura | Populacja osób przewlekle chorych | Odsetek pacjentów ze zdiagnozowanymi chorobami przewlekłymi objętych programami zarządzania przebiegiem choroby (DM) w grupach wiekowych | Poziom skuteczności wykrywania chorób przewlekłych | Informacje o pacjencie | % |
| Struktura | Populacja osób przewlekle chorych | Odsetek pacjentów ze zdiagnozowanymi chorobami przewlekłymi nieobjętych programami zarządzania przebiegiem choroby (DM) w grupach wiekowych | Poziom skuteczności wykrywania chorób przewlekłych | Informacje o pacjencie | % |
| Proces | Opieka nad osobami przewlekle chorymi objętymi programami zarządzania przebiegiem choroby (DM) | Odsetek dzieci i dorosłych w różnych grupach wiekowych objętych badaniami bilansowymi | Wczesne wykrywanie i interwencja w grupach ryzyka i chorób przewlekłych | Sprawozdanie z realizacji | % |
| Proces | Opieka nad osobami przewlekle chorymi objętymi zarządzania przebiegiem choroby (DM) | Średni czas oczekiwania na konsultacje u innych lekarzy w ramach programu DM przez pacjenta | Skrócenie kolejek do specjalistów | Data zlecenia – data realizacji | Liczba dni |
| Proces | Opieka nad osobami przewlekle chorymi objętymi DM | Odsetek pacjentów objętych ankietą satysfakcji w związku z badaniami bilansowymi i poradami kompleksowymi | Lepsze planowanie opieki i jej kosztów | Kategoria pacjenta | % |

| Obszar | Cel monitoringu | Wskaźnik | Znaczenie | Mechanizm pomiaru | Wartość |
|---|---|---|---|---|---|
| Proces | Opieka nad osobami przewlekle chorymi objętymi DM | Odsetek pacjentów z chorobami przewlekłymi korzystających z programu DM w danej grupie chorób | Zapewnienie lepszej koordynacji opieki w chorobach przewlekłych | Informacje o pacjencie | % |
| Proces | Opieka nad osobami przewlekle chorymi objętymi DM | Odsetek pacjentów objętych programem DM z udzieloną poradą kompleksową zgodnie z indywidualnym planem opieki medycznej (IPOM) | Efektywność realizacji świadczeń w modelu DM | Sprawozdanie z realizacji | % |
| Struktura | Opieka nad osobami przewlekle chorymi objętymi DM | Możliwość wcześniejszej elektronicznej rejestracji celem skorzystania z dobrodziejstw IPOM | Efektywność realizacji świadczeń w modelu DM | Deklaracje potwierdzone wynikami kontroli | Tak / Nie |
| Proces | Opieka nad osobami przewlekle chorymi objętymi DM | Odsetek pacjentów objętych programem DM, którzy odbyli konsultację z innymi specjalistami (oddzielnie lekarz-lekarz i lekarz-pacjent) zgodnie z IPOM | Efektywność realizacji świadczeń w modelu DM | Sprawozdanie z realizacji | % |
| Proces | Opieka nad osobami przewlekle chorymi objętymi DM | Odsetek pacjentów objętych programem DM, którym udzielono porady edukacyjnej zgodnie z IPOM | Efektywność realizacji świadczeń w modelu DM | Sprawozdanie z realizacji | % |
| Proces | Opieka nad osobami przewlekle chorymi objętymi DM | Odsetek pacjentów objętych programem DM, którym udzielono informacji na temat zakupu przepisanych leków w aptece | Efektywność realizacji świadczeń w modelu DM | Dane NFZ i OSOZ | % |
| Proces | Opieka nad osobami przewlekle chorymi nieobjętymi programami zarządzania przebiegiem choroby (DM) | Odsetek pacjentów korzystających z usług poradni AOS poza pilotażem | Wskaźnik skuteczności włączania do opieki pacjentów z chorobami przewlekłymi objętymi DM | Dane NFZ | % |
| Proces | Opieka nad osobami przewlekle chorymi nieobjętymi DM | Średni czas oczekiwania na pierwszą wizytę w wybranych poradniach AOS | Dostęp do AOS poza pilotażem | Dane NFZ | Wartość |
| Proces | Opieka nad osobami przewlekle chorymi (zarówno w ramach DM, jak i poza DM) | Proporcja liczby przyjęć do NOCH i SOR chorych przewlekle objętych i nieobjętych programem DM | Wskaźnik skuteczności opieki realizowanej w ramach modelu DM | Dane NFZ | Wartość |
| Proces | Opieka nad osobami przewlekle chorymi (zarówno w ramach DM, jak i poza DM) | Proporcja liczby przyjęć do szpitala chorych przewlekle objętych i nieobjętych programem DM – w trybie planowym i nieplanowym | Wskaźnik skuteczności opieki realizowanej w ramach modelu DM | Dane NFZ | Wartość |
| Proces | Opieka nad osobami przewlekle chorymi (zarówno w ramach DM, jak i poza DM) | Proporcja liczby powtórnych przyjęć do szpitala w okresie 30 dni od wypisu dla chorych przewlekle objętych i nieobjętych programem DM – w trybie planowym i nieplanowym | Wskaźnik skuteczności opieki realizowanej w ramach modelu DM | Dane NFZ | Wartość |

| Obszar | Cel monitoringu | Wskaźnik | Znaczenie | Mechanizm pomiaru | Wartość |
|---|---|---|---|---|---|
| Proces | Opieka nad osobami przewlekle chorymi (zarówno w ramach DM, jak i poza DM) | Długość hospitalizacji dla chorych przewlekle objętych i nieobjętych programem DM | Wskaźnik skuteczności opieki realizowanej w ramach modelu DM | Dane NFZ | Wartość |
| Rezultat | Opieka nad osobami przewlekle chorymi (zarówno w ramach DM, jak i poza DM) | Porównanie średnich wartości kluczowych parametrów klinicznych dla reprezentatywnych grup pacjentów w instytucjach uczestniczących i nieuczestniczących w pilotażu | Wskaźnik skuteczności opieki realizowanej w ramach modelu DM | Sprawozdawczość EDM | Wartości parametrów |
| Rezultat | Opieka nad osobami przewlekle chorymi (zarówno w ramach DM, jak i poza DM) | Porównanie średniego kosztu leków refundowanych i nierefundowanych dla reprezentatywnych grup osób przewlekle chorych objętych i nieobjętych programem DM | Wskaźnik skuteczności opieki realizowanej w ramach modelu DM | Dane NFZ i OSOZ | Wartość |
| Rezultat | Opieka nad osobami przewlekle chorymi (zarówno w ramach DM, jak i poza DM) | Porównanie średnich rocznych kosztów świadczeń refundowanych przez NFZ dla reprezentatywnych grup osób przewlekle chorych objętych i nieobjętych programem DM | Wskaźnik skuteczności opieki realizowanej w ramach modelu DM | Dane NFZ | Wartość |
| Rezultat | Opieka nad osobami przewlekle chorymi (zarówno w ramach DM, jak i poza DM) | Porównanie średniego zużycia wybranych leków stosowanych w chorobach przewlekłych dla reprezentatywnych grup pacjentów w instytucjach uczestniczących i nieuczestniczących w pilotażu | Wskaźnik skuteczności wytycznych | Dane NFZ i OSOZ | Wartość |
| Rezultat | Opieka nad osobami przewlekle chorymi (zarówno w ramach DM, jak i poza DM) | Porównanie średnich kosztów opieki w roku kalendarzowym dla reprezentatywnych grup osób przewlekle chorych objętych i nieobjętych programem DM | Wskaźnik skuteczności opieki realizowanej w ramach modelu DM | Dane NFZ | Wartość |
| Rezultat | Leczenie infekcji układu oddechowego | Porównanie średniego zużycia antybiotyków stosowanych w ostrych infekcjach układu oddechowego dla reprezentatywnych grup pacjentów w instytucjach uczestniczących i nieuczestniczących w pilotażu | Wskaźnik skuteczności wytycznych | Dane NFZ i OSOZ | Wartość |

## Mechanizmy sprawozdawcze

Poszerzone mechanizmy sprawozdawcze obejmują:

- comiesięczne raporty świadczeniodawców dla BWP,
- kwartalne raporty z BWP do MZ,
- kwartalne raporty z BWP do Komitetu Sterującego oraz
- „Roczny raport wdrożeniowy" ze skonsolidowanym opisem postępów w realizacji projektu przez każdą z zaangażowanych instytucji, sporządzany na podstawie danych administracyjnych, ankietowych, ocen beneficjentów i niezależnych ewaluacji.

Monitorowanie to ciągła funkcja realizowana przez BWP, przy wsparciu zespołu SIM w NFZ. Zadanie to obejmuje dwa aspekty, a mianowicie:

- monitorowanie wyników projektu pilotażowego w oparciu o ramy wyników i konkretne wskaźniki oraz
- ewaluację projektu pilotażowego.

## Moduły Systemu Informacji Medycznej

System Informacji Medycznej (SIM) to nieodłączna część ram M&E. SIM to kompleksowy system złożony z różnych modułów (ich wykaz znajduje się w Tabeli 17), umożliwiający świadczeniodawcom „śledzenie" pacjenta na każdym z etapów projektu pilotażowego – od pierwszej interakcji, przez rejestrację do programu i realizację świadczeń w POZ, aż po świadczenia wykonane za skierowaniem do innych placówek ochrony zdrowia.

Zadaniem świadczeniodawców jest wprowadzanie do modułów SIM wszystkich danych dotyczących beneficjentów. Wprowadzane do systemu przez świadczeniodawcę dane na temat realizacji świadczeń są źródłem wykorzystywanych dla celów monitorowania danych na temat rejestracji, stanu wyjściowego, kwestii administracyjnych, konsumpcji świadczeń, dokumentacji medycznej, skierowań i wskaźników.

Tabela 17: Moduły SIM mające znaczenie dla projektu pilotażowego

| **Moduł** | **Funkcja** | **Użytkownik pierwotny (wprowadzanie danych)** |
|---|---|---|
| Moduł kampanii informacyjnej | Identyfikuje wszystkie działania informacyjne i interakcje zrealizowane na etapie rekrutacji beneficjentów, takie jak rozmowy telefoniczne, wizyty w domach, spotkania, itp. | Świadczeniodawca |
| Moduł rejestracji | Zbiera wszystkie dane dotyczące rejestracji, w tym aktywnych pacjentów i ich profil demograficzny. | Świadczeniodawca |
| Moduł realizacji świadczeń | Zbiera dane na temat kwestii administracyjnych i konsumpcji świadczeń, w tym wizyty umówione z beneficjentami oraz zrealizowane na ich rzecz świadczenia. | Świadczeniodawca |
| Elektroniczna dokumentacja medyczna | Zbiera wszystkie dane dotyczące stanu zdrowia beneficjenta, w tym wywiad, diagnozy, uwagi lekarza, itp. | Świadczeniodawca |
| Moduł z wynikami badań laboratoryjnych/ prześwietleń/ lekami | Zbiera wszystkie dane dotyczące wyników badań laboratoryjnych i prześwietleń wykonanych na rzecz pacjenta. Moduł lekowy zawiera szczegółowe informacje na temat leków przepisanych beneficjentom. | Świadczeniodawca |
| Moduł skierowań | Zawiera dane na temat skierowań wystawionych przez świadczeniodawcę do zewnętrznych placówek ochrony zdrowia. | Świadczeniodawca |
| Moduł kwestionariuszy | Zawiera wszystkie kwestionariusze wypełniane przez świadczeniodawcę lub personel BWP. Kwestionariusze wypełniane przez świadczeniodawcę to, między innymi, kwestionariusz danych wyjściowych, dane z oceny ryzyka reprezentowanego przez pacjentów, ankiety satysfakcji pacjenta, itp. Znajdziemy tu również raporty z kontroli przeprowadzanych przez koordynatorów terenowych BWP w poszczególnych placówkach/w terenie. | Świadczeniodawca/BWP |
| Moduł szkoleniowy i rozwoju potencjału | | NFZ |
| Moduł sprawozdawczy | Ten moduł umożliwia świadczeniodawcom przesyłanie raportów do BWP, a personelowi BWP umożliwia wykonywanie analiz danych i generowanie raportów z wynikami. | Nie ma potrzeby sprawozdawania, moduł sam zaciąga dane z wszystkich pozostałych modułów |

# Wymogi sprawozdawcze

W Tabeli 18 przedstawiono rozmaite raporty sporządzane dla celów monitorowania, starając się ograniczyć wymagania sprawozdawcze w skali jednego roku do minimum. Raporty kwartalne są składane tylko dwa razy, a raporty półroczne tylko jeden raz, według następującego schematu: raport za I kwartał, raport półroczny, raport za III kwartał, raport roczny.

Tabela 18: Wymogi sprawozdawcze

| **Rodzaj raportu** | **Odpowiedzialność** | **Adresat** | **Zawartość** |
|---|---|---|---|
| Miesięczny (finansowy) | Świadczeniodawca | NFZ/BWP | – Świadczenia profilaktyki i edukacji zdrowotnej finansowane na zasadzie płatności za usługę; dane potrzebne do wyliczenia stawki kapitacyjnej;<br>– Świadczenia realizowane w ramach Modelu 2, włącznie z tymi finansowanymi na zasadzie płatności za usługę, oraz<br>– Inne świadczenia finansowane w ramach modelu, na zasadzie płatności za usługę (np. konsultacje diagnostyczne) |
| Miesięczny (kliniczny) | Świadczeniodawca | NFZ/BWP | – Zatwierdzone świadczenia finansowane odrębnie w ramach budżetu zadaniowego;<br>– Pacjenci z modelu z rozpoznanymi chorobami przewlekłymi z kategorii uwzględnionych w ramach Modelu 2;<br>– Pacjenci z modelu korzystający ze świadczeń w poradniach AOS, z rozpoznanymi chorobami przewlekłymi z kategorii uwzględnionych w ramach Modelu 2, z planem informacji na temat ram czasowych, lokalizacji oraz świadczeniodawcy;<br>– Wyszczególnienie pacjentów z modelu na listach oczekujących na pierwszą wizytę w poradni AOS, z rozpoznanymi chorobami przewlekłymi z kategorii uwzględnionych w ramach Modelu 2 (wraz z czasem oczekiwania). |
| Raport roczny | Świadczeniodawca | BWP | Wyniki ankiety satysfakcji pacjenta. |

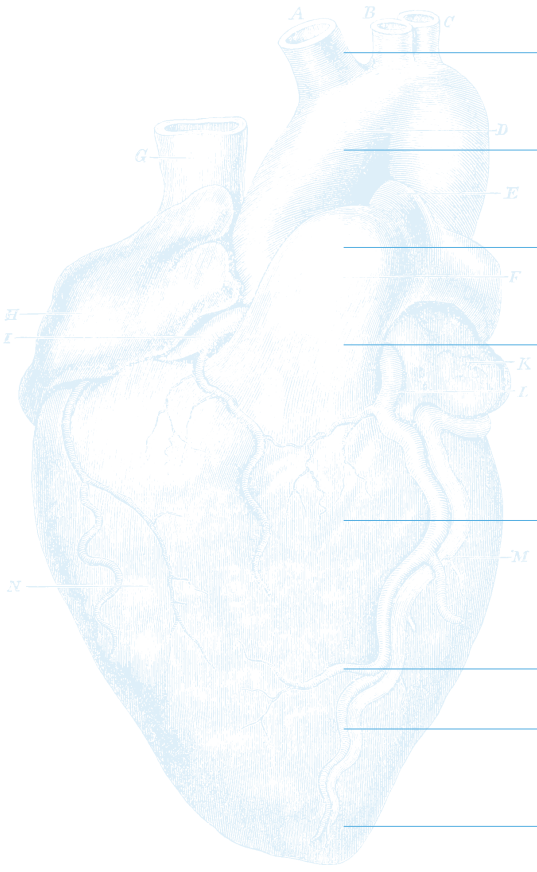
Źródło: Bank Światowy 2017

Źródła danych to:

- dane gromadzone rutynowo za pośrednictwem systemu rozliczeniowego;
- dane gromadzone rutynowo na szczeblu pojedynczej placówki ochrony zdrowia;
- dodatkowe dane pozyskiwane przez świadczeniodawców i NFZ, np. z rejestrów osób zapisanych do programu, kontroli na miejscu i przygodnych ankiet;
- informacje zbierane w związku z procesem weryfikacji;
- dane z szybkich kontroli placówek realizowanych przez BWP.

# Technologie informatyczne

(informacje szczegółowe w Załączniku 3)



**Wymagania minimalne w zakresie systemów IT na poziomie świadczeniodawcy:**

- dostęp do elektronicznej dokumentacji medycznej pacjenta (EDM) dla wszystkich upoważnionych pracowników;
- elektroniczna rejestracja świadczeń zgodnie z planem opieki medycznej na przestrzeni co najmniej jednego roku;
- raporty wysyłane do NFZ i raporty zwrotne otrzymywane co najmniej raz w miesiącu;
- ustanowienie celu w zakresie kontaktów z pacjentami przy użyciu technologii ICT, w tym urządzeń do samodzielnego monitorowania stanu zdrowia (np. poziom glukozy we krwi, ciśnienie krwi, pomiar masy ciała rejestrowane elektronicznie).

**Rola IT w realizacji koordynowanej opieki zdrowotnej:**

- zapewnia efektywne rozliczenia finansowe z płatnikiem,
- zapewnia płatnikowi (organowi nadzoru) informacje na temat efektywności opieki koordynowanej,
- daje koordynatorowi opieki nad pacjentem dostęp do danych medycznych w najpełniejszym możliwym zakresie,
- umożliwia wymianę danych pomiędzy przychodniami współpracującymi w ramach opieki koordynowanej,
- stanowi narzędzie zapewniające efektywną organizację opieki koordynowanej,stanowi narzędzie kontaktu i współpracy z pacjentami w ramach opieki koordynowanej.

**Zaspokajanie potrzeb poprzez rozwiązania IT:**

- Poprawa systemu sprawozdawczego płatnika poprzez:
  - rozliczenia finansowe,
  - raporty w zakresie danych medycznych i epidemiologicznych.
- Rozbudowa systemu płatnika o nazwie Zintegrowany Informator Pacjenta (ZIP), poprzez:
  - szybkie pozyskiwanie danych o zdarzeniach dotyczących pacjenta,
  - brak innych źródeł takich danych.
- Rozbudowa lokalnych systemów IT w placówkach koordynatorów opieki, poprzez
  - zarządzanie populacją objętą opieką koordynowaną,
  - wymianę danych pomiędzy uczestnikami konsorcjum opieki koordynowanej,
  - zacieśnienie więzi z pacjentami poprzez portal 2.0 (z informacjami zwrotnymi).

**Rozliczenia z płatnikiem – wnioski analityczne:**
(Przyjęte rozwiązania nie będą zaburzać rozliczeń ze świadczeniodawcami poza zakresem programu pilotażowego opieki koordynowanej).

- Wszystkie potrzeby finansowe mogą być zaspokojone przy zastosowaniu nieznacznie zmodyfikowanych komunikatów DEKL (kod XML dla deklaracji) i SWIAD (kod XML dla realizowanych usług):
  - dane DEKL odnoszą się do populacji objętej opieką zdrowotną
  - dane SWIAD szczegółowo określają zrealizowane świadczenia.
- Zamiast okresowego transferu danych DEKL – wdrożenie usługi sieciowej on-line dla potrzeb natychmiastowej aktualizacji danych;
- Należy wziąć pod uwagę ograniczenia, jakie wiążą się z danymi medycznymi: prawo ogranicza zakres informacji, jakie mogą być przetwarzane przez NFZ, zatem
  - odpowiednie analizy mogą być wdrożone poprzez program pilotażowy
  - niektóre dane mogą być przekazywane przy użyciu skonsolidowanego komunikatu ZBPOZ (kod XML dla skonsolidowanych usług POZ), nie przypisanego do konkretnego pacjenta.

**Rozliczenia z płatnikiem – dalsze działania:**

- Przed uruchomieniem programu pilotażowego należy rozważyć następujące kwestie:
  - Rozbudowa komunikatu DEKL czy wdrożenie usługi sieciowej?
  - W jaki sposób struktury konsorcjów opieki koordynowanej powinny być zdefiniowane w aspekcie IT?
  - Jakie nowe typy usług mogą być zarejestrowane w komunikacie SWIAD?
  - Które dane medyczne powinny być przeniesione do SWIAD (przypisane do pacjenta), a które do ZBPOZ (skonsolidowane)?
- Nowelizacja odpowiednich rozporządzeń Ministra Zdrowia i Prezesa NFZ,
- Przygotowanie systemów IT NFZ.

**Monitorowanie stanu zdrowia pacjenta**

- dane zebrane w placówce opieki koordynowanej lub w konsorcjum:
  - pochodzące z systemu koordynatora.
- dane dotyczące świadczeń realizowanych poza placówką opieki koordynowanej lub konsorcjum, jak np.
  - hospitalizacja;
  - wizyty u specjalistów spoza konsorcjum opieki koordynowanej;
  - wystawione i wykupione recepty na leki refundowane, oraz;
  - zamówione i zakupione / zrefundowane produkty medyczne.
- skąd powinny pochodzić dane?
  - z systemu ZIP, a w przyszłości również z systemów regionalnych, tzn. P1.

**System ZIP: niezbędne modernizacje**

- moduł pozwalający na upoważnienie do dostępu do danych pacjenta:
  - pacjent decyduje, kto ma prawo dostępu do jego danych,
  - pacjent ma prawo ograniczenia dostępu do niektórych danych (np. o leczeniu psychiatrycznym).
- możliwość transferu danych dotyczących pacjenta z systemu ZIP do systemu IT koordynatora:
  - za zgodą pacjenta.
- przyspieszony przepływ informacji w systemie opieki zdrowotnej:
- informacja o hospitalizacji (w momencie przyjęcia, a nie miesiąc po wypisaniu),
- informacja o zakupionych lekach (natychmiast po zakupie, a nie dwa tygodnie później).

**Rozwiązania IT po stronie organizatorów opieki koordynowanej – etap 1**

- Zapewnienie:
  - obsługi list kapitacyjnych,
  - bieżącej rejestracji realizowanych świadczeń,
  - zintegrowanych rozliczeń z NFZ, zgodnie z odpowiednimi wymogami, oraz
  - utrzymanie elektronicznego rejestru umówionych wizyt.
- Zapewnienie serwisu technicznego, umożliwiającego rozwój i eksploatację systemu.
- Po rozpoczęciu działania opieki koordynowanej, dalsze rekomendacje obejmują między innymi:
  - dostosowanie systemu do obsługi zmodyfikowanych komunikatów DEKL i SWIAD (potencjalnie również ZBPOZ),
  - dostosowanie sytemu do obsługi nowych usług sieciowych,
  - zapewnienie wyboru pacjentów do kontroli zdrowia.

**Rozwiązania IT po stronie organizatorów opieki koordynowanej – etap 2**

- Zarządzanie kontaktem z pacjentami:
  - możliwość przeglądania historii wizyt,
  - planowanie nowych wizyt zgodnie z indywidualnym planem opieki medycznej (IPOM),
  - przypomnienia o umówionych spotkaniach,
  - kontrola świadczeń realizowanych poza placówkami opieki koordynowanej,w razie potrzeby, weryfikacja wykupionych recept.
- Podsumowanie stanu zdrowia pacjenta:
  - koncentracja na zdrowiu pacjenta zamiast na generowanym przez niego ruchu,
  - stosowanie standardów opracowanych w ramach projektu Elektronicznej Platformy Gromadzenia, Analizy i Udostępniania zasobów cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych – P1,
  - możliwość zastosowania klasyfikacji SNOMED we wdrożeniu programu pilotażowego.

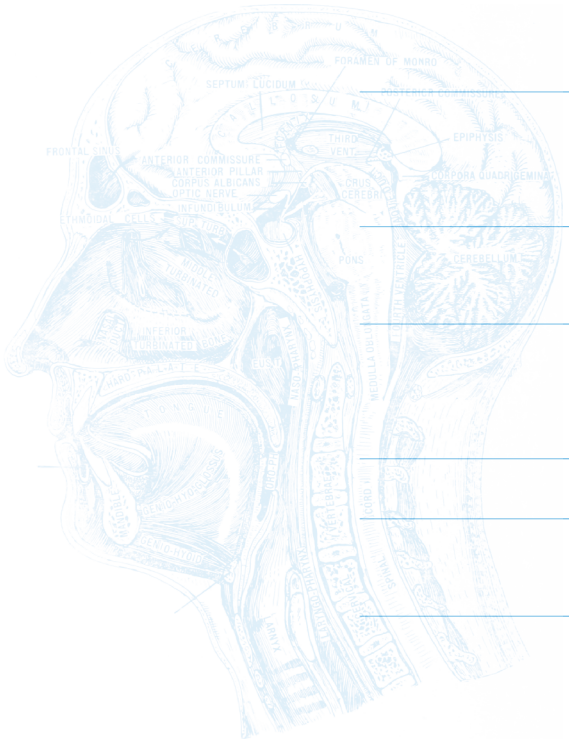
**Rozwiązania IT po stronie organizatorów opieki koordynowanej – etap 3**

- Wymiana danych medycznych pomiędzy jednostkami:
  - przekazywanie danych o rozliczeniach liderowi konsorcjum,
  - opracowanie narzędzi dla potrzeb wzajemnej rejestracji wizyt w trybie elektronicznym,
  - zlecanie badań diagnostycznych i konsultacji w trybie elektronicznym,
  - odbieranie wyników badań w trybie elektronicznym,wymiana sformalizowanych danych dotyczących stanu zdrowia pacjenta.
- Portal pacjenta:
  - możliwość zapisywania się na wizyty,
  - dostęp do informacji edukacyjnych,
  - kontakty z koordynatorem i lekarzem przez e-mail i wideokonferencje,
  - rejestrowanie wyników pomiarów wykonywanych w domu.

**Przyszłe zmiany strategiczne w zakresie organizacji systemów IT**

- przyspieszenie obowiązku sprawozdawczego w celu przekazywania jak najświeższych danych pacjenta: informacje o rozpoczęciu hospitalizacji, wykupione recepty;
- wprowadzenie rozliczeń kapitacyjnych w trybie usługi sieciowej: tylko informacje o zmianach, rozliczenie dostępne natychmiast;
- zbieranie większej ilości danych medycznych, wpływających na wybór optymalnego leczenia: rejestry medyczne, monitorowanie wyników leczenia,
- zainicjowanie współpracy pomiędzy systemami opieki zdrowotnej i opieki społecznej: zmiany demograficzne i epidemiologiczne, współpraca synergiczna.

# Bibliografia




1. Główny Urząd Statystyczny. Dane Statystyczne – Zdrowie o Ochrona Zdrowia w Polsce. [Online]. [pobrane w 2017. Dostępne pod adresem: http://swaid.stat.gov.pl/EN/ZdrowieOchronaZdrowia_dashboards/Raporty_predefiniowane/RAP_DBD_ZDR_1.aspx.
2. The Organisation for Economic Co-operation and Development [OECD]. Doctor's consultations. [Online].; 2016 [pobrane 9 marca 2017. Dostępne pod adresem: https://data.oecd.org/healthcare/doctors-consultations.htm.
3. Główny Urząd Statystyczny. Zdrowie i Ochrona Zdrowia w 2010 roku. Warszawa, 2010.
4. Główny Urząd Statystyczny [GUS]. Zdrowie i Ochrona Zdrowia Statystyki. [Online]. [pobrane w 2017. Dostępne pod adresem: http://swaid.stat.gov.pl/SitePagesDBW/ZdrowieOchronaZdrowia.aspx.
5. Europ Assistance/CSA. Health and Society Barometer 2013.; 2013.
6. Fundacja Watch Health Care. Barometr Fundacji Watch Health Care.; 2016. Report No.: nr 14/2/08/2016.
7. Naczelna Izba Lekarska (NIL). Informacje Statystyczne. [Online].; 2015 [pobrane w 2017. Dostępne pod adresem: http://www.nil.org.pl/rejestry/centralny-rejestr-lekarzy/informacje-statystyczne.
8. Institute for Health Metrics and Evaluation. Global Burden of Disease Study 2015 – Results. Seattle:; 2016.
9. Narodowy Fundusz Zdrowia [NFZ]. Podstawowa Opieka Zdrowotna– Potencjał i jego wykorzystanie (zarys analizy). Warszawa:, Centrala w Warszawie; 2016.
10. Główny Urząd Statystyczny [GUS]. Zdrowie i zachowanie zdrowotne mieszkańców. Warszawa:; 2015.
11. NHS England. Using case finding and risk stratification: A key service component for personalized care and support planning. NHS England; 2015.
12. National Health Fund England. How to guide: the BCF technical toolkit. [Online].; 2014. Dostępne pod adresem: https://www.england.nhs.uk/ourwork/part-rel/transformation-fund/bcf-plan/bcf-archive/tech-toolkit/.
13. Lynn J, Straube B, Bell K, Jencks S, Kambic R. Using Population Segmentation to Provide Better Health Care for All: The "Bridges to Health" Model. MilbankQ. 2007; 85(2).

14. Miller C. Risk Stratification: A Practical Guide for Clinicians: Cambridge University Press; 2001.

15. Agency for Clinical Innovations. Risk Stratification – discussion paper for NSW Health's approach to Risk Stratification; 2014. Available from https://www.aci.health.nsw.gov.au/__data/assets/pdf_file/0015/253005/Risk_Stratification_discussion_paper.PDF

16. DMAA: The Care Continuum Alliance. DMAA Definition of Disease Managament; n.d. Available from: http://www.dmaa.org/dm_definition.asp

17. Epstein R, Sherwood L. From outcomes research to disease management: a guide for the perplexed. Annals of Internal Medicine. 1996; 124(9).

18. Dellby U. Drastically improving health care with focus on managing the patient with a disease: the macro and micro perspective. International Journal of Health Care Quality Assurance. 1996; 9(2).

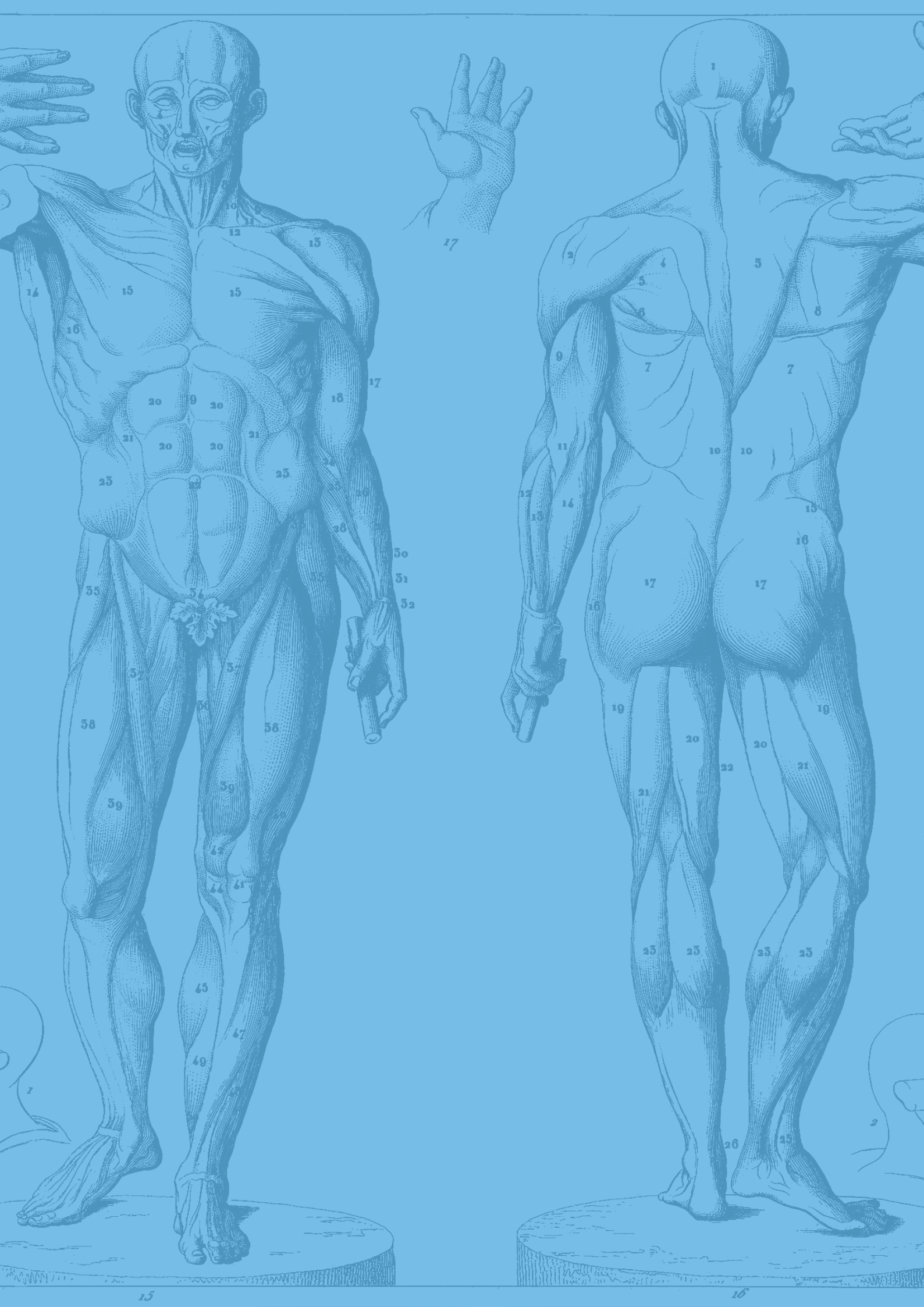
19. Faxon, Schwamm, Pasternak, McNeil, Bufalina. Improving quality of care through disease management: principles and recommendations from the American Heart Association's Expert Panel on Disease Management. 2004.

20. Campbell S, Braspenning J, Hutchinson A, Marshal M. Improving the quality of health care: Research methods used in developing and applying quality indicators in primary care. BMJ. 2003; 326(7393).

21. Brook R., McGlynn E., Cleary P., Measuring quality of care – part two of six. N Engl J Med. 1996; 335(13).

22. Hearnshaw H, Harker R, Cheater F, Baker B, Grmishaw G. Expert consensus on the desirable characteristics of review criteria for improvement of health care quality. Qual Saf Health Care. 2001; 10(3).

23. Arah O, Klazinga N, Delnoij D, Asbroek C. Conceptual frameworks for health systems performance: A quest for effectiveness, quality, and improvement. Int J Qual Health Care. 2003; 15(5).


17
15
16