

WDROŻENIE OPIEKI KOORDYNOWANEJ W PODSTAWOWEJ OPIECE ZDROWOTNEJ

Warszawa 2022 r.
NARODOWY FUNDUSZ ZDROWIA – Centrala
ul. Rakowiecka 26/30
02-528 Warszawa

Praca zbiorowa:

Świadczeniodawcy:

Centrum Medyczno-Diagnostyczne Sp. z o.o.:

Marika Guzek – wsparcie koordynatorek POZ PLUS

Kamila Piechowicz - Koordynator programu POZ PLUS

Anna Stelmaszek - Koordynator programu POZ PLUS

Copernicus Podmiot Leczniczy Sp. z o.o.:

Anna Karkut - Kierownik Przychodni Przyszpitalnej

Małgorzata Milewska - Koordynator programu POZ PLUS

Farma – Med Kujawskie Centrum Medyczne Sp. z o.o.:

Monika Borucka - Koordynator programu POZ PLUS

Grupa Zdrowie Arkadiusz Chmieliński

Renata Czerniakowska - Koordynator programu POZ PLUS

Anna Ostrowska – Koordynator programu POZ PLUS

Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Kraków-Południe Sp. z o.o.:

Wojciech Łątka - Koordynator programu POZ PLUS

Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Zdrowie s.c.:

Izabela Dorota Anasiewicz-Kostrzewa - Kierownik Przychodni

Janina Skubik - Koordynator programu POZ PLUS

Narodowy Fundusz Zdrowia – Zespół Biura Projektowego POZ PLUS:

Agata Józwiak

Barbara Kaczmarska

Rafał Kiepuszewski

Katarzyna Klonowska

Rafał Kozłowski

Katarzyna Kułaga

Marta Morawska

Iwona Poznerowicz

Agata Szymczak

Anna Ślusarska-Jasińska

Opracowanie graficzne:

Rafał Kozłowski

SPIS TREŚCI

WPROWADZENIE	1
1. CZYM JEST OPIEKA KOORDYNOWANA?	3
2. ETAPY WDROŻENIA OPIEKI KOORDYNOWANEJ	4
2.1. Zbudowanie zespołu	4
2.2. Rekrutacja pacjentów do programu	4
2.3. Identyfikacja pacjentów	4
2.4. Wdrażanie populacyjnych programów profilaktycznych (poprzez bilans dorosłych) oraz zarządzania chorobą (Disease management - DM)	4
2.5. Dalsza stratyfikacja populacji	5
2.6. Ewaluacja i ciągłe dostosowywanie	5
3. PRZYKŁADY OPIEKI KOORDYNOWANEJ NA ŚWIECIE	6
3.1. Przykład: North West London Whole System Integrated Care (dot. angażowanie pacjentów i społeczności)	6
3.2. Przykład: Podejście Mayo Clinic do przywództwa (dot. przywództwa w opiece koordynowanej)	7
3.3. Przykład: Strategia e-zdrowia w Katalonii (dot. elektronicznej dokumentacji pacjenta)	8
4. PILOTAŻ MODELU OPARTEGO O PODSTAWOWĄ OPIEKĘ ZDROWOTNĄ	11
4.1. Informacje o projekcie	11
4.2. Główne produkty projektu, populacja, realizatorzy	11
5. GŁÓWNE ROLE W OPIECE KOORDYNOWANEJ	14
5.1. Zespół podstawowej opieki zdrowotnej - definicja	14
5.1.1. Budowa zespołu	14
5.1.2. Przykładowe narzędzia służące budowie zespołu	15
5.1.3. Lekarze rodzinni w zespole POZ PLUS	16
5.1.4. Konsultanci w zespole POZ PLUS	19
5.2. Nowe role w opiece koordynowanej	20
5.2.1. Koordynator	20
5.2.2. Edukator zdrowotny	23

SPIS TREŚCI

6. IDENTYFIKACJA I STRATYFIKACJA POPULACJI PACJENTÓW POZ	24
6.1. Na czym polega identyfikacja pacjentów?	24
6.2. Czym jest stratyfikacja populacji?	24
6.2.1. Cel stratyfikacji pacjentów	24
6.2.2. Model stratyfikacji pacjentów POZ – na podstawie praktycznych doświadczeń Centrum Medyczno-Diagnostycznego w Siedlcach	24
6.2.3. Opis przykładowego modelu stratyfikacji	25
6.2.4. Korzyści płynące z wdrożonego modelu	27
6.2.5. Stratyfikacja w Katalonii jako przykład przeprowadzenia oceny ryzyka całej populacji	28
7. BILANSE DOROSŁYCH	29
7.1. Co to jest bilans dorosłych?	29
7.2. Edukacja pacjenta po bilansie	31
7.3. Jak aktywnie zapraszać pacjentów?	34
7.3.1. Przykład zapraszania pacjenta do przeprowadzenia bilansu zdrowia	34
8. OPIEKA W CHOROBAH PRZEWLEKŁYCH	38
8.1. Ścieżki postępowania diagnostyczno-terapeutycznego	38
8.1.1. Kiedy należy korzystać ze ścieżek?	38
8.2. Program zarządzania chorobą	39
8.2.1. Cel objęcia programem zarządzania chorobą	39
8.2.2. Kryteria kwalifikacji do programu zarządzania chorobą	40
8.2.3. Kwalifikacja do programu zarządzania chorobą	40
8.2.4. Kryteria wyłączenia z programu zarządzania chorobą	41
9. PRAKTYCZNA STRONA WDROŻENIA OPIEKI KOORDYNOWANEJ - DOŚWIADCZANIA REALIZATORÓW PILOTAŻU PROGRAMU POZ PLUS	42
9.1. Warunki organizacyjne i kompetencyjne	42
9.1.1. Copernicus Podmiot Leczniczy Sp. z o.o., Gdańsk Poradnia Podstawowej Opieki Zdrowotnej	42
9.1.2. Grupa Zdrowie Arkadiusz Chmieliński Płońsk	45
9.1.3. Zdrowie Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej s.c. Janów Lubelski	46
9.1.4. Centrum Medyczno-Diagnostyczne, Mińsk Mazowiecki	49

SPIS TREŚCI

9.2. Koordynator w programie POZ PLUS	52
9.2.1. Farma – Med Kujawskie Centrum Medyczne, Inowrocław	52
9.2.2. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Spółka z o.o., Kraków- Południe	54
9.3. Współpraca	56
9.3.1. Współpraca koordynator – lekarz POZ	56
9.3.2. Współpraca koordynator – pielęgniarka	57
9.4. Praca zespołowa w realizacji programu POZ PLUS	57
9.4.1. Grupa Zdrowie Arkadiusz Chmieliński, Płońsk	57
9.4.2. Farma – Med Kujawskie Centrum Medyczne, Inowrocław	58
10. REALIZACJA PILOTAŻU POZ PLUS WYBRANYCH ŚWIADCZENIODAWCÓW	59
ZAKOŃCZENIE	61
PRZYPISY	62
BIBLIOGRAFIA	63

Wprowadzenie

Reforma systemu ochrony zdrowia z końca lat dziewięćdziesiątych, przyniosła i ukształtowała wyraźny podział świadczeń opieki zdrowotnej uwzględniając ich zakres, zadania oraz nowatorskie kompetencje merytoryczne i zawodowe ich realizatorów. Zostały też zmienione zasady finansowania. Role płatnika za zrealizowane świadczenia zdrowotne powierzono Kasie Chorych z oddziałami regionalnymi. W wyniku trwania reformy Kasę Chorych przekształcono w Narodowy Fundusz Zdrowia a Ministerstwu Zdrowia przydzielono nowe kompetencje.

Utworzono obszar świadczeń pod nazwą podstawowa opieka zdrowotna, w którym udzielane miały być gwarantowane świadczenia opieki zdrowotnej. Swoim zasięgiem obejmować miały bardzo szeroki zakres dotyczący promocji zdrowia i profilaktyki chorób, diagnostyki i leczenia chorób, pielęgnacji w różnych stanach zdrowia, usprawniania i rehabilitacji.

Wieloletni czas trwania przyjętej reformy ochrony zdrowia ugruntował pozycje podstawowej opieki zdrowotnej oraz przyniósł ogromną wiedzę w zakresie oceny jej sukcesów i porażek czy niedoskonałości w jej realizacji a także doświadczenie w organizacji systemu opieki zdrowotnej wiążące różne jego elementy.

Na ich podstawie wielokrotnie dokonywano modyfikacji warunków realizacji umów zawieranych z Funduszem przez świadczeniodawców podstawowej opieki zdrowotnej.

Obecnie światowe trendy koncentrują się na wzmocnieniu sposobów i metod realizacji potrzeb zdrowotnych populacji. Maja one uwzględniać aktywizację realizatorów świadczeń oraz ich odbiorców w zakresie uzyskania pozytywnych efektów zdrowotnych.

Konieczne i oczywiste zatem stało się by zmiany kierunkowe w polskim systemie ochrony zdrowia, w dotychczasowym modelu podstawowej opieki zdrowotnej dotyczyły:

- koncentracji na potrzebach jednostki i populacji,
- jakości w realizacji świadczeń,
- zapobieganiu niekorzystnym zjawiskom zdrowotnym,
- działań planowych, systematycznych, długofalowych skierowanych na aktywizację pro-zdrowotną,
- wielopoziomowego i wielokierunkowego zintegrowania pomiędzy różnymi rodzajami świadczeń,
- możliwości stałego monitorowania zjawisk i oceny uzyskiwanych efektów zdrowotnych jednostek i objętej opieką populacji oraz możliwości szybkiego wdrażania ukierunkowanych zmian w praktykę, a także działania poszczególnych pracowników medycznych,

- wykorzystywania nowoczesnych technologii oraz współczesnych kanałów komunikacji pomiędzy wszystkimi uczestnikami opieki zdrowotnej,
- zwiększenia zachęty finansowej dla wszystkich pracowników medycznych poprzez zmianę sposobu finansowania adekwatnie do ich aktywności i realizacji nowych zadań.

Wdrożenie do praktycznego działania świadczeniodawców, mających podpisane umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia, w pilotażu programu POZ PLUS miało za zadanie umożliwić ocenę koniecznych zmian pod względem:

- zasadności,
- realnych możliwości wdrożenia ich w codzienną praktykę,
- dojrzałości realizatorów do ich implementacji,
- wpływu na system ochrony zdrowia w Polsce z uwzględnieniem wymiernych korzyści dla świadczeniobiorców.

Przedstawione w pracy zbiorowej informacje dotyczą przedmiotowych zagadnień zarówno od strony wskazań merytorycznych oraz zawierają uwagi i spostrzeżenia praktyków.

Do czytelnika będzie należał wybór sposobu ich wykorzystania na wszystkich etapach przemiany organizacyjnej i jakościowej funkcjonowania podmiotu leczniczego na potrzeby zmieniającego się rynku świadczeń opieki zdrowotnej.

1. Czym jest opieka koordynowana?

Zgodnie z definicją Europejskiego Biura ds. Zintegrowanej Opieki Zdrowotnej, będącego częścią Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), opieka koordynowana to „koncepcja świadczeń związanych z diagnozowaniem, leczeniem, opieką, rehabilitacją i promocją zdrowia w wymiarze nakładów, realizacji i organizacji świadczeń oraz zarządzania”.

Koordynowana opieka zdrowotna prowadzi do poprawy dostępności, jakości oraz efektywności opieki, a także poziomu satysfakcji pacjenta. Z praktycznej perspektywy, koordynowany system realizacji świadczeń można określić mianem bliskich, roboczych relacji między różnymi służbami i usługami, takimi jak szpitale, policja, opieka domowa, zdrowie publiczne, opieka społeczna i inne związane ze zdrowiem.

Opieka koordynowana dla Polski łączy w sobie wiele elementów charakterystycznych dla systemu zintegrowanej realizacji świadczeń. Jest to zestaw elementów wynikających z analiz międzynarodowych przykładów opieki koordynowanej, literatury przedmiotu, istniejących w Polsce analiz systemu opieki zdrowotnej, a także pogłębionych debat z krajowymi interesariuszami centralnego szczebla, ekspertami, naukowcami, pacjentami i personelem medycznym.

Opieka koordynowana w Polsce powinna skutkować:

- Wzrostem satysfakcji pacjenta;
- Lepszą jakością opieki;
- Wdrożeniem opieki z pacjentem w centrum uwagi;
- Wzrostem efektywności profilaktyki zdrowotnej: pierwotnej (I fazy), wtórnej (II fazy) i III fazy;
- Optymalizacją procesu diagnostyczno-terapeutycznego, znajdującą wyraz w stosowaniu w diagnostyce i leczeniu chorób trafnych środków ukierunkowanych na osiągnięcie rezultatu;
- Współpracą personelu ochrony zdrowia podczas realizacji świadczeń;
- Poprawą efektywności kosztowej w zakresie diagnostyki i leczenia[1].

2. Etapy wdrożenia opieki koordynowanej

Proces wdrażania opieki koordynowanej składa się z następujących elementów:

2.1. Zbudowanie zespołu

Najważniejszym zadaniem dla Świadczeniodawcy jest budowa zespołu opieki koordynowanej składającego się z: lekarza, pielęgniarki, położnej, koordynatora i zespołu wybranych konsultantów (z zakresu diabetologii, endokrynologii, kardiologii, neurologii, pulmonologii, ortopedii). Ścisła współpraca wszystkich członków jest najważniejszym elementem budowy zespołu i wymaga ciągłej pracy na każdym etapie wdrożenia. Należy zdefiniować rolę każdej osoby w zespole, jasno określić jej obowiązki i zasady współpracy. W przypadku koordynatora na samym początku należy powoli zwiększać jego obowiązki i liczbę pacjentów którymi się zajmuje, na przykład zaczynając od kontaktowania się z pacjentem przez telefon, kończąc na samodzielnym zarządzaniu grupą pacjentów. Przy tym dla całego zespołu należy opracować plan szkoleń, który obejmuje naukę od ekspertów wewnętrznych, mentoring, rozmowy motywujące i trening wprowadzający w nowe obowiązki przez pierwsze parę miesięcy.

2.2. Rekrutacja pacjentów do programu

Każdy z dotychczasowej listy pacjentów danego świadczeniodawcy automatycznie wpisany będzie do programu opieki koordynowanej z możliwością rezygnacji w każdym momencie pilotażu. Należy jednak informować o tym pacjentów na np. wizytach, zainicjowanych kontaktach poprzez rozmowę telefoniczną, listach, e-mailach.

2.3. Identyfikacja pacjentów

W trakcie trwania pilotażu należy zidentyfikować pacjentów według grup: zdrowy, chory przewlekle, w grupie ryzyka. Należy to robić w ramach bieżącej pracy przychodni. Jednocześnie jednak można opracować listę w oparciu o bieżące dane kliniczne na podstawie historii choroby - np. bardzo łatwo wyodrębnić grupę chorujących na cukrzycę. Znając swoją populację i charakter pacjentów, będzie można lepiej zaplanować ich leczenie.

2.4. Wdrażanie populacyjnych programów profilaktycznych (poprzez bilans dorosłych) oraz zarządzania chorobą (Disease management - DM)

W czasie wdrażania opieki koordynowanej należy sukcesywnie zwiększać liczbę pacjentów którzy będą objęci badaniami prewencyjnymi oraz w przypadku chorych przewlekle (zgodnie z 11 stanami wg. załączonej listy) tymi którzy objęci będą tzw. zarządzaniem

chorobą (Disease Management) poprzez stworzenie im indywidualnych planów opieki medycznej (IPOM) i stosowaniem ścieżek postępowania diagnostyczno-terapeutycznego (ŚPDT).

2.5. Dalsza stratyfikacja populacji

Na podstawie wewnętrznie opracowanego planu oceny pacjentów w chorobach przewlekłych można podzielić populację na dalsze podgrupy (np. chory przewlekle - stabilny, niestabilny, ciężko chory).

2.6. Ewaluacja i ciągłe dostosowywanie

Należy utworzyć plan monitorowania procesu wdrażania opieki koordynowanej na początku pilotażu. Na bieżąco należy go udoskonalać i dostosowywać system do bieżących potrzeb.

3. Przykłady opieki koordynowanej na świecie

W celu przedstawienia szerszej perspektywy, w rozdziale 3 zostały zaprezentowane wybrane przykłady wprowadzenia opieki koordynowanej na świecie. Dotyczą one:

- angażowanie pacjentów i społeczności,
- przywództwa w opiece koordynowanej,
- elektronicznej dokumentacji pacjenta.

3.1. Przykład: North West London Whole System Integrated Care

(dot. angażowanie pacjentów i społeczności)

Droga Północno Zachodniego Londynu (North West London, NWL) w kierunku opieki koordynowanej rozpoczęła się wraz Programem Pilotażowym w 2011 roku, będącym strategią krajową, której celem była promocja innowacji w opiece zdrowotnej. Program zakładał koordynację opieki w 8 dzielnicach Londynu, w których występowała wysoce zróżnicowana populacja licząca 2 miliony osób, począwszy od osób starszych, o stabilnej sytuacji finansowej jednak społecznie wyizolowanych, a skończywszy na wieloetnicznych, aktywnych obszarach zamieszkanym głównie przez ludzi młodych, o znacznie szerszym spektrum potrzeb opieki zdrowotnej i społecznej. W roku 2014 program ten wpisany został na listę 14 Inicjatyw Pionierskich. Dopiero wtedy udział społeczności w świadczeniu i projektowaniu usług opieki stał się faktem. Proces zainicjowany został przez Zespół Pionierski w momencie, w którym zauważył on, że pomimo iż wciąż trwają rozmowy na temat opieki skupionej na pacjencie, to jednak stroną tych rozmów nie są sami pacjenci. Od tego momentu proces innowacji objął 150 lokalnych organizacji społecznych, organizacje pozarządowe, organizacje obywatelskie oraz organizacje trzeciego sektora, w którym zachęcono te podmioty, aby zaprezentowały swe pomysły zespołowi koordynującemu.

Dyskusji zorganizowanej w formie zogniskowanych wywiadów grupowych, warsztatów oraz spotkań otwartych przewodziły 3 główne zasady:

- pacjenci mogą kierować swoją opieką i wsparciem, a potrzebna im opieka będzie świadczona w ich domach lub środowiskowo,
- lekarze pierwszego kontaktu będą kierować organizacją i koordynacją opieki dla pacjentów,
- udzielanie opieki koordynowanej będzie przez system wspierane, a nie hamowane.

Zaangażowanie reprezentantów wielu różnych grup w efekcie zaowocowało powstaniem sieci, za pośrednictwem której otrzymywana jest ciągła informacja zwrotna na temat kształtu systemu oraz która pozwala na wspólną ocenę i monitorowanie sposobu świadczenia usług opieki oraz wdrażanie opieki koordynowanej. Funkcje te są sukcesywnie rozszerzane w oparciu o informacje otrzymywane z sieci.

W procesie tym kluczowym partnerem jest Lay Partners Advisory Board, który pełni istotną rolę podczas wszystkich spotkań oraz w podejmowaniu wszelkich decyzji.

Społeczność lokalna była aktywnie zaangażowana w proces wspólnego opracowywania planów lokalnych, strategii oraz sposobów ich wdrożenia, które dostosowane były do dostępnych zasobów i potrzeb każdej z 8 dzielnic. W tym samym czasie udział Lay Partners w ogólnej koordynacji działań w ramach NWL Pioneer Work pozwolił upewnić się, że możliwe będzie przechodzenie świadczeniobiorców pomiędzy granicami poszczególnych dzielnic oraz że ogólna wizja poprawy stanu zdrowia całej populacji nie zostanie po drodze zapomniana.

Dyskusja skupiała się wokół następujących zagadnień:

- lokalna wizja opieki koordynowanej,
- na których grupach w ramach całej populacji należy skupić się w pierwszej kolejności,
- efekty pożądane dla tej grupy,
- jak powinien wyglądać nowy model opieki, tj. sposób współpracy świadczeniodawców, w ramach jednego zespołu, tak aby możliwe było świadczenie połączonych usług opieki oraz zapewnienie niezależności świadczeniobiorców[2].

3.2. Przykład: Podejście Mayo Clinic do przywództwa

(dot. przywództwa w opiece koordynowanej)

Mayo Clinic to amerykańska organizacja non-profit z placówkami w Minnesocie, na Florydzie i w Arizonie. Ponadto do systemu opieki zdrowotnej Mayo należy kilka pomniejszych placówek medycznych i szpitali w Iowa i Wisconsin. Przywództwo Mayo Clinic opiera się na fundamentalnym zrozumieniu faktu, że jakość to strategia biznesowa i filar systemu. Organizacja określa jakość jako połączenie rezultatów, bezpieczeństwa i świadczeń, co jest kluczowe dla udzielania pacjentom wysoce rzetelnej opieki zdrowotnej. Struktura jakości Mayo Clinic opiera się na czterech bazowych wymiarach niezawodnej opieki zdrowotnej, z których żaden nie może funkcjonować samodzielnie (Swensen i in., 2009):

1. optymalizacja kultury pod kątem bezpieczeństwa, rezultatów i świadczeń
2. usprawnienie infrastruktury pomocniczej
3. uproszczenie spójnych wysiłków technicznych
4. zdyscyplinowane i skuteczne wykonywanie zadań.

Mayo Clinic konsekwentnie sprzyja kulturze bezpieczeństwa poprzez określenie podstawowych zasad pracy na podstawie najlepszych praktyk – ze świadomością, że każda zbędna wariacja w środowisku pracy zwiększa prawdopodobieństwo popełnienia błędu medycznego przez pracowników opieki zdrowotnej. Kluczowym elementem ich

kompleksowej strategii jest również świadome inwestowanie w kapitał społeczny, który przekształca organizację ze zbiorowiska jednostek w prężny, spójny, kolektywny umysł. Opieka zdrowotna w Mayo Clinic jest organizowana i koordynowana przez zintegrowany zespół wielospecjalistyczny z dużymi programami szkoleniowo-badawczymi. Struktura organizacyjna oferuje środowisko zawodowe, w którym zbiegają się interesy kadry medycznej, szkoły medycznej oraz kierownictwa szpitalnego. Wszyscy lekarze są zatrudnieni na etat. Wydziały są odpowiedzialne przed instytucjami. Wyniki finansowe są dzielone z koordynowaną placówką i redystrybuowane przez komitety prowadzone przez lekarzy w celu osiągnięcia misji i wizji instytucji. W systemie tym opieka ambulatoryjna i szpitalna są pojmowane holistycznie. Szpital działa jak sieć bezpieczeństwa, gdy zawiedzie profilaktyczna opieka ambulatoryjna lub opieka w przypadku chorób przewlekłych.

Aby zrealizować tę kulturę bezpieczeństwa, Mayo Clinic inwestuje w infrastrukturę pomocniczą i spójne wysiłki techniczne, np. we wdrożenie elektronicznej dokumentacji medycznej, technologii informacyjną typu point-of-care (przyłóżkową), systemy szybkiego reagowania lub ośrodki symulacyjne. Mayo Clinic charakteryzuje się polityką przejrzystości i otwartej komunikacji. Prośzenie o pomoc w Mayo Clinic nie jest odbierane jako oznaka słabości – wszyscy członkowie zespołu opieki nad pacjentem muszą czuć się komfortowo podczas zwracania uwagi na problemy. Założeniem jest przeszkolenie kadry i pracowników z zakresu niedoborów jakości i zachęcenie ich do szukania rozwiązań. System zarządzania wartością Mayo Clinic określa jego strategię doskonalenia. Charakteryzuje się ona skupieniem, dyscypliną oraz skutecznym wykorzystaniem danych. Każdy zespół ds. doskonalenia ma statut projektowy ułożony w segmenty po „100 dni”, nad którym nadzór sprawuje właściciel procesu oraz kierownik projektu. Z doświadczenia wynika, że skuteczne jest skupienie się na istotnej kwestii, pomiar usprawnień, pełna implementacja sprawdzonych wyników, zamknięcie projektu i przejście do kolejnego priorytetu[3].

3.3. Przykład: Strategia e-zdrowia w Katalonii

(dot. elektronicznej dokumentacji pacjenta)

Wraz z Regionalną Strategią na Rzecz Zdrowia i Dobrostanu (PINSAP 2014) rząd Katalonii zdecydował również o strategicznym wdrożeniu systemu e-zdrowia i technologii zdrowotnych w celu wsparcia budowy koordynowanego systemu opieki zdrowotnej skupionego na potrzebach pacjenta. Jednym z pierwszych zadań było sporządzenie planu systemów informacji zdrowotnej obecnie wykorzystywanych w regionie, uwzględniając przy tym podstawową opiekę zdrowotną, szpitale, opiekę z zakresu zdrowia psychicznego oraz opiekę długoterminową. Na skutek powyższego powstał obraz 60 różnych funkcjonujących systemów, a przejście na współdzielony system dokumentacji typu

e-zdrowie zdawało się niemożliwe. Zamiast tego TicSalut, Kataloński instytut technologii, innowacji i zdrowia stworzył wspólną platformę umożliwiającą połączenie wszystkich systemów i wymianę potrzebnych informacji. Platforma ta, będąca zasadniczo systemem elektronicznej dokumentacji medycznej (EDM), umożliwia wdrożenie trzech strategii rozwoju:

- opieki koordynowanej,
- wzmocnienia roli obywateli,
- cyfryzacji zdrowia.

Wsparcie innowacji opieki koordynowanej

Pierwszym zastosowaniem EDM stała się opieka nad pacjentami ze złożonymi chorobami przewlekłymi. Dane obejmujące rozpoznania, hospitalizacje, leki, plany leczenia oraz czynniki ryzyka są wprowadzane do systemu i udostępniane wszystkim czterem sektorom. Ścieżki opieki pomagają w leczeniu tych pacjentów oraz umożliwiają zmianę świadczeniodawcy. 100% świadczeniodawców POZ oraz szpitali jest już objętych systemem i wymianą informacji, podczas gdy dla placówek zdrowia psychicznego i opieki długoterminowej odsetek ten mieści się między 97 a 99%. 77% wszystkich świadczeniodawców jest połączonych za pośrednictwem sieci WiFi, a 70% korzysta z platformy internetowej EDM, umożliwiającej przekazywanie danych w czasie rzeczywistym oraz zapewniającej łatwy dostęp.

Wsparcie dla wzmocnienia roli obywateli

Nawet po wdrożeniu EDM dostęp pacjentów do danych jest często ograniczony lub niemożliwy. Od lipca 2014 roku w Katalonii każdy mieszkaniec posiada swój osobisty portal zdrowotny, za pośrednictwem którego może połączyć się z EDM, ale również skorzystać z różnych kanałów komunikacji z systemem powszechnej opieki zdrowotnej, świadczeniodawcami, z e-recept (może złożyć o nie wniosek, pobrać je lub wydrukować) oraz uzyskać ogólną informację o zdrowiu. Platforma zezwala pacjentom także na rezerwację wizyty przez internet, złożenie wniosku o e-konsultację oraz zmianę świadczeniodawcy. Do stycznia 2016 roku w systemie zarejestrowało się ponad 60 tys. unikalnych użytkowników. Większość z nich tylko przegląda swoje dane, a aktywne korzystanie z systemu jest nadal mało popularne (27% korzysta z e-rejestracji, 10% z e-wyboru i 11% z e-konsultacji).

Innowacje w cyfryzacji zdrowia

Różne organy państwowe opracowują obecnie strategię dla m-zdrowia w regionie, dyskutując na tematy związane z zakresem stosowania i funkcjonalnością urządzeń przenośnych, aplikacji m-zdrowotnych oraz innowacyjnych wyrobów medycznych. Głównym założeniem jest powstanie w Katalonii najbardziej innowacyjnego systemu opieki zdrowotnej na świecie oraz aktywne korzystanie z wielu możliwości oferowanych przez nowe technologie. Pierwszym krokiem w tym kierunku było powstanie Marketplace [Rynku], portalu internetowego oferującego aplikacje związane ze zdrowiem i dobrostanem, od promocji zdrowia (np. informacji żywieniowych i związanych z wyborem stylu życia) do monitorowania aktywności fizycznej, a także aplikacje napisane specjalnie dla danej choroby, np. w celu dbania o stan układu sercowo-naczyniowego. Choć strategie i narzędzia zostały już w znacznym stopniu ustalone, TicSalut wraz z partnerami pracują obecnie nad promowaniem wielu możliwości aktywnego uczestnictwa w zarządzaniu osobistą EDM, szkoleniem świadczeniodawców z zakresu korzystania z usług i informacji, które oferują na co dzień, przy jednoczesnym uczeniu się o metodach wykorzystania nowych technologii do promocji zdrowia i dobrostanu zgodnie z metodami ochrony zdrowia populacji[4].

Więcej informacji znajduje się pod adresem: http://www.ticsalut.cat/en_index

4. Pilotaż modelu opartego o podstawową opiekę zdrowotną

4.1. Informacje o projekcie

Narodowy Fundusz Zdrowia od dnia 28 listopada 2017 r. do 31 maja 2022 r., realizował projekt pozakonkursowy pt.: Przygotowanie, przetestowanie i wdrożenie do systemu opieki zdrowotnej organizacji opieki koordynowanej (OOK) Etap II Faza pilotażowa – model POZ PLUS. Projekt był współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego.

Celem projektu było pilotażowe wdrożenie modelu opieki koordynowanej na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej, tzw. modelu POZ PLUS. Cele szczegółowe modelu POZ PLUS to:

- poprawa jakości usług medycznych świadczonych na poziomie podstawowej opieki medycznej;
- zwiększenie ilości świadczeń medycznych świadczonych na poziomie podstawowej opieki medycznej;
- poprawa koordynacji usług medycznych świadczonych na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej.

Pilotażowe wdrożenie modelu opieki koordynowanej na poziomie POZ miało na celu stopniowe tworzenie systemu ukierunkowanego na pacjenta, w którym zamiast koncentracji na świadczeniu usług medycznych, kładzie się większy nacisk na stosowanie narzędzi zapobiegawczych.

Nadrzędnym celem POZ Plus było oferowanie wysokiej jakości świadczeń w celu zaspokojenia potrzeb zdrowotnych pacjentów oraz świadczenie opieki zdrowotnej w chorobie i w zdrowiu w odróżnieniu od sporadycznych interwencji medycznych podejmowanych w reakcji na zaostrzenie choroby. Rozszerzony model podstawowej opieki zdrowotnej, czyli POZ Plus, obejmował pierwotny zakres świadczeń realizowanych w ramach POZ – wymienionych powyżej – oraz dodatkowo wybrane świadczenia ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS) oraz ambulatoryjnej fizjoterapii.

4.2. Główne produkty projektu, populacja, realizatorzy

Do dwóch podstawowych interwencji programu należały: program bilansów zdrowia oraz program zarządzania chorobą (ang. Disease Management Program, DMP) Poszerzono tym samym kompetencje członków zespołu POZ, w tym: lekarzy pierwszego kontaktu, pielęgniarek, położnych i opcjonalnie fizjoterapeutów Kolejną innowacją było wprowadzenie funkcji koordynatora opieki w każdej placówce POZ Plus, aby

wspierać sprawowaną nad pacjentami opiekę POZ Plus miał się charakteryzować następującymi cechami: (i) opieka świadczona w sposób kompleksowy, planowy, trwały i skoordynowany; (ii) proaktywna opieka zdrowotna – wizyty w placówce inicjowane także przez świadczeniodawcę, pacjent staje się aktywnym partnerem personelu medycznego – decyzje dotyczące działań w chorobie i w zdrowiu są podejmowane wspólnie w oparciu o indywidualny plan opieki medycznej (IPOM); (iii) nieograniczaniu prawa pacjenta do wyboru placówki POZ (oferuje się natomiast wybór dotyczący jej organizacji).

Wśród pacjentów, którzy przystąpili do pilotażu POZ Plus były osoby dorosłe (pow. 18 r.ż.) kwalifikujące się do programów profilaktycznych, osoby z licznymi schorzeniami przewlekłymi, o złożonych potrzebach zdrowotnych oraz inne grupy osób szczególnie narażonych na rozwój chorób.

Program bilansów zdrowotnych obejmował wizyty lekarskie oraz zestaw badań diagnostycznych służących przypisaniu każdego uczestnika do jednej z czterech grup:

(I) zdrowi bez czynników ryzyka;

(II) zdrowi bez objawów, ale z pewnymi czynnikami ryzyka;

(III) przewlekle chorzy bez aktualnych objawów, stabilni;

(IV) przewlekle chorzy z aktualnymi objawami i wymagający ustabilizowania stanu zdrowia.

Częścią wizyty bilansowej było rozpoznanie czynników ryzyka u danego pacjenta i skierowanie pacjenta na wizytę edukacyjną, która miała wzmocnić umiejętności pacjenta w zakresie samokontroli i zaangażowania w proces leczenia. Bilanse zdrowotne mogły mieć charakter podstawowy albo pogłębiony (w zależności od wymaganego do przeprowadzeniu zakresu badań).

Do programów zarządzania chorobą (DMP) pacjenci byli zapisywani w wyniku przeprowadzonego bilansu zdrowotnego lub na podstawie wiedzy personelu medycznego o dotychczasowym stanie zdrowia pacjenta lub jego dokumentacji medycznej.

W skład DMP wchodziło jedenaście chorób przewlekłych (nadciśnienie tętnicze samoistne, cukrzyca typu 2, przewlekła choroba wieńcowa, utrwalone migotanie przedsionków, przewlekła niewydolność serca, astma, przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP), wole mięsiste i guzowate tarczycy, niedoczynność tarczycy, choroba zwyrodnieniowa stawów obwodowych, zespoły bólowe kręgosłupa). Po przystąpieniu do danego DMP pacjenci korzystali z opieki skoordynowanej na poziomie POZ, a także z konsultacji u lekarzy specjalistów, fizjoterapii i edukacji zdrowotnej.

W drodze otwartego i przejrzystego naboru zostały wyłonione podmioty, których zadaniem było przetestowanie modelu we wszystkich regionach kraju, zarówno w obszarach miejskich jak i wiejskich. Placówki POZ były zobowiązane do dostosowania struktury organizacyjnej i wewnętrznych systemów IT w celu zarządzania opieką koordynowaną. Proces dostosowania został sfinansowany w ramach projektu, z przyznanego grantu technologicznego i koordynacyjnego.

W każdej placówce wyznaczono koordynatora opieki odpowiedzialnego za koordynowanie przebiegu opieki nad każdym pacjentem POZ Plus. Funkcję tę mógł pełnić zarówno dotychczasowy pracownik POZ (administracyjny lub medyczny), jak i zrekrutowana w tym celu osoba. Do zadań koordynatora należeć miało m.in.: wsparcie pacjentów POZ w procesie leczenia, dbanie o lepszą komunikację personelu POZ z pacjentem, informowanie o kolejnych etapach leczenia (nie tylko w ramach POZ) oraz wspomaganie organizacji leczenia w szczególności pacjentów z chorobami przewlekłymi.

W celu sfinansowania świadczenia nowych usług (m.in. bilansów zdrowia, programów zarządzania chorobą i funkcji koordynatora) każdej placówce POZ Plus zapewniono dodatkowe środki budżetowe oraz wprowadzono nowe sposoby zakupu usług, takie jak budżet powierzony (w tym opłatę za usługę), poza stałą umową pomiędzy NFZ a placówkami POZ.

Pilotaż był wdrażany od lipca 2018 r. do września 2021 r. i wzięło w nim udział 47 placówek POZ w całym kraju.

5. Główne role w opiece koordynowanej

Koordinacją opieki nad pacjentem zajmuje się zespół POZ - lekarz rodzinny, pielęgniarka, położna, konsultanci i koordynator. Koordynatorem w zespole podstawowej opieki zdrowotnej może być każdy członek zespołu podstawowej opieki zdrowotnej - lekarz, pielęgniarka, położna lub osoba dodatkowo zatrudniona w tym zespole (np. magister zdrowia publicznego).

5.1. Zespół podstawowej opieki zdrowotnej - definicja

W założeniach programowych modelu POZ PLUS ustalono, że szeroko rozumiany Zespół POZ składa się z lekarza rodzinnego, pielęgniarki, położnej, koordynatora i konsultantów (innych pracowników opieki zdrowotnej). Jego rolą jest zapewnienie w ramach opieki ambulatoryjnej ciągłej, holistycznej i maksymalnie możliwie kompleksowej opieki nad pacjentem. Wspieraniem w realizacji zadań zespołu mają być edukatorzy zdrowotni, dietetycy, psycholodzy i fizjoterapeuci.

Zmiany w sposobie i organizacji udzielania świadczeń były bardzo oczekiwane i wynikały z realnych potrzeb. Potwierdza to opinia jednego z uczestników programu:

...„Udział w pilotażowym programie opieki koordynowanej w podstawowej opiece zdrowotnej pod nazwą POZ PLUS został odebrany przez Copernicus PL Spółka z o.o. w Gdańsku – a w szczególności przez zespół organizatorów i realizatorów świadczeń w POZ – jako długo wyczekiwana możliwość realizacji holistycznej wizji opieki sprawowanej nad pacjentem w poz. Na długo przed programem POZ PLUS idea opieki koordynowanej, zaszczerpiona przez Kierownika Podyplomowych Studiów Ekonomiki Zdrowia Uniwersytetu Warszawskiego dr Katarzynę Tymowską, której absolwentami jest część kadry zarządzającej w Spółce i bezpośrednio w POZ, była realizowana w miarę możliwości na jakie pozwalały uwarunkowania prawne.”...

5.1.1. Budowa zespołu

W pracy lidera to zadanie niełatwe i wymagające stałej aktywności i doboru wielu wybranych metod i technik. Tworzenie zespołu jest procesem ciągłym oparty na uzyskaniu efektywnego działania zespołu ludzi w dążeniu do zdobycia zakładanego celu. W głównej mierze opiera się na określeniu tożsamości i zaufaniu, świadomości i motywacji członków zespołu, tolerancji na stres oraz umiejętności rozwiązywania sytuacji trudnych i problemowych.

Jeden z realizatorów programu POZ PLUS uznał, że opieka zdrowotna świadczona przez Zespół POZ w sposób kompleksowy to SZANSA na ZDROWIE.

Takim hasłem- umieszczonym na reklamowym banerze, zachęcał okolicznych mieszkańców do skorzystania z bezpłatnych badań diagnostycznych, konsultacji specjalistycznych, rehabilitacji i edukacji zdrowotnej w ramach pilotażu programu POZ PLUS.



Rysunek 1 Szansa na zdrowie. Opracowanie własne NZOZ Janów s.c.

Najistotniejszym okazał się przekaz skierowany bezpośrednio do odbiorcy „... jesteś jednym z nielicznych, wykorzystaj szansę”..., choć zamieszczony małym drukiem, ale jakże sugestywny i działający nie tylko na wyobraźnię uważnego odbiorcy, ale też wpływającym na jego świadomość a dotyczący istotnej odrębności każdego z nas.

Jednak, żeby tak sformułować przekaz, liderzy musieli w sposób oczywisty dokonać głębokiej i wszechstronnej analizy sposobu funkcjonowania swojej organizacji w kilku kategoriach. Dotyczyły one uwarunkowań zewnętrznych tj.:

- ogólnych warunków sektora zdrowia i funkcjonowanie systemu opieki zdrowotnej
- warunków samorządowych i lokalnej społeczności,

oraz uwarunkowań wewnętrzne do której należy:

- struktura administracyjno-organizacyjna przedsiębiorstwa,
- potencjał kompetencyjny pracowników,
- posiadane zasoby materialne i niematerialne,
- możliwość skorzystania z szeroko rozumianego „outsourcingu”,
- struktura epidemiologiczna, demograficzna oraz społeczno-kulturowa populacji objętej opieką.

5.1.2. Przykładowe narzędzia służące budowie zespołu

Znaczącym utrudnieniem we wprowadzaniu zmian wynikających z przyjętych założeń w rozwoju podstawowej opieki zdrowotnej jest jej dotychczasowe funkcjonowanie w warunkach w zasadzie niezamienialnych od kilku lat.

Dlatego, po podjęciu decyzji o wprowadzaniu nowatorskich rozwiązań w funkcjonowaniu danej organizacji, najistotniejszym jest postawienie sobie, jako organizatorowi procesu udzielania świadczeń, założeń i celu, dla którego dokonujemy zmiany oraz wypracowanie z członkami Zespołu szczegółowych celów, planu działania wraz z harmonogramem pracy i zadań zgodnie z ich odmiennymi kompetencjami i unikalnymi umiejętnościami.

Przyjmując założenie, że zespół to dość przypadkowa grupa społeczna, która ma wykonać określone zadanie, kluczowym wydaje się element zaakceptowania przez wszystkich uczestników zarówno sposobu pracy, komunikacji i ustalonych procesów decyzyjnych przyjętych do implementacji w codzienną praktykę.

Ustalenie wspólnego celu konsoliduje Zespół oraz daje poczucie ważności wszystkim jej członkom. Wspólne, czasem podczas wielokrotnych narad i spotkań, ustalanie planu działania pozwala na skonkretyzowanie przyjętej koncepcji oraz przybliżyć wizję dla której podejmowane są zmiany, co w dalszym etapie pozwala na kontynuację funkcjonowania praktyki już po osiągnięciu ustalonych zamierzeń.

Na uwagę zasługuje fakt ustalenia i przyjęcia zasad komunikacji w Zespole, a także opracowania reguł określających role wraz z obszarami odpowiedzialności każdego z członków oraz dokładnego sprecyzowania procesu decyzyjnego. Brak określenia obszarów odpowiedzialności prowadzi do tzw. „próżniactwa społecznego” pogłębiającego zmniejszanie zaangażowania członków na rzecz zespołowej odpowiedzialności do czego nie powinno się dopuszczać. Zjawisko to prowadzi do spadku motywacji, a w konsekwencji do niepowodzenia i zaniechania zmian w rozwoju praktyki.

Zatem użyty przykładowo w banerze, slogan „...jesteś jednym z nielicznych, wykorzystaj szansę”... nabiera uniwersalnego znaczenia. Nie odnosi się tylko do motywacji potencjalnych świadczeniobiorców ale także motywuje pracowników, którym dana jest unikalna szansa uczestniczenia w dość trudnym, ale pozytywnym i twórczym procesie.

5.1.3. Lekarze rodzinni w zespole POZ PLUS

Organizacja zawodowa lekarzy rodzinnych w Polsce scharakteryzowała w sposób bardzo szczegółowy i uniwersalny role i zadania lekarzy rodzinnych:

...„Lekarze rodzinni są to lekarze specjaliści, przeszkoleni zgodnie z pryncypiami medycyny rodzinnej. Są lekarzami osobistymi, w pierwszym rzędzie odpowiedzialnymi za zapewnienie każdej potrzebującej opieki medycznej jednostce, opieki całościowej i ciągłej, niezależnie od wieku, płci i rodzaju choroby tej jednostki. Sprawują opiekę nad jednostkami w kontekście ich rodzin, lokalnej społeczności i zaplecza kulturowego, zawsze respektując autonomię swoich pacjentów. Uznają również swoją zawodową odpowiedzialność przed lokalną społecznością.

Negocjując ze swoimi pacjentami plany postępowania włączają w nie czynniki fizyczne, psychologiczne, społeczne, kulturowe i egzystencjalne, wykorzystując wiedzę i zaufanie zrodzone z częstych kontaktów. Lekarze rodzinni odgrywają swoją zawodową rolę poprzez promowanie zdrowia, zapobieganie chorobie oraz zapewnienie leczenia, opieki oraz opieki terminalnej. Realizują to bezpośrednio, albo poprzez świadczenia innych, według potrzeb zdrowotnych i zasobów dostępnych w lokalnej społeczności, której służą, asystując pacjentom w razie konieczności w dostępie do tych świadczeń. Muszą podejmować odpowiedzialność za rozwijanie i zachowywanie swoich umiejętności, osobistego zrównoważenia oraz wartości, jako podstawy do efektywnej i bezpiecznej opieki nad pacjentami”...[5]

Prezentowany w rozdziale 5.1.1. baner reklamowy odnosi się do ww. cech zawodowych lekarza rodzinnego w aspekcie realizacji programu. Zwraca uwagę informacją dotyczącą wyjątkowości programu POZ PLUS do realizacji, którego przystąpiły w całym kraju tylko 45 ośrodki POZ z czego 2 w województwie lubelskim. Zatem, dla każdego świadomego i ambitnego pracownika medycznego, nie tylko lekarza rodzinnego, biorącego udział w tak wyjątkowym programie będzie to wyróżnienie oraz dodatkowa motywacja do poszerzania swoich szeroko rozumianych kompetencji zawodowych.

Kreacja nowatorskich ról do spełnienia w realizacji zadań programowych przypisanych wszystkim członkom zespołu, będzie pochodną założeń samego programu oraz kreatywności jego realizatorów. Jednak szczególną rolę przypisano lekarzowi rodzinemu, który swoimi kompetencjami oraz uprawnieniami ma łączyć bardzo szerokie zakresy świadczeń zdrowotnych niezbędnych we wzmacnianiu zachowań prozdrowotnych, połączonych z profilaktyką chorób u osób objętych opieką oraz działań dotyczących rozpoznawaniu chorób. Do realizacji opisanego zakresu świadczeń lekarz powinien otrzymać wsparcie udzielone przez wybranych specjalistów z wykorzystaniem nowych narzędzi diagnostycznych, komunikacyjnych oraz organizacyjnych.

Jedną ze znaczących zmian w zadaniach lekarza jest wdrożenie, w praktyczne swoje codzienne działania, procedury medycznej pod nazwą bilans zdrowia człowieka dorosłego.

Jest to procedura przeznaczona dla osób w przedziale 20–65 lat, którzy w okresie 12 miesięcy przed badaniem bilansowym nie byli u lekarza z powodu choroby przewlekłej i wiąże się z zastosowaniem wystandaryzowanych badań w ramach profilaktyki chorób przewlekłych, wykonywanych raz na pięć lat w pięcioletnich grupach wiekowych. Mają one służyć rozwojowi zachowań prozdrowotnych pacjentów, poprzez aktywną edukację. Dodatkowo, podczas jego prawidłowej i całościowej realizacji powinno nastąpić wyłonienie osób z czynnikami ryzyka wystąpienia chorób w populacji objętej opieką.

Jednym z podstawowych celów badania bilansowego jest identyfikacja (stratyfikacja) pacjentów zdrowych i potencjalnie chorych.

Bilans zdrowia człowieka dorosłego (podstawowy) składa się z:

- wizyty przed-bilansowej,
- badania fizykalnego,
- skierowania pacjenta na badania diagnostyczne,
- omówienie wyników.

W przypadku wystąpienia co najmniej jednego czynnika ryzyka zdrowia wykonywany jest tzw. bilans pogłębiony, na który składa się:

- wykonanie składowych bilansu podstawowego,
- wykonania badań diagnostycznych z tzw. pakietu bilansu pogłębionego,
- oceny i omówienia z pacjentem wyników badań oraz nadania statusu zdrowotnego,
- ustalenia Indywidualnego Planu Postępowania Zdrowotnego (IPPZ) i skierowania na wizytę edukacyjną.

Oprócz oczywistych korzyści zdrowotnych dla pacjentów, uzyskane wyniki z badań bilansowych pozwolą organizatorom praktyk lekarskich na skuteczne zarządzanie liczbą i typem usług zdrowotnych dla określonej grupy pacjentów, tak by zmiany dokonywane w jej organizacji zaspakajały potrzeby zdrowotne zapisanych pacjentów. Staną się zatem podstawą do podejmowania strategicznych i perspektywicznych decyzji o charakterze nie tylko medycznym, ale także organizacyjno – administracyjnym, służącym rozwojowi własnej praktyki z uwzględnieniem aspektów finansowych ponoszonych kosztów.

Należy podkreślić, że przyjęty w programie POZ PLUS, bilans zdrowia człowieka dorosłego nie jest badaniem jednorazowym. Powstaje w czasie trwania, kilku zaplanowanych wizyt koordynowanych przez koordynatora procesu leczniczego – członka Zespołu z nowymi zadaniami w sferze działań organizacyjnych niezbędnym w zarządzaniu procesem leczniczym.

Na uwagę zasługuje fakt standaryzacji badania bilansowego. Badane kwestie zdrowotne zawarte są w formie pytań na odpowiednim arkuszu bilansowym, stanowiącym indywidualną dokumentację medyczną pacjenta. Poprawne przeprowadzenie bilansów zdrowia w podległej populacji, będzie wymagało od lekarza umiejętności wykonywania zadań, w odmiennym niż dotychczasowo przyjętym, rozkładzie dnia pracy jak również zmian w organizacji przebiegu samej porady lekarskiej oraz jej właściwego dokumentowania.

Uzyskane wyniki bilansowe będą wyznaczały kierunki działań przyjęte w indywidualnym, uzgodnionym z pacjentem, planie postępowania oraz wytyczą ścieżki postępowania dla wszystkich członków Zespołu medycznego, w którym nowatorską rolę przewidziano dla koordynatora zarządzającego organizacją postępowania leczniczego. Informacje wygenerowane podczas wizyty lekarskiej powinny docierać bezpośrednio do koordynatora wpływającego na dalsze etapy postępowania poprzez generowanie min. zbiorczych informacji zwrotnych dla wszystkich uczestników procesu leczniczego.

Wdrożenie w codzienną praktykę zasad koordynacji procesem leczniczym w zakresie POZ w powiązaniu z diagnostyką i wybranymi świadczeniami specjalistycznymi warunkuje konieczność rozwinięcia wielopoziomowej i wielokierunkowej komunikacji wewnątrz praktyki oraz zewnętrznej z praktykami współpracującymi. Dotyczy to przede wszystkim usprawnienia działań organizacyjnych w praktyce z wykorzystaniem infrastruktury i narzędzi oraz nowoczesnych technik do współczesnej komunikacji, generowania dokumentacji oraz przepływu informacji pomiędzy uczestnikami procesu. Jest to dla organizatorów zadanie trudne, wymagające planowania przyszłościowego, uwzględniającego ustawiczne szkolenie i edukację personelu, nakłady finansowe oraz określenia algorytmów postępowania na wszystkich poziomach komunikacji przy współdziałaniu zaangażowanych stron.

Zatem powołanie do zespołu realizującego program pilotażowy POZ PLUS osoby koordynatora jako „organizacyjnego wsparcia lekarza rodzinnego”, którego zadaniem jest uzgodnienie przebiegu procesu opieki zdrowotnej na podstawie ustalonego, zindywidualizowanego planu (IPOM), ma na celu zoptymalizowanie czasu przebywania pacjentów w zakładach opieki zdrowotnej i co najistotniejsze skrócenie czasu dostępności do działań profesjonalistów zapewniających optymalne efekty zdrowotne.

Taki sposób postępowania i organizacji opieki przy aktywnej postawie pacjentów powinien przynieść oczekiwany skutek systemowy w postaci podniesienia jakości udzielanych świadczeń, poprawy do ich dostępności, szybką diagnostykę i przeciwdziałanie rozwijaniu się chorób przewlekłych, a tym samym obniżeniu nakładów finansowych i niepożądanemu rozwojowi kosztochłonnych procedur.

5.1.4. Konsultanci w zespole POZ PLUS

Analiza danych ilościowych i rodzajowych sprawozdawanych w zakresie porad udzielanych w ramach systemu ochrony zdrowia, wyłoniła grupę dziedzin medycyny, które są najbardziej powszechne oraz użyteczne i wspierające pracę lekarza rodzinnego. Włączono je zatem w realizację programu POZ PLUS w opiece koordynowanej.

Dotyczą następujących grup i określonych jednostek chorobowych:

Grupa I Diabetologia:

- Cukrzyca.t. II

Grupa II Kardiologia:

- Przewlekła choroba wieńcowa
- Utrwalone migotanie przedsionków
- Przewlekła niewydolność serca
- Nadciśnienie tętnicze

Grupa III Pulmonologia:

- Astma oskrzelowa
- POChP

Grupa IV Endokrynologia:

- Wole rozlane tarczycy, wole guzowate tarczycy, wole mięsiste tarczycy
- Niedoczynność tarczycy

Grupa V Reumatologia i neurologia

- Choroba zwyrodnieniowa stawów obwodowych
- Zespoły bólowe kręgosłupa

Na potrzeby wsparcia lekarzy rodzinnych w udzielaniu świadczeń w ww. jednostkach chorobowych, które zaplanowano w programie POZ PLUS do prowadzenia przez lekarzy rodzinnych, w oparciu o diagnostykę, rehabilitację i konsultacje specjalistyczne przygotowano tematyczne algorytmy postępowania zwane „ścieżki postępowania diagnostyczno-terapeutycznego”.

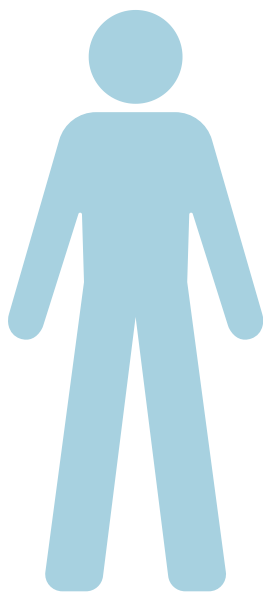
5.2. Nowe role w opiece koordynowanej

5.2.1. Koordynator

Jednym z najważniejszych zadań dla świadczeniodawcy w procesie wdrażania opieki koordynowanej jest zbudowanie zespołu, który weźmie na swoje barki całościową, skoordynowaną opiekę nad pacjentem. W skład takiego zespołu oprócz lekarza, pielęgniarki, położnej, wybranych konsultantów wchodzi koordynator.

Bardzo trudno określić, nawet w kilku słowach, kim jest koordynator. Nie istnieje oficjalna definicja tego stanowiska. Z całą pewnością łatwiej jest nazwać i sprecyzować jakie kompetencje powinna mieć osoba ubiegająca się o prace na tym stanowisku.

Niezbędne umiejętności Koordynatora:



- ✓ Potrafi rozwinąć wizję przyszłości opieki koordynowanej dla określonej grupy pacjentów.
- ✓ Jest w stanie stymulować profesjonalistów do współpracy oraz postrzegania norm i standardów zespołu.
- ✓ Jest kompetentny jeśli chodzi o zarządzanie zmianą i myślenie projektowe.
- ✓ Posiada doświadczenie w zakresie logistyki pacjentów, zastosowań rozwiązań informatycznych w opiece zdrowotnej i przepisów dotyczących opieki koordynowanej, w tym jej finansowania.
- ✓ Jest w stanie pozyskać dodatkowe fundusze na innowacyjne projekty.
- ✓ Posiada umiejętność komunikowania się z pacjentami, personelem współpracującym w POZ i specjalistami.
- ✓ Jest akceptowany i uznawany przez pracowników opieki zdrowotnej a także finansistów[6].

Rolę koordynatora może pełnić każdy członek zespołu POZ – lekarz, pielęgniarka, położna lub osoba specjalnie zatrudniona na to stanowisko np. osoba po ukończeniu studiów zdrowia publicznego.

Głównym zadaniem koordynatora jest budowanie relacji pomiędzy wszystkimi podmiotami zaangażowanymi w proces koordynacji, a w szczególności [7]:

- wyjaśnienie pacjentowi roli koordynatora opieki;
- koordynacja obiegu dokumentacji medycznej świadczeniobiorcy, w tym nadzór nad jej kompletnością;
- nawiązywanie i utrzymywanie kontaktu ze świadczeniobiorcą i jego rodziną podczas procesu leczenia;
- wspieranie pacjentów w procesie leczenia np.: udział w spotkaniach z lekarzami, pielęgniarkami, pacjentem i jego rodziną);
- ustalanie terminów realizacji poszczególnych etapów opieki zdrowotnej, w tym profilaktyki i leczenia;
- komunikacja pomiędzy personelem administracyjnym, a personelem medycznym zarówno podmiotu leczniczego, w którym jest zatrudniony oraz innych świadczeniodawców zaangażowanych w proces udzielania świadczeń;
- interwencja w celu przewyciężenia odstępstw od oczekiwanego planu opieki;
- pomoc pacjentowi w orientacji w systemie ochrony zdrowia;
- udzielanie informacji związanych z procesem koordynacji i funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej;
- analiza i udział w doborze populacji świadczeniobiorców objętych opieką do odpowiednich interwencji zdrowotnych;

- przeglądanie, monitorowanie i ewaluacja planu opieki poprzez konsultację z pacjentami, zespołem POZ i współpracującymi świadczeniodawcami;
- ocena rezultatów opieki zespołu poprzez pomiar skuteczności interwencji.

Do obowiązków koordynatora należy[8]:

1. Kontakt przed wizytą pacjenta w przychodni.

Koordynator potwierdza odbycie wizyty, umawia wizyty związane z badaniami profilaktycznymi, przygotowuje skierowania na badania związane ze ścieżką postępowania diagnostyczno-terapeutycznego lub bilansem dorosłych przed wizytą pacjenta. Działania te powodują mniej odwołanych wizyt, więcej wizyt planowych, lepsze wyniki leczenia.

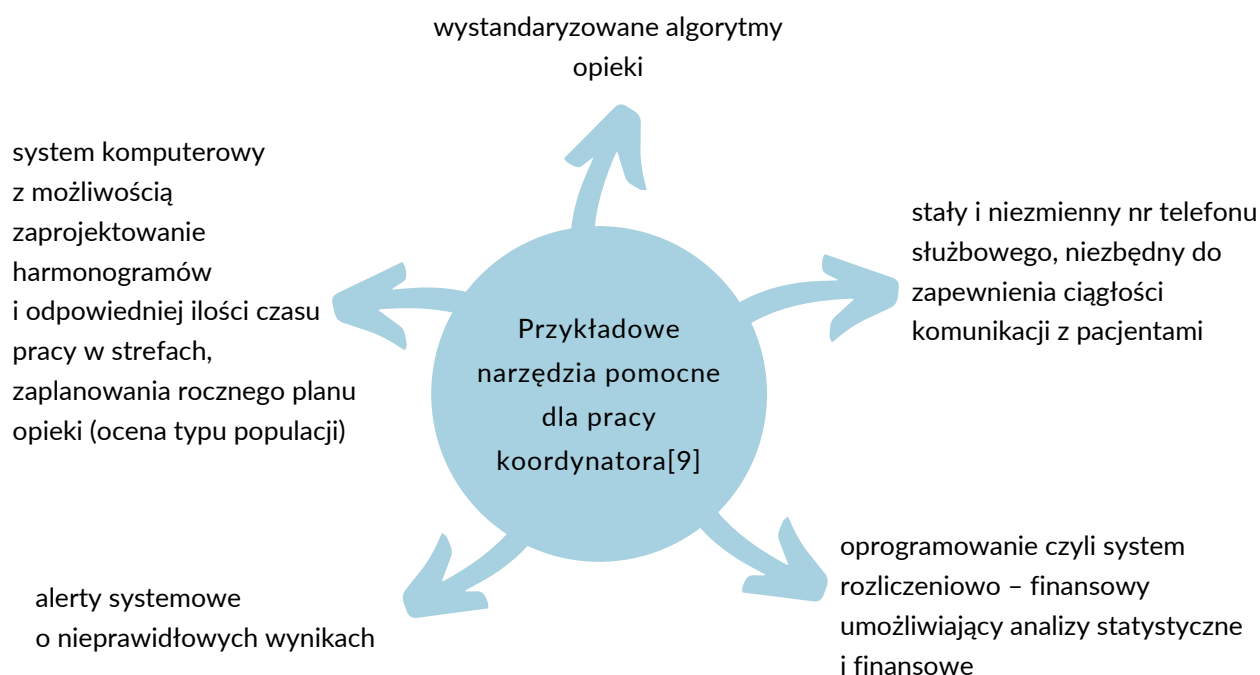
2. Zapobieganie tworzenia się przerw w leczeniu.

Koordynator kontaktuje się z pacjentami, którzy nie zgłosili się na planowane wizyty i badania, szczególnie w przypadku pacjentów z chorobami przewlekłymi. Działania te dają lepsze wyniki leczenia.

3. Pomoc w koordynacji opieki.

Koordynator kontaktuje się z pacjentem (osobiście lub w innej formie) w celu przekazania informacji o tym gdzie i kiedy ma się zgłosić na wizytę do konsultanta (współpracującego z zespołem POZ) – Działania te powodują mniejsze zagubienie pacjenta oraz lepszą zgłaszalność na wizyty.

Przykładowe narzędzia pomocne dla pracy koordynatora:



Obecność Koordynatora w placówce POZ zapewnia zdecydowanie lepszy dostęp pacjentów do podstawowej opieki zdrowotnej, a także daje wsparcie pracownikom poprzez wzmocnioną komunikację i koordynację opieki.

5.2.2. Edukator zdrowotny

W opiece koordynowanej edukacja pacjentów pełni bardzo ważną rolę.

W praktyce w procesie edukacyjnym kierowanym do pacjentów wyróżniamy:

- edukacje dot. samej organizacji w opiece koordynowanej oraz
- behawioralne /prozdrowotne, chorobowe/.

Wśród drugiej grupy możemy zdefiniować: edukacje w chorobie i wspomaganie procesu leczenia oraz te typowo prozdrowotne: zwiększające czujność onkologiczną oraz z elementami zachowania zdrowego stylu życia, zaprzestania palenia tytoniu, itd. Edukatorem, w zależności od tematyki, może być pielęgniarka, dietetyk lub też inny specjalista [10].

Więcej informacji na temat pracy edukatora w publikacji „Edukacja Zdrowotna w podstawowej opiece zdrowotnej” Ebook dla edukatora, dostępnej pod adresem <https://koordynowana.nfz.gov.pl>.

6. Identyfikacja i stratyfikacja populacji pacjentów POZ

6.1. Na czym polega identyfikacja pacjentów?

W początkowym etapie pilotażu (przez pierwszy rok) zadaniem zespołu POZ, wg. wewnętrznie ustalonych kryteriów, będzie podział populacji pacjentów na:

- zdrowych,
- chorych przewlekle,
- w grupie ryzyka.

Umożliwi to lepsze zarządzanie populacją pacjentów, dostosowanie rodzaju wizyt które pacjenci powinni mieć zapewnione, lepsze dopasowanie indywidualnych planów opieki medycznej (IPOM) oraz zastosowanie i wdrożenie systemów zarządzania chorobą (disease management)[11].

6.2. Czym jest stratyfikacja populacji?

6.2.1. Cel stratyfikacji pacjentów

Celem stratyfikacji jest identyfikacja i wyodrębnienie, zgodnie z przyjętymi kryteriami, subpopulacji pacjentów, dla których można określić indywidualny cel postępowania oraz wdrożyć odpowiedni plan profilaktyczno-terapeutyczny w kontekście jego intensywności, zgodny z potrzebami klinicznymi i socjalnymi.

6.2.2. Model stratyfikacji pacjentów POZ – na podstawie praktycznych doświadczeń Centrum Medyczno-Diagnostycznego w Siedlcach

Opisany poniżej model stratyfikacji populacji POZ jest wdrażany w Centrum Medyczno-Diagnostycznym w Siedlcach od 2015 r.

Stratyfikacja pacjentów charakteryzuje daną populację. W praktyce przypisywany jest pacjentowi określony symbol – identyfikator danej grupy stratyfikacyjnej. Otrzymywane w ramach stratyfikacji dane o populacji to:

- liczba pacjentów o różnych stopniach zaawansowania choroby przewlekłej (małe, średnie, wysokie);
- liczba pacjentów zdrowych;
- liczba pacjentów będących pod opieką w domu;
- potrzeby zdrowotne, profilaktyczne i edukacyjne pacjentów wg ich statusu.

Wszystkie powyższe cechy populacji będącej pod opieką POZ przekładają się na obciążenia kosztowe i zużycie zasobów danego lekarza/zespołu POZ.







6.2.3. Opis przykładowego modelu stratyfikacji

W przyjętym modelu stratyfikacji w całej grupie pacjentów będących pod opieką POZ wyróżnia się:

- subpopulację pacjentów chorych wraz z ogólnym podziałem na stopnie zaawansowania schorzeń, w tym także pacjentów ciężko chorych,
- subpopulację pacjentów wymagających opieki domowej
- subpopulację pacjentów zdrowych (takich, u których nie stwierdzono żadnej choroby przewlekłej, pacjenci byli poddani diagnostyce w postaci bilansu zdrowia).





Dodatkowo istnieje także GRUPA O, mająca charakter stricte administracyjny, która wskazuje na status wyjściowy pacjentów przed określeniem ich docelowej grupy ryzyka. Dla każdej grupy stratyfikacyjnej został opracowany standard planu opieki medycznej, dotyczący liczby wizyt uzupełniających, co w praktyce przekłada się na długość interwałów kontroli oraz intensywność opieki. Opracowane schematy (różne dla poszczególnych statusów) są wytycznymi w zakresie ilości wizyt kontrolnych, do których należy dążyć planując dalsze postępowanie z pacjentem. Dzięki metodzie stratyfikacji można w prosty sposób ustalać plan leczenia i komunikację w zespole personelu medycznego.



Tabela 1. Model stratyfikacji pacjentów w POZ.

SYMBOL GRAFICZNY GRUPY	OZNACZENIE GRUPY	STATUS ZDROWOTNY PACJENTA	ZALECENIA LICZBY WIZYT PO ZAKWALIFIKOWANIU PACJENTA DO GRUPY	
	GRUPA 0 GS0	-	STATUS WYJŚCIOWY przed określeniem docelowej grupy stratyfikacyjnej	
	GRUPA 1 GS1	Pacjent zdrowy	Nie zdiagnozowano żadnej choroby przewlekłej	Bilans Zdrowia: 1 x 5 lat
	GRUPA 2 GS2	Pacjent chory przewlekłe	Pacjent stabilny (wizyty 2 / rok)	KONTROLNA: 1x w roku KOMPLEKSOWA: 1x w roku
	GRUPA 3 GS3		Pacjent stabilny, ale wymaga stałych okresowych kontroli (3 wizyty/ rok)	KONTROLNE: 2x w roku KOMPLEKSOWA: 1x w roku
	GRUPA 4 GS4		Pacjent niestabilny wymaga wzmożonej opieki i częstych wizyt kontrolnych (4-5 wizyt/rok)	KONTROLNE: 3-4x rok KOMPLEKSOWA: 1x rok
	GRUPA 5 GS5		Pacjent niestabilny/ stabilny (leżący), pod opieką w domu, w tym objęty długoterminową opieką pielęgniarską	KONTROLNE: wg. planu POZ wizyt domowych KOMPLEKSOWA: 1x w roku

W zakresie grup stratyfikacyjnych dla pacjentów chorych przewlekłe zostały opracowane szczegółowe kliniczne kryteria kwalifikacji dla trzech najważniejszych (najczęściej występujących) jednostek chorobowych, tj. niewydolności serca, cukrzycy i POChP (Tabela 2). Pozostałe jednostki chorobowe należy identyfikować zgodnie z wiedzą medyczną, odnosząc się do 3-stopniowego podziału zaawansowania danego schorzenia, aby móc odpowiednio przydzielić im dany status (GS 2, GS 3, GS 4).

Tabela 2. Kryteria kliniczne kwalifikacji do grup stratyfikacyjnych dla trzech jednostek chorobowych: niewydolności serca, cukrzycy, POChP.

<p>Stan wyjściowy</p>  <p>GS0 Pacjent przed określeniem docelowej grupy stratyfikacyjnej</p>	<p>KRYTERIA KLINICZNE dla wybranych ICD 10 z grup dyspanseryjnych w CMD</p>		
<p>Pacjent zdrowy</p>  <p>GS1 Bilans Zdrowia 1x 5 lat</p>	<p>NIEWYDOLNOŚĆ SERCA</p>	<p>CUKRZYCA</p>	<p>POCHP</p>
<p>Pacjent stabilny</p>  <p>GS2 (1-2 wizyty w roku) KONTROLNA: 1x KOMPLEKSOWA: 1x</p>	<p>I. Wg klasyfikacji NYHA I: wydolność wysiłkowa bez ograniczeń (zwykły wysiłek fizyczny nie powoduje większego zmęczenia, duszności ani kołatania serca)</p>	<p>TYP II: Pacjent leczony doustnie i dietą i z HbA1c poniżej 7</p>	<p>I. Wg skali nasilenia duszności MRC (Medical Research Council): 1. Poziom I: duszność występuje tylko przy dużym wysiłku fizycznym. 2. Poziom II: zadyszka przy szybkim marszu lub wchodzeniu na niewielkie wzniesienie. II. Wg. klasyfikacji ciężkości: 1. POCHP Stadium 0: W obrazie klinicznym obserwujemy przewlekły kaszel i odkrztuszanie płwociny. 2. POCHP Stadium I (lekka): FEV1 stanowi więcej lub równo 80% wartości należytnej oraz występuje przewlekły kaszel i odkrztuszanie płwociny, przy czym nie ma ścisłej korelacji między FEV1 a objawami.</p>
<p>Pacjent stabilny</p>  <p>GS3 (3 wizyty w roku) KONTROLNA: 2x KOMPLEKSOWA: 1x</p>	<p>I. Wg klasyfikacji NYHA II: niewielkie ograniczenie aktywności fizycznej - bez dolegliwości w spoczynku, ale zwykła aktywność powoduje kołatanie serca, zmęczenie lub duszność</p> <p>UWAGA! Pacjent stabilny, jednak wymaga częstszych okresowych kontroli</p>	<p>I. TYP II pacjent leczony insuliną 2x dobę</p> <p>II. TYP II: pacjent leczony doustnie i z Hb1Ac powyżej 7</p>	<p>I. Wg klasyfikacji ciężkości POCHP: Stadium II (umiarkowana): FEV1 50-80% wartości należytnej. Do objawów w postaci kaszlu i odkrztuszania płwociny dołącza duszność podczas wysiłku fizycznego. II. Wg skali MRC: Poziom III: z powodu duszności chory chodzi po płaskim terenie wolniej niż rówieśnicy lub idąc w swoim tempie, musi się zatrzymywać dla "nabrania tchu"</p>

<p>Pacjent niestabilny</p>  <p>GS4 (4-5 wizyt w roku) KONTROLNE: 3-4x KOMPLEKSOWA: 1x</p> <p>UWAGA! Pacjent z ryzykiem hospitalizacji Wymaga częstych kontroli</p>	<p>I. Wg. klasyfikacji NYHA III: wydolności wysiłkowej- znaczne ograniczenie aktywności fizycznej - bez dolegliwości w spoczynku, ale aktywność mniejsza niż zwykła powoduje wystąpienie objawów</p> <p>II. Wg. klasyfikacji NYHA IV: wydolności wysiłkowej - każda aktywność fizyczna wywołuje dolegliwości; objawy podmiotowe niewydolności serca występują nawet w spoczynku, a jakakolwiek aktywność nasila dolegliwości</p>	<p>I. TYP I: wszyscy pacjenci</p>	<p>I. Wg skali MRC: 1. poziom IV: chory zatrzymuje się z powodu duszności po przejściu ok. 100 m lub po kilku minutach marszu po płaskim terenie 2. poziom V: z powodu duszności chory nie opuszcza domu lub odczuwa duszność przy ubieraniu się lub rozbieraniu</p> <p>II. Wg klasyfikacji ciężkości POChP: 1. Stadium III: ciężka POChP: FEV1 30-50% wartości należnej. Do kaszlu i odkrztuszania płwociny dołącza bardziej nasiloną duszność oraz częste zaostrzenia. 2. Stadium IV: bardzo ciężka POChP: FEV1 poniżej 30% wartości należnej lub poniżej 50% ale dodatkowo z objawami przewlekłej niewydolności oddechowej. Duszność występuje nawet w spoczynku, występują zaostrzenia zagrażające życiu.</p> <p>III. Pacjent hospitalizowany w przeciągu ostatnich 12 miesięcy lub z wysokim ryzykiem hospitalizacji - niewydolny oddechowo</p>
<p>Pacjent (leżący), pod opieką w domu, w tym objęty pielęgniarstwem opieką długoterminową *(nie dotyczy trudności komunikacyjnych)</p>  <p>GS5 KONTROLNE: wg planu wizyt domowych POZ KOMPLEKSOWA: 1x w roku</p>			

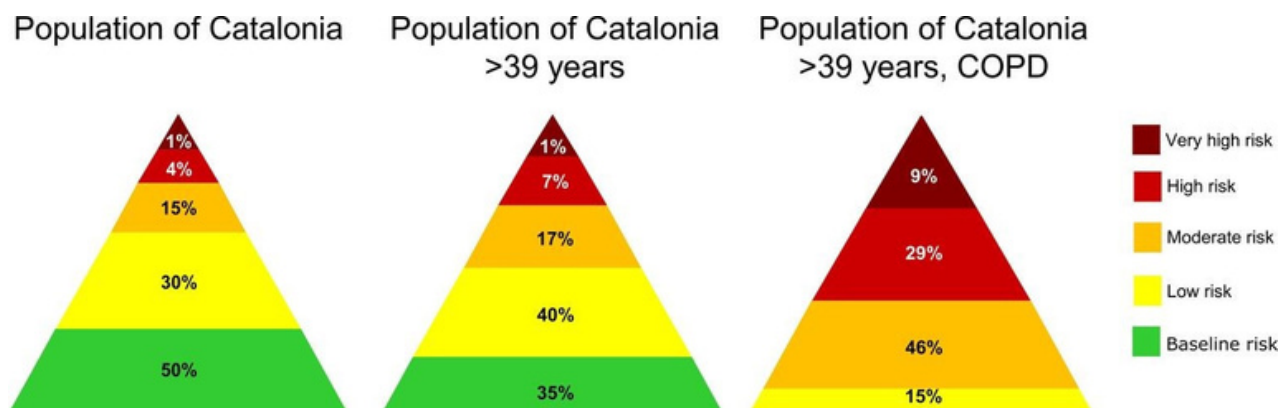
6.2.4. Korzyści płynące z wdrożonego modelu

Najważniejszą korzyścią jest przede wszystkim informacja o stanie chorobowym uwzględniającym stan zaawansowania u pacjenta z chorobą przewlekłą. Dzięki temu, w prosty sposób, można określić u pacjenta intensywność opieki, która w praktyce przekłada się na liczbę wizyt kontrolnych. Kadrze kierowniczej pozwala również na dokonywanie analizy populacji, planowania zasobów i organizacji pracy w POZ. Ponadto, przeprowadzenie stratyfikacji i posługiwanie się symbolem- identyfikatorem reprezentującym daną grupę, ułatwia komunikację w zespole. Każdy z personelu medycznego biorący udział w procesie leczenia, posiada informację o stopniu zaawansowania chorobowego u danego pacjenta.

6.2.5. Stratyfikacja w Katalonii jako przykład przeprowadzenia oceny ryzyka całej populacji

Na szczególną uwagę zasługuje przykład z Katalonii. Stworzono tam regionalne narzędzie oceny ryzyka zdrowotnego o nazwie GMA (ang. Adjusted Morbidity Groups; w wolnym tłumaczeniu na jęz. polski – dopasowane grupy zachorowalności). Narzędzie to posłużyło do opracowania piramidy ryzyka zdrowotnego ogólnej populacji Katalonii. Dzięki GMA określone jest indywidualne ryzyko pacjenta, które jest aktualizowane co 6 miesięcy, na podstawie wielu informacji medycznych o pacjencie zebranych z danych rejestrowanych przez tamtejszy odpowiednik płatnika, czyli CHSS. Model GMA w porównaniu z alternatywnymi narzędziami oceny ryzyka zdrowotnego, jest zgodny z czterema głównymi zalecanymi kryteriami, tj. (1) podejściem do zdrowia populacji (wykorzystuje całą populację 7,5 miliona mieszkańców regionu), (2) jest własnością publiczną bez ograniczeń licencyjnych, (3) używane algorytmy obliczeniowe są typu otwartego dostępu (ang. open source) oraz (4) skorygowany wskaźnik zachorowalności opiera się głównie na kryteriach statystycznych, w przeciwieństwie do innych narzędzi, które zawierają współczynniki oparte na ekspercie, co ułatwia szybkie przenoszenie na inne terytoria [12].

Katalończycy, dzięki przeprowadzeniu stratyfikacji całej populacji przy użyciu narzędzia GMA, dysponują unikatową wiedzą na temat zachorowalności i ryzyka zdrowotnego swoich mieszkańców. Na tej podstawie mogą przeprowadzać wiele analiz i dostosowywać do potrzeb programy opieki medycznej.



Rysunek 2. Przykład stratyfikacji ryzyka zdrowotnego populacji w Katalonii[13].

Rysunek 2 przedstawia tylko mały wycinek możliwości analitycznych z powstałej bazy danych. Lewy trójkąt obrazuje stratyfikację ryzyka zdrowotnego całej populacji w Katalonii, wyrażony w procentach, w pięciu warstwach ryzyka zdrowotnego. Centralny trójkąt ukazuje rozkład ryzyka dla zdrowia podgrupy obywateli Katalonii starszych niż 39 lat. W prawym trójkącie przedstawiono rozkład grupy pacjentów >39 lat z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc (POChP).

7. Bilanse dorosłych

7.1. Co to jest bilans dorosłych?

Badania bilansowe to zestaw wystandaryzowanych badań w profilaktyce chorób przewlekłych. Przeznaczone są dla całej populacji objętej opieką świadczeniodawcy. Wykonywane są raz na pięć lat, w grupach wiekowych od 20 do 65 roku życia w odstępach pięcioletnich. Bilanse w pilotażu POZ PLUS przeznaczone były głównie dla populacji pacjentów, o której dany zespół POZ nie miał aktualnej wiedzy o stanie zdrowia lub ta wiedza była niepełna. Bilanse obejmowały głównie świadczeniobiorców nie korzystających lub rzadko korzystających ze świadczeń zdrowotnych w POZ. Nieczęstą przyczyną takiego stanu rzeczy było przekonanie, że fakt ewentualnego braku objawów lub dolegliwości wskazuje na brak czynników ryzyka lub predyspozycji do schorzeń cywilizacyjnych, onkologicznych lub przewlekłych.

Wobec powyższego w programie POZ PLUS przyjęto założenie, by do badań bilansowych byli kwalifikowani pacjenci, którzy w przeciągu ostatnich 12 miesięcy przed potencjalnym bilansem: nie byli u lekarza z powodu choroby przewlekłej, nie byli hospitalizowani i nie mieli wykonywanych badań diagnostycznych, z zakresu jakichkolwiek badań bilansowych. Jednak z wielu względów epidemiologicznych, w uzasadnionych, wyjątkowych przypadkach, lekarzom umożliwiono włączenia do bilansów pacjentów pomimo niespełnienia rekomendowanych kryteriów włączenia.

Przyjętym celem badania bilansowego, oprócz indywidualnych korzyści dla samych pacjentów było dokonanie stratyfikacji populacji objętej opieką w danym POZ – przydzielenie pacjentów do tzw. grup dyspanseryjnych, m.in. w celu optymalizacji udzielanych świadczeń zdrowotnych, dostosowania harmonogramów pracy do potrzeb odbiorców, optymalizacja zasobów i sposobu zarządzania placówką na rzecz pacjentów, tzw. elementów wzmacniających proces koordynacji opieki.

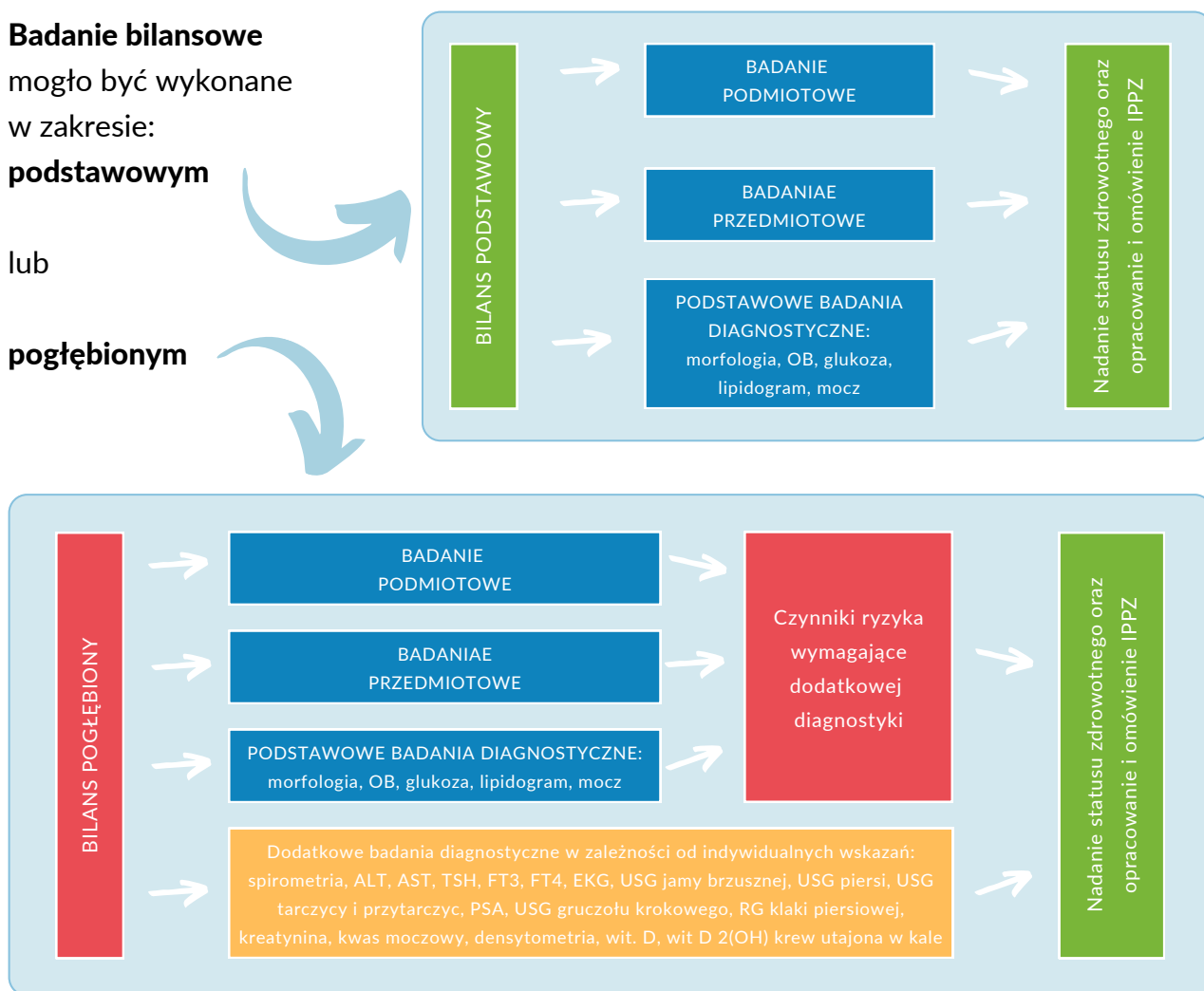
Do zakresu profilaktycznych świadczeń bilansowych należy zaliczyć: bilanse zdrowia, porady edukacyjne, w tym porady specjalistyczne dietetyczne i psychologiczne.

Badanie bilansowe
mogło być wykonane
w zakresie:

podstawowym

lub

pogłębionym



Rysunek 3. Profilaktyczne świadczenia bilansowe.

Bilans podstawowy obejmował wywiad medyczny w oparciu o zunifikowany kwestionariusz bilansowy, badanie przedmiotowe, dokonanie pomiarów antropometrycznych (wzrost, masa ciała i obliczenie wskaźnika BMI), oraz parametrów życiowych (ciśnienie tętnicze krwi, tętno), wykonanie podstawowych badań diagnostycznych (morfologia, OB, badanie ogólne moczu, glukoza, lipidogram) – u wszystkich świadczeniobiorców.

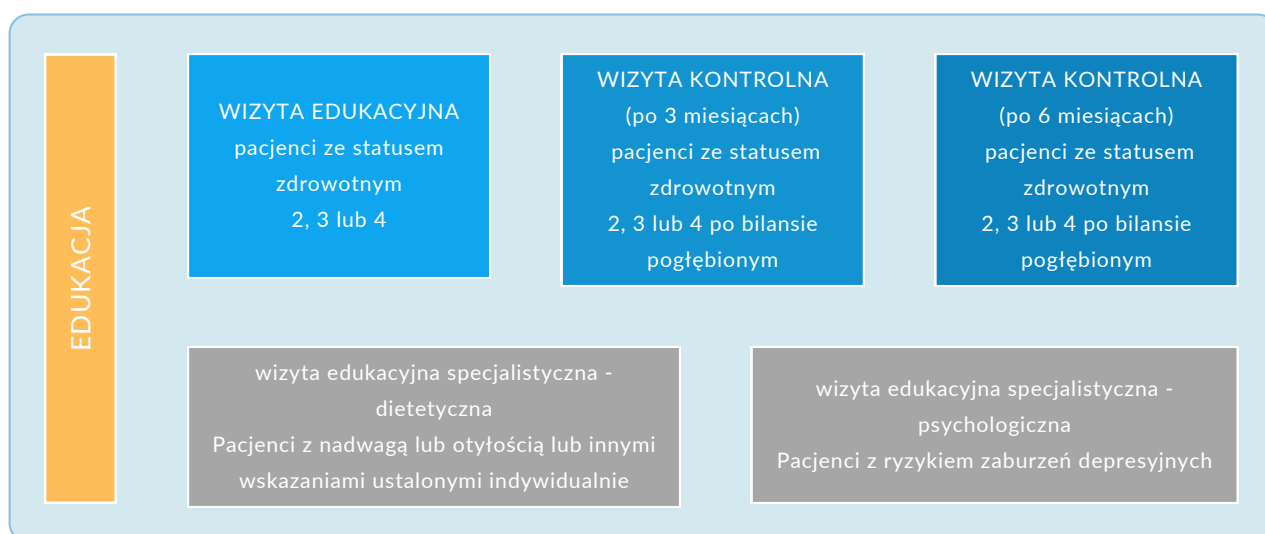
Natomiast u pacjentów, u których w trakcie wywiadu/badania fizykalnego, czy też na podstawie wyników z pakietu podstawowego były stwierdzone czynniki ryzyka/warunki kwalifikujące do badania, wykonywano dodatkowo badania z katalogu bilansu pogłębionego (w zależności od wskaźników indywidualnych).

Wynikiem bilansu było nadanie pacjentowi statusu zdrowotnego (1 z spośród 4 kategorii) i opracowanie Indywidualnego Planu Postępowania Zdrowotnego (IPPZ). Zawierał on interpretację wyników badań i przeprowadzonych w trakcie bilansu testów, z instrukcjami dalszego postępowania wraz z ewentualnymi dalszymi zaleceniami i skierowaniami np. na wizyty edukacyjne (ogólne i/lub specjalistyczne: dietetyczne lub psychologiczne),

oraz do Programu Zarządzania Chorobą w przypadku podejrzenia/diagnozy 1 z 11 chorób, dla których jest przeznaczony dany Program. W przypadku spełnienia warunków kwalifikacyjnych przez pacjenta, w IPPZ wskazywano również możliwe do realizacji badania profilaktyczne finansowane ze środków publicznych, takie jak np. program profilaktyki raka sutka, program badań przesiewowych raka jelita grubego, program profilaktyki raka szyjki macicy. IPPZ miał być omawiany i przekazywany pacjentowi oraz stanowić podstawę wizyt edukacyjnych.

7.2. Edukacja pacjenta po bilansie

Integralnym elementem badań bilansowych była edukacja pacjenta, w obszarach związanych z rozpoznanymi czynnikami ryzyka, w szczególności dotyczącymi zachowań zdrowotnych, w tym m.in.: w sferze żywienia, palenia papierosów, spożywania alkoholu, aktywności fizycznej. Wizyty edukacyjne przysługiwały wszystkim pacjentom ze statusem zdrowotnym, 2, 3 lub 4. Dodatkowo pacjentom, którzy mieli wykonany bilans pogłębiony i odbyli edukację podstawową przysługiwały wizyty edukacyjne kontrolne: po 3 i po 6 miesiącach. W przypadku objawów wskazujących na problemy z nadmierną masą ciała lub zaburzenia żywienia przysługiwała wizyta dietetyczna. W przypadku podejrzenia zaburzeń depresyjnych pacjent mógł skorzystać z wizyty u psychologa.



Rysunek 4. Edukacja pacjenta.

W celu realizacji komponentu „profilaktyczne świadczenia bilansowe” opracowano materiały definiujące zakres interwencji (opisane i sformalizowane w odpowiednich załącznikach do zarządzenia POZ PLUS; - załącznik nr 1a, wzór kwestionariusza bilansowego określający zakres badania i stanowiący dokumentację badania - załącznik nr 1b). Określano również zakres indywidualnego planu postępowania zdrowotnego, który mógł być wygenerowany dla pacjenta na podstawie danych wpisanych do elektronicznej wersji formularza w aplikacji AP-PKUŚ. (zasilanego bezpośrednio usługą web-service lub za pośrednictwem interfejsu z systemu gabinetowego).

IPPZ po omówieniu z pacjentem, w ramach podsumowania badania bilansowego, był dołączany do indywidualnej dokumentacji medycznej. W oparciu o niego była przeprowadzana edukacja pacjenta.

Zgodnie z założeniami IPPZ powinien zawierać wskazania wynikające z:

- wniosków z części dotyczącej aktywności fizycznej i samopoczucia psychicznego,
- wyników testów dodatkowych, tj. test Fagerstroma, SCORE, AUDIT-C–z interpretacją,
- wyników pomiarów antropometrycznych i parametrów życiowych z ich interpretacji,
- wyników badania fizykalnego i badań diagnostycznych z ich interpretacji.

IPPZ powinien także zawierać zalecenia dla pacjenta, dotyczące m.in.: wizyt edukacyjnych, rekomendacji dot. szczepień ochronnych (np. grypa, pneumokoki), możliwych i przysługujących w danym wieku programów profilaktycznych (np. mammografia, kolonoskopia, cytologia), konieczności dokonywania pomiarów i ich samokontroli (np. przy podejrzeniu nadciśnienia tętniczego), sugerowanych terminów wizyt kontrolnych, ew. rekomendacji wykonania dodatkowych badań lub konieczności konsultacji specjalistycznych.

Dodatkowo od 31 marca 2021 r. na Internetowym Koncie Pacjenta (IKP), każdy pacjent, który miał wykonany i rozliczony bilans zdrowia miał dostęp m.in. do swoich wyników w postaci podsumowania w oparciu o dane zgromadzone w kwestionariuszu bilansowym, wraz z interpretacją poszczególnych wyników i wskazówkami dalszego postępowania.



Podsumowanie badania bilansowego

Pacjent	Paweł Kowalski
Placówka	Poradnia Lekarza POZ ul. Akademicka 5, 30-050 Kraków-Krowodrza
Data bilansu	28 października 2019

W ramach programu POZ PLUS otrzymujesz dostęp do bilansu zdrowia. W tej części otrzymasz jego podsumowanie wraz ze wskazówkami dalszego postępowania zdrowotnego.



Tętno: 82 — wynik w normie

Standardowo serce powinno się kurczyć 60-100/min, więc Twój wynik mieści się w normie.

[Pokaż więcej](#) ▾

Podjmuj samokontrolę!



Ciśnienie tętnicze krwi: 120/70 — ciśnienie prawidłowe

Twoje ciśnienie tętnicze jest w zakresie prawidłowym, czyli jest bardzo dobre.

Pamiętaj, że prawidłowe ciśnienie zależy między innymi od właściwej diety i aktywności fizycznej.

Nadciśnienie tętnicze jest równocześnie czynnikiem ryzyka wielu chorób, np. prowadzi do niekorzystnych zmian w sercu (zawał serca) i mózgu (udar mózgu), a także w naczyniach krwionośnych i nerkach.

[Pokaż więcej](#) ▾

Dbaj o siebie!



Aktywność: odpowiednia aktywność fizyczna na poziomie intensywnym

Aktywność fizyczna na poziomie intensywnym to energiczny, tlenowy wysiłek fizyczny, np. aerobik, szybka jazda na rowerze, szybki bieg, powyżej 75 minut tygodniowo. Aktywność fizyczna ma korzystny wpływ na kondycję organizmu oraz stan psychiczny poprzez oddziaływanie na układ hormonalny. Codzienne zadania wykonywane są mniejszym nakładem sił.

[Pokaż więcej](#) ▾

Tak trzymaj!

Rysunek 5. Podsumowanie badania bilansowego w IKP.

7.3. Jak aktywnie zapraszać pacjentów?

Pierwszym etapem rozpoczęcia programu bilansów jest identyfikacja pacjentów. Oprócz bieżącego zapraszania pacjentów w trakcie ich wizyt, koordynator i każdy członek zespołu powinien w aktywny sposób rekrutować pacjentów. Aktywne zapraszanie, dopasowane do grupy wiekowej odbywać się może: listownie, telefonicznie, poprzez SMS, poprzez e-mail lub inne technologie takie jak newslettery, aplikacje itd.

Należy również pamiętać o dostosowaniu terminu i godziny wizyty. Np. pacjenci młodzi i pracujący, chętniej zgłoszą się na badania w godzinach popołudniowych lub w soboty (jeśli jest taka możliwość). Osoby starsze chętniej zgłoszą się na wizytę w godzinach porannych.

7.3.1. Jak aktywnie zapraszać pacjentów?

Zdrowie pacjenta może być kluczem do uzyskania jego przychylności i rozważenia możliwości udziału w badaniach bilansowych w ramach pilotażu POZ PLUS. W dalszej części [...] znajduje się opis skryptu rozmowy – szczegółowy instruktaż, krok po kroku o tym, jak zaprosić pacjenta do skorzystania z bilansu zdrowia [...].



Krok 1 – przedstaw się

Przedstaw się powoli, z imienia i nazwiska, ale również funkcji jaką pełnisz w przychodni. Jeżeli rozmowa z pacjentem jest prowadzona przez telefon wyjaśnij pacjentowi, skąd telefonujesz.

Na tym etapie rozmowy powinniśmy emanować spokojem, pogodą ducha. Nawet przez telefon wyczuwalne jest przez drugą osobę Nasze nastawienie, Nasz nastrój i emocje. Jeżeli chwilowo nie jesteśmy w dobrej formie, warto podjąć kontakt z pacjentem chwilę później, w innym, dogodnym czasie w ciągu dnia pracy. Negatywne nastawienie udziela się innym osobom.



Krok 2 – Zgoda na rozmowę

Warto zapytać pacjenta, czy dysponuje aktualnie czasem i czy w żaden sposób nie przeszkadza mu się. W ten sposób pozostawiamy wybór. Okazujemy szacunek do drugiej osoby i dajemy możliwość podjęcia decyzji. Przewiduje się, że odpowie, ponieważ nie ma obecnie czasu lub odpowie, że jest zainteresowany rozmową i poprosi o rozwinięcie.

Obiekcja 1 – Brak czasu na rozmowę

Jeżeli pacjent odpowie, że nie ma obecnie czasu na rozmowę, wówczas bardzo grzecznie, z uprzejmością należy poprosić Naszego pacjenta o wskazanie dogodnego dla niego terminu ponownej rozmowy. Słowo „dogodny” jest kluczowe. To pacjent powinien dokonać wyboru. Ustalony termin ponownej rozmowy należy odnotować, powtórzyć pacjentowi i podziękować za rozmowę, życząc miłego dnia.

Obiekcja 2 – Całkowita odmowa

Pacjent może Nam odpowiedzieć, że kategorycznie nie jest zainteresowany rozmową. Wtedy w zależności od indywidualnych odczuć osoby telefonującej, należy ocenić, czy pacjent sprawia wrażenie poddenerwowanego.

Jeśli tak, należy zakończyć rozmowę, podziękować za chwilę uwagi i życzyć pacjentowi miłego dnia. Jeżeli dojdziemy do wniosku, że w żaden sposób nie wpływamy na nastrój drugiej osoby, warto zapytać, czy pokrótce, w dwóch zdaniach można przedstawić temat i wówczas skontaktować się w innym, dogodnym dla pacjenta terminie.

Odpowiedź „nie” zawsze jest sygnałem do zakończenia rozmowy, podziękowania i życzenia miłego dnia. Z kolei odpowiedź sugerująca pozwolenie na kontynuację, otwiera furtkę. Wówczas rozmawiamy prawdopodobnie z osobą niezdecydowaną. Pamiętajmy, że nie możemy wpływać w żaden sposób na pacjenta, jego decyzje. Naszym celem nie jest zdenerwowanie pacjenta. Dążymy do ustalenia terminu wizyty pacjenta.

Obiekcja 3 – Brak zdecydowania

Pacjent może wyrazić, że jest niezdecydowany, co do dalszej rozmowy. Wskazane jest krótkie przedstawienie powodu rozmowy w dwóch zdaniach. Na przykład w następujący sposób: „Proszę Pani/Pana, chcemy zaprosić Panią/Pana na rozmowę i dodatkowe, bezpłatne badania, które pozwolą ustalić Pani/Pana stan zdrowia”. Drugie zdanie może być następującą propozycją „Bardzo proszę o wskazanie dogodnego dla Pani/Pana terminu wizyty w Naszej przychodni”. Użycie sformułowania „ustalić stan zdrowia” jest zabiegiem celowym. W języku potocznym używamy często zdania „ocenić stan zdrowia”, które powoduje stygmatyzację pacjenta, poddawanie go ocenie.

Zasadne jest sugerowanie co najmniej dwóch terminów pacjentowi, jeśli mamy taką możliwość i pozostawienie mu wyboru. Jeżeli w Naszym odczuciu pacjent chce pozostać decyzyjny, wówczas należy w jego rękach pozostawić wybór dogodnego dla niego terminu. Na Naszą propozycję wizyty po przedstawieniu powodu rozmowy, pacjent może udzielić trzech odpowiedzi. Pierwsza z nich może być informacją, że jest zainteresowany tematem, ale nie ma w tej chwili czasu na rozmowę, wobec czego poprosi o kontakt w innym terminie. Podobnie jak w powyższych sytuacjach, należy ustalić termin ponownego kontaktu, podziękować za rozmowę i życzyć miłego dnia.

Pacjent może także kategorycznie odmówić dalszej rozmowy i w tym przypadku nie należy naciskać, a po prostu podziękować za chwilę poświęconego czasu i życzyć miłego dnia. Ostatni wariant odpowiedzi pacjenta to wykazanie zainteresowania badaniami. Pacjent może oczywiście dopytać o przygotowanie do badania, o katalog badań, o czas ich realizacji. Niemniej jednak po udzieleniu odpowiedzi na wszystkie dodatkowe pytania pacjenta, należy przejść do ustalenia terminu wizyty w przychodni. Można zasugerować co najmniej dwa terminy lub poprosić o wskazanie terminu wizyty, który będzie dogodny dla pacjenta. Zakończeniem rozmowy będzie powtórzenie terminu wizyty, upewnienie się, że pacjent zrozumiał i zapisał informacje oraz podziękowanie za rozmowę i życzenie miłego dnia. Odmowa pacjenta nie jest równoznaczna z tym, że pacjent w przyszłości, za dwa lub trzy tygodnie nie zgodzi się na udział w bilansie zdrowia. Obecne obiekcje pacjenta mogą wynikać z różnych czynników, niekoniecznie związanych z Naszą przychodnią. Odmowy nie należy traktować osobiście. Rozmowę z pacjentem nie przekonanym do udziału w bilansie, warto kończyć zdaniem: "Jeśli zmieni Pan/i zdanie to zapraszamy do przychodni. Nic nie stoi na przeszkodzie, żeby Pan/i skorzystał/a z bilansu w terminie późniejszym".



Krok 3 - Zaproszenie na bilans

Pacjent może być zainteresowany telefonem z przychodni. Wtedy należy w kilku zdaniach przedstawić pacjentowi temat rozmowy, a kolejno dążyć do wspólnego ustalenia terminu wizyty.

Na przykład w następujący sposób: „Serdecznie Panią/Pana zapraszamy na udział w bezpłatnych, kompleksowych badaniach diagnostycznych. Badania te mają charakter bilansu zdrowia dla dorosłych. Ich celem jest ustalenie Pani/Pana potrzeb zdrowotnych i Pani/Pana zdrowia”. W tym miejscu można również zastosować pytanie retoryczne jako kontynuację Naszego przekazu: „Zgodzi się Pani/Pan ze mną, że lepiej zapobiegać, niż leczyć?”. Zadaniem pytania retorycznego jest uzyskanie przychylności pacjenta. Im częściej się Pacjent z nami zgadza, tym bardziej będzie skłonny wziąć udział w bilansie zdrowia. Prosty, krótki przekaz jest podstawą sukcesu. Warto podkreślić, że badania, na które zapraszamy, mają charakter bilansu zdrowia dla dorosłych. Dodatkowym atutem jest wskazanie pacjentowi korzyści. Jedną z nich jest ustalenie potrzeb zdrowotnych pacjenta w wyniku przeprowadzonych badań diagnostycznych.

Przed wszystkim należy unikać w rozmowie z pacjentem słów takich jak: „pilotaż”, „projekt”, „program opieki”, „finansowany ze środków”, itp. Pojęcia te są niejasne dla pacjentów. Właściwe jest unikanie zdań wielokrotnie złożonych.

Pacjent po wyrażeniu zgody na rozmowę, po zaproszeniu i propozycji ustalenia terminu wizyty, może mieć wątpliwości.

Obiekcja 4 – Jestem zdrowy

Może to być stwierdzenie, że pacjent „nie potrzebuje badań” z którego wynika przekonanie pacjenta: „czuję się zdrowy”. Wyraż entuzjazm i mimo wszystko podejmij próbę zachęcenia do badań. „Cieszymy się, że dobrze się Pani/Pan czuje. Mimo wszystko warto zbadać się, dla siebie, dla zdrowia. Czuć się dobrze, nie oznacza być zdrowym, chyba przyzna mi Pani/Pan rację. Badania mają charakter zapobiegawczy różnym chorobom przewlekłym”.



Krok 4 – Ustalenie terminu wizyty

Pacjent może być zainteresowany badaniami w ramach bilansu zdrowia. Wtedy ustal wspólnie z pacjentem dogodny dla niego termin wizyty w przychodni. Podziękuj za rozmowę pacjentowi i życz miłego dnia. Pacjent może mieć dodatkowe pytania dotyczące przygotowania do badań, udziel wyjaśnień. Korzystając z prawa wyboru, może odmówić na tym etapie. Należy podziękować za poświęcony czas[14].

Jak można zaobserwować na przedstawionym przykładzie, skuteczne zaproszenie pacjenta na bilans zdrowia jest procesem wymagającym dużego zaangażowania i umiejętności interpersonalnych. Zastosowanie rozmowy telefonicznej by osiągnąć cel jest jedną z wielu metod, które temu służą. Ze względu na specyfikę populacji oraz predyspozycje osób zapraszających, każda placówka przyjmie i określi swoją unikalną kombinację metod zapraszania.

Inne metody oraz narzędzia wspierające aktywną komunikację z pacjentem zostały opisane w publikacji w formie ebooka pt. Komunikacja interpersonalna w social mediach. Wskazówki dla realizatorów pilotażu opieki koordynowanej POZ PLUS[15].

8. Opieka w chorobach przewlekłych

8.1. Ścieżki postępowania diagnostyczno-terapeutycznego[16]

Opis procesu postępowania z pacjentem w programie POZ PLUS w programie zarządzania chorobą opisują „ścieżki postępowania diagnostyczno – terapeutycznego”. Jest to narzędzie wspomagające realizatora świadczenia w zakresie metody postępowanie w danej jednostce chorobowej. Tworzenie ścieżek oparte jest o metodologię ADAPTE i wykorzystuje wiele elementów z procesu adaptacji światowych wytycznych klinicznych, sposobu tworzenia zaleceń i adaptacji ich do stosowania w praktyce[17].

Przyjęte do realizacji w programie POZ PLUS ścieżki stanowią ogólny opis wymogów organizacyjnych w odniesieniu do podmiotu leczniczego realizującego świadczenia w programie zarządzania chorobą oraz schemat postępowania zgodnego z zaleceniami i wytycznymi klinicznymi.

8.1.1. Kiedy należy korzystać ze ścieżek?

Stosowanie w praktyce wsparcia w postaci ścieżek daje świadczeniodawcy możliwość skorzystania, w sytuacji wystąpienia pilnej potrzeby wynikającej ze zmiany stanu zdrowia oraz konieczności efektywnego i sprawnego postępowania diagnostyczno-terapeutycznego celem postawienia diagnozy.

Należy podkreślić fakt, że niezależnie od „ścieżek”, lekarz prowadzi (leczy) pacjenta zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej oraz zasadami Medycyny Opartej na Dowodach Naukowych (EBM; Evidence Based Medicine).

Świadczenia w ramach programu POZ PLUS obejmują:

1. przeprowadzenie porady kompleksowej obejmującej: badanie podmiotowe i przedmiotowe oraz wykonanie niezbędnych badań, konsultacji specjalistycznych i fizjoterapeutycznych, z wyłączeniem badań potwierdzających wstępne rozpoznanie (chyba, że ich powtórzenie jest niezbędne w procesie terapeutyczno – leczniczym). Podczas porady kompleksowej lekarz ocenia stopień zaawansowania choroby i samodzielności pacjenta, kwalifikuje go do odpowiedniej grupy dyspanseryjnej (dokonuje stratyfikacji), opracowuje i uzgadnia z pacjentem indywidualny plan opieki medycznej (IPOM), oraz zleca niezbędne kontrolne badania diagnostyczne i konsultacje specjalistyczne, do których może wykorzystać ścieżki postępowania diagnostyczno – terapeutycznego.
2. przeprowadzenie porady kontrolnej, której celem jest kontrola realizacji IPOM tj. założonego celu terapeutycznego lub zaleceń (np. wykonania zleconych badań diagnostycznych i/lub konsultacji specjalistycznych) przez pacjenta.

3. przeprowadzenie porady edukacyjnej – realizowanej przez pielęgniarkę zespołu POZ PLUS lub edukatora zdrowotnego, której celem jest poszerzenie wiedzy pacjenta o chorobie oraz sposobach radzenia sobie z nią w trakcie jej trwania. Elementem tej porady jest uświadamianie celowości przyjętego IPOM i wynikającego z niego postępowania diagnostyczno-terapeutycznego.

4. przeprowadzenie cyklu porad dietetycznych – cykl 3 porad dietetycznych realizowanych przez dietetyka polegających na:

- analizie dietetycznej, wskazaniu popełnianych błędów i nauce ich eliminowania, analizie dotychczasowego sposobu odżywiania, analizie składu ciała, opracowaniu indywidualnych zaleceń żywieniowych, w tym m.in.: zapotrzebowanie na białka, węglowodany, tłuszcze, rozkład czasowy posiłków i wyszczególniona ich kaloryczność, a także opracowanie planu interwencji dietetycznej (porada pierwsza),
- analizie implementacji zaleconej korekty zachowań żywieniowych, w tym barier implementacji (porada druga),
- ocenie skuteczności zastosowanych interwencji (porada trzecia).

8.2. Program zarządzania chorobą

Istotą programu zarządzania chorobą jest prowadzenie przez świadczeniodawcę, aktywnej opieki nad pacjentem z chorobą przewlekłą. Pacjent staje się świadomym i aktywnym partnerem we wspólnym podejmowaniu decyzji dotyczących postępowania w swojej chorobie.

W programie POZ PLUS pacjent wyraża formalną zgodę na objęcie opieką przez lekarza POZ programem zarządzania chorobą.

8.2.1. Cel objęcia programem zarządzania chorobą

Celem wdrożenia programu zarządzania chorobą jest skoncentrowanie działań zespołu profesjonalistów medycznych na rzeczywistych potrzebach zdrowotnych pacjenta objętego opieką lekarza POZ oraz ich realizację w sposób kompleksowy, planowany, ciągły i zintegrowany, w oparciu indywidualny o plan opieki medycznej (IPOM). Elementy składowe planu są wypracowane razem z pacjentem i przez niego akceptowane.

W realizacji planu opieki pacjent uzyskuje wsparcie zespołu profesjonalistów medycznych, w skład którego wchodzi, oprócz lekarza i pielęgniarki, dietetycy i edukatorzy zdrowotni oraz fizjoterapeuci.

W programie POZ PLUS lekarz POZ uzyskuje poszerzony dostęp do:

- zakresu oraz liczby działań profilaktycznych oraz edukacyjnych;
- zakresu usług diagnostycznych oraz fizjoterapeutycznych;
- konsultacji z innymi specjalistami opieki ambulatoryjnej, w tym z wykorzystaniem telemedycyny w formie konsultacji udzielanej z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych, środków komunikacji elektronicznej lub publicznie dostępnych usług telekomunikacyjnych, przy jednoczesnym nałożeniu obowiązku na lekarzy POZ dbałości o efekty terapeutyczne oraz przebieg procesu leczenia i konsultacji pacjenta.

8.2.2. Kryteria kwalifikacji do programu zarządzania chorobą

Do objęcia programem zarządzania chorobą kwalifikują się pacjenci w wieku powyżej 18 roku życia z podejrzeniem lub rozpoznaną przynajmniej jedną z wymienionych jednostek chorobowych poniższych grup dziedzicznych:

1. diabetologii:

- cukrzyca typu II;

2. kardiologia:

- nadciśnienie tętnicze samoistne,
- przewlekła choroba wieńcowa,
- przewlekła niewydolność serca,
- utrwalone migotanie przedsionków;

3. pulmonologii:

- astma oskrzelowa,
- przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP);

4. endokrynologia:

- niedoczynność tarczycy,
- wole mięsiste i guzowate tarczycy;

5. reumatologia i neurologia:

- choroba zwyrodnieniowa stawów obwodowych,
- zespoły bólowe kręgosłupa.

8.2.3. Kwalifikacja do programu zarządzania chorobą

W przypadku pilotażu POZ PLUS kwalifikacja do programu zarządzania chorobą odbywa się podczas porady wstępnej u lekarza POZ. Może być ona poprzedzona wykonaniem określonych badań diagnostycznych zleconych przez lekarza POZ mających na celu potwierdzenie wstępnego rozpoznania. Wykluczenie wstępnego rozpoznania dyskwalifikuje pacjenta z przystąpienia do programu zarządzania chorobą.

Po potwierdzeniu wstępnego rozpoznania lekarz POZ:

- proponuje pacjentowi przystąpienie do programu zarządzania chorobą, jeżeli stan zaawansowania choroby pacjenta pozwala na kontynuację leczenia w POZ lub
- wystawia skierowanie do lekarza specjalisty posiadającego umowę z NFZ na świadczenia specjalistyczne w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna.

Lekarz POZ wystawia skierowanie do lekarza specjalisty posiadającego umowę z NFZ na świadczenia specjalistyczne w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna w przypadku gdy stan zaawansowania choroby pacjenta nie pozwala na kontynuację leczenia w POZ.

8.2.4. Kryteria wyłączenia z programu zarządzania chorobą

Pacjent może zostać wyłączony z programu zarządzania chorobą w przypadku gdy:

- stan zaawansowania choroby pacjenta nie pozwala na kontynuację leczenia w POZ,
- pacjent nie zgodził się na objęcie opieką przez lekarza POZ programem zarządzania chorobą,
- pacjent zrezygnował z leczenia w programie zarządzania chorobą składając pisemną deklarację rezygnacji z programu,
- pacjent nie realizuje zaleceń wynikających z IPOM[18].

Edukacja w ramach opieki koordynowanej została szeroko omówiona w publikacji „Edukacja zdrowotna w Podstawowej Opiece Zdrowotnej” Ebook dla edukatora.

9. Praktyczna strona wdrożenia opieki koordynowanej - doświadczenia realizatorów pilotażu programu POZ PLUS

9.1. Warunki organizacyjne i kompetencyjne

Na potrzeby publikacji przedstawiono niezwykle cenne i unikatowe spostrzeżenia realizatorów programu POZ PLUS. Przekazane uwagi i doświadczenia nabyte podczas dokonywania zmian, w swoich placówkach będą punktem wyjścia umożliwiającym projektowanie i budowanie własnych struktur organizacyjnych oraz tworzenie trudnych i długofalowych zmian w kompetencjach zatrudnionego personelu medycznego.

Pragniemy dodać, że cytowane wypowiedzi dotyczą wielu aspektów przedmiotowego zagadnienia, widzianych z różnych poziomów struktur zarządczych i wykonawczych jednostek organizacyjnych, tak by stanowiły wektory działania dla jak najszerszej grupy osób zaangażowanych w zmianę i implementowanie jej w funkcjonowanie na rynku świadczeń zdrowotnych podmiotów leczniczych podstawowej opieki zdrowotnej.

Doświadczeniami i uwagami podzielili się świadczeniodawcy:

- Centrum Medyczno-Diagnostyczne Sp. z o.o., Mińsk Mazowiecki,
- Copernicus Podmiot Leczniczy Sp. z o.o., Gdańsk,
- „Farma – Med.” Kujawskie Centrum Medyczne, Inowrocław,
- Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Zdrowie” s.c., Janów Lubelski,
- Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Sp. z o.o., Kraków-Południe,
- Przychodnie „Grupa Zdrowie” Arkadiusz Chmieliński, Płońsk.

9.1.1. Copernicus Podmiot Leczniczy Sp. z o.o., Gdańsk Poradnia Podstawowej Opieki Zdrowotnej

Jako duży podmiot leczniczy, w którym podstawowa opieka zdrowotna jest jednym z najmniejszych komórek, pod względem zaangażowanego personelu czy przynoszonych przychodów oraz zakresów udzielanych świadczeń, nie mieliśmy problemów z zapewnieniem bazy lokalowej, dostępu do specjalistów czy spełnienia warunków technicznych na potrzeby programu.

Od wielu lat dokumentacja medyczna w POZ prowadzona jest w naszej jednostce przy pomocy systemu elektronicznego, zatem utworzenie odrębnych harmonogramów, ustalenie trybu rejestracji i sposobu dokumentowania udzielonych świadczeń w naszym systemie nie stanowiło problemu.

Po skompletowaniu zespołu specjalistów, fizjoterapeutów, psychologa i dietetyka oraz zaangażowaniu całego zespołu POZ obsługującego dorosłych, wyznaczeniu 2 osób do roli koordynatora (początkowo mieliśmy finansowane 1,5 etatu, a później 2 etaty) zapoznaliśmy szczegółowo wszystkich z warunkami realizacji programu. Na marginesie należy zaznaczyć, że dużym utrudnieniem była konieczność podpisywania z każdym z realizatorów świadczeń objętych pilotażem osobnej umowy, co w naszej sytuacji oznaczało wiele uciążliwej administracyjnej pracy, z uwagi na zamiany personalne, m.in. w zespole dietetyków czy zakładzie rehabilitacji.

Dla określenia warunków organizacyjnych przyjęliśmy następujące założenia:

1. Każdy z 4 lekarzy POZ wyznacza w swoim odrębnie utworzonym dla tego programu grafiku odpowiednie przedziały czasowe zarezerwowane dla pacjentów objętych programem, przy jednoczesnym blokowaniu grafiku „zwykłego POZ” w tym czasie.
2. Odrębne grafiki dla pacjentów programu zostały utworzone również dla specjalistów, fizjoterapeutów, psychologa i dietetyka.
3. Pacjenci do tych grafików rejestrowani tylko przez koordynatorów.
4. Do lekarza POZ pacjenci kierowani są odpowiednio zaznajomieni z zasadami programu i ze wskazówkami „prekwalifikacji” tj. czy na bilans czy ew. do odpowiedniej ścieżki zarządzania chorobą przewlekłą.
5. Po decyzji lekarza i wstępnej zgodzie na udział w programie pacjent trafia pod opiekę koordynatora, który zajmuje się stroną formalną i przejmuje prowadzenie pacjenta po kolejnych etapach programu.
6. Wszystkie świadczenia realizowane w tej samej lokalizacji, w której znajduje się POZ, diagnostyka laboratoryjna i obrazowa oraz rehabilitacja znajdują się w tej samej lokalizacji, a specjaliści pracujący na co dzień w innych lokalizacjach spółki, przyjeżdżają na konsultacje w umówionych terminach.
7. Redukcja liczby wizyt pacjenta w przychodni do niezbędnego minimum poprzez właściwe planowanie m.in. kumulowanie świadczeń w tym samym dniu, w następujących po sobie godzinach, dogodnych dla pacjenta.

Po ułożeniu trybu pracy okazało się, że w tzw. trakcie zmianie ulegają warunki realizacji programu m.in. poprzez doszczegółowienie ścieżek i schematów prowadzenia pacjenta w zarządzaniu chorobą, czy wprowadzanie nowych dokumentów (a my mieliśmy już opracowany i wdrożony własny system dokumentowania). Wiązało się to z koniecznością zmian dokumentów obsługiwanych w systemie elektronicznym, co było przyczyną opóźnień w dostosowaniu naszego systemu informatycznego do obsługi tego programu oraz jego skonfigurowaniu z systemem APKUŚ NFZ, którego moduły były tworzone dość długo po starcie pilotażu.

Przez ponad rok dokumentowanie świadczeń wymagało olbrzymiego nakładu pracy, gdyż oprócz formy papierowej (np. formularze bilansowe w programie wymagające podpisu pacjenta, zgody itp.) które „ręcznie” wprowadzane były do naszego systemu elektronicznego, a potem jeszcze raz proces po procesie wprowadzano je do systemu APKUŚ, gdyż dostosowanie naszego systemu do automatycznego przepływu danych do APKUŚ trwało bardzo długo (ok. 1,5 roku) i do końca nie zadziało poprawnie. Przyczyniło się to do zwielokrotnienia pracy administracyjnej i dużych trudności w rozliczaniu świadczeń.

Niezależnie od trudności formalno – rozliczeniowych przystąpiliśmy do szerokiej akcji informacyjnej mającej zachęcić do udziału w pilotażu. Kampanie informacyjną skierowaliśmy głównie do 3 grup potencjalnych uczestników programu:

- podopiecznych naszego POZ,
- pacjentów i pracowników Spółki,
- mieszkańców z otoczenia zewnętrznego placówki.

Do rozpropagowania informacji o możliwości udziału w pilotażu wykorzystaliśmy dostępne nam formy: ulotki, plakaty, banery, Internet, prasę lokalną, a nawet ogłoszenia parafialne w sąsiadującej z placówką POZ parafii.

W praktyce okazało się, że najlepszą reklamą są byli zadowoleni pacjenci, którzy „pocztą pantoflową” przekazywali w swoim otoczeniu informacje o możliwości przeprowadzenia bilansu zdrowia oraz szybszego dostania się do specjalisty lub na rehabilitację.

„Szeptanka” jako forma promocji jeszcze raz okazała się niezawodna.

Realizacja każdego pionierskiego przedsięwzięcia wymaga zdefiniowania warunków kompetencyjnych jakie winny być spełnione, aby uzyskać najlepsze efekty.

Za jeden z najważniejszych elementów uznaliśmy dostosowanie kompetencji rozumianych jako suma wiedzy, doświadczenia, umiejętności i cech osobowościowych do charakteru zadań i roli jaką pełnić miała dana osoba w projekcie (czyli nadania mu właściwych uprawnień).

1. Do roli koordynatora zostały wybrane osoby z doświadczeniem w kontaktach interpersonalnych, dobrą znajomością struktury organizacyjnej podmiotu, wiedzą z zakresu rozliczeń, administracji oraz dokumentacji medycznej i dobrą orientacją w sytuacji zdrowotnej pacjentów. Pomimo, iż w czasie trwania pilotażu funkcje koordynatora (2 etaty) pełniło aż 5 osób, każdorazowo staraliśmy się aby osoby te charakteryzowały się takimi cechami.

2. Merytorycznie najistotniejszą rolę w pilotażu odgrywa lekarz podstawowej opieki zdrowotnej, który znając sytuację zdrowotną pacjenta proponuje optymalny dla pacjenta model postępowania np. bilans, czy właściwą ścieżkę zarządzania chorobą bądź też najpierw bilans, dalsza diagnostyka i na podstawie jej wyników kwalifikacja do odpowiedniej grupy w programie zarządzania chorobą. Bardzo istotne jest aby pacjent brał aktywny udział w planowaniu i decydowaniu o trybie leczenia, do czego konieczne jest wypracowanie partnerskiego modelu relacji lekarz – pacjent. Do realizacji programu zaangażowanych było czterech lekarzy z siedmioosobowego zespołu lekarzy POZ. Kładliśmy szczególny nacisk na partnerską pozycję pacjenta przy realizacji świadczeń objętych programem.

3. Za jedną z kluczowych kompetencji przy realizacji programu uznaliśmy zdolność do realizacji interdyscyplinarnego modelu leczenia pacjentów przez wszystkich wykonawców świadczeń w pilotażu. Zwracaliśmy szczególną uwagę na holistyczne podejście do pacjenta, które wymaga od osób uczestniczących w procesie leczenia umiejętności poszanowania decyzji innych członków zespołu, współpracy, dostosowania się i właściwej komunikacji. Takich kompetencji wymagaliśmy nie tylko od lekarzy POZ, ale również od specjalistów, psychologa, dietetyka i edukatorów, którymi w naszej placówce były pielęgniarki środowiskowe.

4. Doświadczenie pokazuje, że niezbędne do powodzenia programu było również zaangażowanie do obsługi programu wysoko wykwalifikowanych pracowników działu IT oraz rozliczeń. Pilotaż ze swej natury wymaga nowych, niestandardowych rozwiązań, a brak właściwej obsługi, otwartej i gotowej do współpracy w poszukiwaniu i wdrażaniu nowych sposobów dokumentowania, sprawozdawania i rozliczania świadczeń może zniweczyć starania wielu pracowników medycznych.

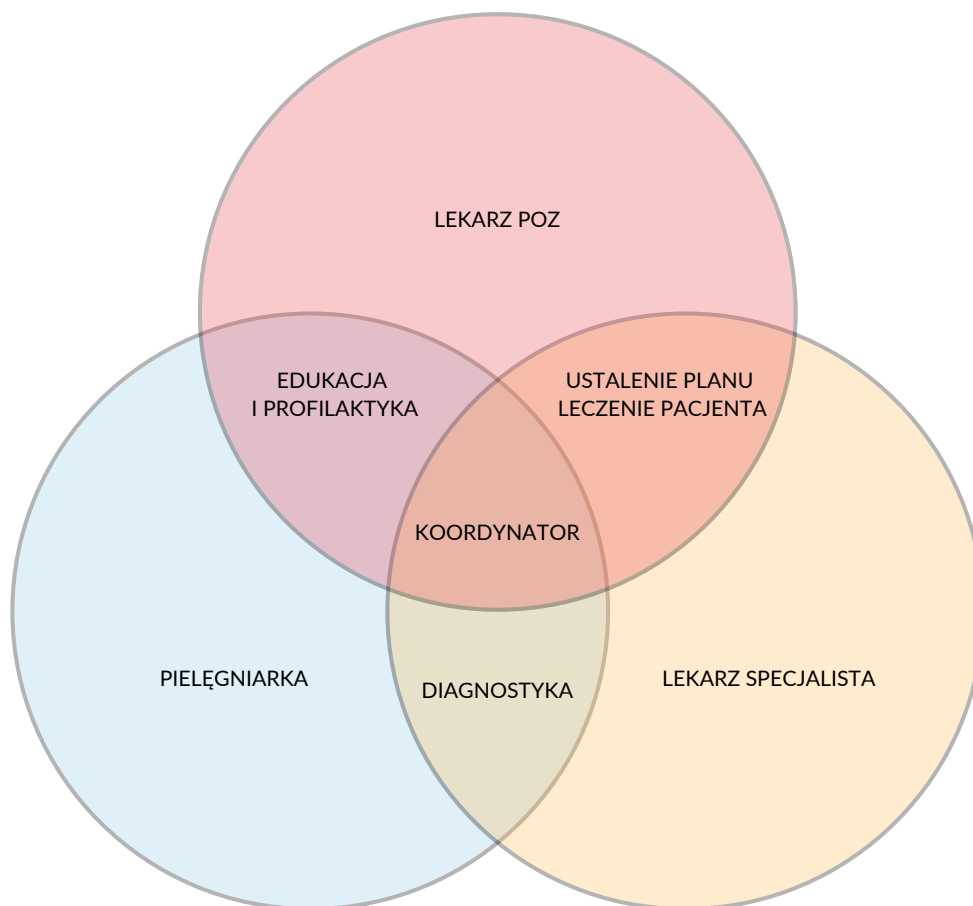
9.1.2. Grupa Zdrowie Arkadiusz Chmieliński, Płońsk

Wszelkie zmiany i nowe przedsięwzięcia wymagały odpowiedniego wdrożenia.

Przed wszystkim wszyscy pracownicy placówki powinni otrzymać informacje na temat podstawowych zasad działania programu, jakimi były:

- Wytyczne do weryfikacji grupy pacjentów uprawionych do skorzystania z programu POZ PLUS: wiek, deklaracja wyboru.
- Wytyczne dotyczące pakietu dostępnych badań w ramach bilansu POZ PLUS.
- Zasady korzystania ze wsparcia dietetyka, psychologa oraz edukatora zdrowotnego.
- Wytyczne do weryfikacji grupy pacjentów uprawionych do skorzystania z zarządzania chorobą: wiek, deklaracja wyboru, grupy schorzeń kwalifikujących do objęcia leczeniem w ramach zarządzania chorobą, informacja o korzystaniu z Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej.
- Wytyczne dotyczące pakietu dostępnych badań w ramach zarządzania chorobą.

Ponadto wskazane a nawet niezbędne były cykliczne spotkania organizacyjne, na których przekazywane były aktualne informacje dotyczące organizacji pracy w jednostce, omawiane ewentualne zmiany oraz poruszane pojawiające się problemy i trudności.



Rysunek 6. Współpraca w opiece koordynowanej.

9.1.3. Zdrowie Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej s.c. Janów Lubelski










Regulamin Organizacyjny podmiotu leczniczego

Opisane poniżej modyfikacje w Regulaminie Organizacyjnym zakładu są wymogiem formalnym na drodze dokonywania zmian i ich prawnego umocowania niezbędnego w nowych warunkach organizacyjnych i kompetencyjnych oraz tworzenia i formalizowania zasad funkcjonowania komórek organizacyjnych oraz zespołu podstawowej opieki zdrowotnej w opiece koordynowanej.

Każdy podmiot leczniczy opiera swoją działalność na regulaminie organizacyjnym zakładu. Dokument powinien być tak opracowany, aby odnosił się do najistotniejszych aspektów prowadzenia działalności medycznej oraz zawierał przejrzysty schemat struktury organizacyjnej.

Jako realizatorzy programu profilaktycznego POZ PLUS musieliśmy rozbudować istniejący regulamin organizacyjny o elementy niezbędne dla wdrożenia opieki koordynowanej.

Znaczenie regulaminu organizacyjnego dla zakładu było zasadnicze dla zachowania porządku i przejrzystości, zarówno dla personelu jak i pacjentów, w procesie udzielania świadczeń. Stanowił swoisty drogowskaz dla wszystkich pracowników medycznych i niemedycznych jednocześnie chroni zakład pod względem formalno – prawnym w sytuacjach spornych. Z tego względu był przygotowany dokładnie, z należytą starannością i obejmował wszystkie aspekty działalności, w tym nowopowstałą opiekę koordynowaną.

Regulamin organizacyjny zakładu powinien składać się z następujących rozdziałów:	I	Postanowienia ogólne	
	II	Cele i zadania podmiotu leczniczego	
	III	Rodzaj działalności leczniczej oraz zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych	
	IV	Struktura organizacyjna zakładu leczniczego oraz zadania poszczególnych jednostek i komórek organizacyjnych	
	V	Przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych	
	VI	Współdziałanie z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą	
	VII	Sposób kierowania jednostkami lub komórkami organizacyjnymi zakładu leczniczego	
	VIII	Udostępnianie dokumentacji medycznej i wysokość opłat za udostępnianie dokumentacji medycznej	
	IX	Postanowienia końcowe	

Zgodnie a powyższym dokonaliśmy zmian, stosownie do formalnego przystosowania placówki do realizowanych zmian, wynikających z programu POZ PLUS:

Rozdział I

Zawierał:

- pełną nazwę zakładu,
- miejsce wykonywania działalności,
- wpisy do odpowiednich rejestrów,
- podstawy prawne działania zakładu (ustawy, rozporządzenia) np.:
 - ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej
 - ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta
 - ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych
 - ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty
 - ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej
 - ustawa o VAT z art. 106 b ust. 5
 - rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady o ochronie danych osobowych
 - rozporządzeń wydanych na podstawie upoważnień zawartych w w/w ustawach;

Rozdział II

Określał cel i zadania podmiotu leczniczego.

Podstawowym celem podmiotu leczniczego jest udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy, personel pielęgniarski, położne, higienistki szkolne w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej w sposób koordynowany służący zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia oraz prowadzeniu profilaktyki zdrowotnej przez osoby do tego uprawnione na podstawie obowiązujących przepisów prawa, ze szczególnym uwzględnieniem przestrzegania praw pacjenta oraz stosowaniu właściwych metod diagnostycznych i leczniczych zgodnie z obowiązującymi standardami.

W celu uzyskania lepszych efektów organizacji udzielania świadczeń zdrowotnych pacjentom objętym opieką powołuje się stanowisko dla koordynatora.

Do podstawowych zadań podmiotu leczniczego należy:

- prognozowanie, koordynowanie i organizowanie działalności profilaktyczno – leczniczej,
- udzielanie indywidualnych porad i konsultacji,
- organizowanie i prowadzenie edukacji zdrowotnej w reprezentowanej specjalności,
- wnioskowanie w sprawach zaopatrzenia w środki pomocnicze i przedmioty ortopedyczne,
- współdziałanie z innymi jednostkami organizacyjnymi służby zdrowia, szkołami, zakładami pracy, organizacjami i stowarzyszeniami,
- orzekanie i opiniowanie o stanie zdrowia,
- inne zadania zlecone przez kierownika zakładu uwzględniające koordynację opieki.

Rozdziały III i IV

Określają szczegółowo zakres i proces udzielania świadczeń zdrowotnych dla poszczególnych zakresów świadczeń opierając się na podstawach prawnych podanych w rozdziale I, dodając do tego opis nowej funkcji pełnionej przez koordynatora i opis sposobu koordynowania świadczeń.

Określone są tu szczegółowe zadania koordynatora i jego miejsce w strukturze organizacyjnej zakładu w utworzonej w tym celu nowej komórki organizacyjnej o przykładowej nazwie Gabinet Koordynacji i Promocji Świadczeń.

Przykład:

Koordynator to osoba, która zajmuje się koordynacją działań procesowych, powodując uporządkowaną współpracę i komunikację pomiędzy pacjentem, a wszystkimi członkami zespołu opieki koordynowanej podczas postępowania diagnostyczno – terapeutycznego.

Koordynator opieki zdrowotnej organizuje i koordynuje pracę komórek organizacyjnych zakładu, w których udzielane są świadczenia zdrowotne oraz planuje ich udzielanie dla populacji objętej opieką.

Do zadań koordynatora należy budowanie relacji pomiędzy wszystkimi podmiotami zaangażowanymi w proces koordynacji, a w szczególności:

- koordynacja procesu obiegu dokumentacji medycznej świadczeniobiorcy, w tym nadzór nad jej kompletnością,
- nawiązywanie i utrzymywanie kontaktu ze świadczeniobiorcą i jego rodziną,
- podczas procesu leczenia,
- ustalanie terminów realizacji poszczególnych etapów opieki zdrowotnej, w tym profilaktyki i leczenia,
- komunikacja pomiędzy personelem administracyjnym, a personelem medycznym zarówno podmiotu leczniczego, w którym jest zatrudniony oraz innych świadczeniodawców zaangażowanych w proces udzielania świadczeń osobiście, telefonicznie lub za pośrednictwem innych środków komunikacyjnych,
- analiza i udział w doborze populacji świadczeniobiorców objętych opieką do odpowiednich interwencji zdrowotnych,
- monitorowanie organizacyjne w realizacji indywidualnych planów opieki,
- współpraca z kadrą zarządzającą w sprawie oceny pracy zespołu, audytów, planowanych inwestycji, nowych zadań itp.

Pozostałe rozdziały regulaminu określały sposób zarządzania zakładem, zasady udostępniania dokumentacji medycznej i nie mają bezpośredniego związku z koordynacją opieki zdrowotnej.

9.1.4. Centrum Medyczno-Diagnostyczne, Mińsk Mazowiecki

Organizacja i zadania rejestracji i gabinetu opieki koordynowanej w POZ PLUS

Organizacja komórek organizacyjnych - rejestracji i dostosowanie gabinetu opieki koordynowanej w celu zapewnienia jak najlepszej dostępności do realizatorów świadczeń opieki zdrowotnej, dla pacjentów to priorytetowe zadanie w procesie koordynacji.

Art. 14. ustawy o podstawowej opiece zdrowotnej określa, że w ramach koordynacji opieki zdrowotnej placówki POZ powinny zapewniać, między innymi:

- Profilaktyczną opiekę zdrowotną dostosowaną do wieku i płci świadczeniobiorcy oraz zidentyfikowanych problemów zdrowotnych świadczeniobiorcy i populacji objętej opieką.
- Badania diagnostyczne i konsultacje specjalistyczne, zgodnie z indywidualnym planem diagnostyki, leczenia i opieki.

- Wyznaczenie osoby, do której zadań należy "organizacja procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, w tym udzielanie informacji o tym procesie oraz zapewnienie współpracy między osobami udzielającymi świadczeń zdrowotnych" – czyli koordynatora.

Dostosowując się do tych wymogów, zespół działający w ramach opieki koordynowanej w placówce zdrowotnej powinien składać się z lekarzy, pielęgniarek i położnych POZ oraz edukatorów zdrowotnych, dietetyków, rejestratorek medycznych i oczywiście najważniejszej osoby od strony merytorycznej w tym procesie organizacji udzielania świadczeń koordynatora.

Wg moich doświadczeń nie musi to być „stricte” osoba nowozatrudniona. Najlepiej byłoby, żeby to była osoba pracująca już w tej placówce, która zna zasady współpracy i realia pracy „od podszewki”. Taka osoba łatwiej poradzi sobie na późniejszym etapie, dobierając sposób i metodę skoordynowania pracy zespołu w taki sposób by pacjent w jak najbardziej optymalnym i najszybszym czasie uzyskał świadczenia, a tym samym osiągnął zadowalający efekt terapeutyczny.

Opieka koordynowana to nie tylko opieka nad pacjentem przewlekle chorym, to również dbanie o profilaktykę zdrowotną pacjentów zdrowych, w myśl zasady „lepiej zapobiegać niż leczyć”.

Niezależnie od liczby pacjentów objętych opieką, placówki powinny posiadać rejestrację wyodrębnioną poza ogólną rejestracją, przeznaczoną wyłącznie dla pacjentów w procesie koordynacji.

Z doświadczenia praktycznego naszej placówki wynika, że najlepiej sprawdził się gabinet opieki koordynowanej, gdzie pacjent mógł zgłosić się ze swoim problemem i uzyskać potrzebne dla siebie informacje z poszanowaniem intymności.. Oczywiście zawsze mógł skorzystać z rejestracji ogólnej, która była poinformowana o ogólnych zasadach procesu, była w stanie umówić pacjenta na badania profilaktyczne w ramach badań przesiewowych, populacyjnych czy badań bilansowych wykonywanych w placówce, umówić na badania diagnostyczne i konsultacje specjalistyczne. Jednak po szczegółowe informacje pacjent był proszony o udanie się do gabinetu opieki koordynowanej. Z czasem trwania projektu pacjenci byli już tak przyzwyczajeni do zasad panujących w procesie, że bezpośrednio udawał się do gabinetu.

Według naszej obserwacji gabinet opieki koordynowanej powinien być wyodrębniony i ulokowany na terenie placówki w takim miejscu by zachować łatwy dostęp dla pacjenta. Dostępność gabinetu powinna być w godzinach pracy placówki lub przynajmniej w godzinach pracy lekarzy POZ, co w większości placówek udało się osiągnąć.

W mniejszych placówkach może do tego wymiennie służyć gabinet zabiegowy (poza godzinami funkcjonowania). W dużych placówkach (pow. 10 tyś podopiecznych) w celu zabezpieczenia pełnego profesjonalizmu i efektywności procesu koordynacji najlepiej jest zapewnić dwie osoby na stanowiskach koordynatora. W takiej obsadzie zwiększa się efektywność działań i zwiększa się znacząco dostępność dla pacjenta.

W zależności od zdolności finansowych placówki mogą to być etaty tylko i wyłącznie koordynatorskie, lub połączenie etatu koordynatora z etatem innego członka zespołu, np. edukatora zdrowotnego czy pielęgniarki. Z naszej praktyki wynika, że powinny to być osoby z wykształceniem medycznym lub zawodowo zajmujące się zagadnieniami organizacji ochrony zdrowia, ze względu na cenną znajomość systemu ochrony zdrowia w Polsce oraz umiejętność jego urealnienia na potrzeby lokalne. Wtedy proces przebiega w dużym stopniu sprawniej i łatwiej.

Kluczowe w organizacji pracy gabinetu okazały się przejrzyste opracowane schematy organizacyjne i funkcjonalne gabinetów z podziałem zadań dla poszczególnych członków zespołu.

Niezbędne było zapewnienie szkoleń tematycznych dla członków zespołu jak oraz stałej dostępności do materiałów edukacyjnych i poglądowych dla pracowników oraz pacjentów. Jednym z celów działania gabinetu opieki koordynowanej jest zachęcanie pacjentów do aktywnej profilaktyki. Każdy z jego pracowników powinien otrzymać listę pacjentów do zaproszenia/umówienia na badania profilaktyczne i mieć wyznaczony czas na wykonanie tego zadania.

Plan pracy każdego z nich był zgodny z przyjętym harmonogramem zarówno dla samego gabinetu jak i innych pracowników medycznych zapewniających udzielenie świadczenia.

Przykładowo dla pacjentów w ramach badań bilansowych (głównie osoby pracujące) powinny być dostępne godziny wczesno ranne i popołudniowe, zaś dla pacjentów przewlekłe chorych pozostałe godziny. Nie wyklucza to jednak w żaden sposób możliwości korzystania z opieki pacjentów w innych godzinach pracy gabinetu.

Sam gabinet opieki koordynowanej poza podstawowym wyposażeniem w tym informatycznym może być wyposażony w urządzenia medyczne niezbędne do przeprowadzenia, także przez innych członków zespołu, badania pacjenta tj. ciśnieniomierz, wzrostomierz, waga czy pulsoksymetr oraz materiały edukacyjne do pobrania dla pacjenta.

Pacjent wchodząc gabinetu powinien mieć poczucie, że będzie miał udzielone świadczenie holistycznie w oparciu o zasady współczesnej medycyny i profesjonalizmu. Ważne jest by pacjent mając zalecenia i badania do wykonania po wizycie u lekarza, pielęgniarki czy położnej POZ powinien zostać na nie umówiony w terminie dogodnym dla niego i najbliższej placówce, możliwie krótkim czasie, umożliwiającym postawienie diagnozy lub kontroli i kontynuacji procesu leczenia i pielęgnacji.

Gabinet opieki koordynowanej odpowiada za organizację opieki nad pacjentem, począwszy od profilaktyki do płynnego procesu leczenia i pielęgnacji pacjenta.

Z naszego doświadczenia wynika, że ważnym elementem współpracy między członkami zespołu jest ciągły przepływ informacji o pacjencie, aby opieka nad nim przebiegała w sposób płynny, przejrzysty i kompetentny. Do zadań koordynatora należy połączenie tych wszystkich cząstkowych etapów i nadzór organizacyjny nad procesem opieki nad pacjentem.

9.2. Koordynator w programie POZ PLUS

9.2.1. Farma – Med Kujawskie Centrum Medyczne, Inowrocław

W placówce Farma-Med rola koordynatora w głównej mierze dotyczyła:

- Współpracy z pracownikami w zakresie przydzielania im określonych zadań wynikających z bieżącej realizacji programu oraz monitorowania ich wykonania.
- Intensywnego oraz aktywnego udziału w procesie naboru pacjentów do udziału w programie.
- Kontaktów z innymi placówkami ochrony zdrowia w celu umawiania pacjentów na konsultacje do lekarzy specjalistów czy badań diagnostycznych.
- Indywidualnego, całościowego nadzoru nad przebiegiem wszystkich działań podejmowanych w stosunku do pacjenta objętego programem POZ PLUS.

Wiele z tych zadań nie było trudne ani skomplikowane z racji mojego doświadczenia zawodowego wynikającego z 10-letniego stażu pracy w rejestracji POZ w naszej placówce. Zdobyte zaufanie pacjentów ułatwiało mi kontakty z nimi podczas, których, mogłam ich przekonać do udziału w badaniach i zaoferować swoją pomoc podczas trwania programu. W czasie trwania pilotażu nie tylko ja jako koordynator odegrałam istotną rolę w realizacji nowych zadań. Wiele osób współpracowało ze mną i wspierało w pełnieniu tej roli. W mojej ocenie praca koordynatora bardzo pozytywnie wpłynęła na organizację pracy innych pracowników. Gdyby nie koordynator, pielęgniarki rejestratorki, lekarze i wszyscy, którzy brali w tym udział nie osiągnęlibyśmy takich wyników.

Ważnym elementem naszej współpracy były cotygodniowe zebrania. Na bieżąco rozwiązywaliśmy wszystkie problemy, wprowadzaliśmy nowe rozwiązania, usprawnialiśmy sobie wzajemnie codzienną pracę. Tworzyliśmy materiały reklamowe, ulotki i informacje niezbędne dla pacjenta. Tworzyliśmy jako zespół „lokomotywę z wagonikami”.

Jako koordynator byłam łącznikiem między lekarzem, a pacjentem. Umawiałam pacjenta do lekarza na dany termin jak i wizyty do specjalisty, pilnowałam terminów wizyt kontrolnych, dzwoniłam i przypominałam o nich pacjentom. Jako koordynator pomagałam spiąć opiekę nad pacjentem w sposób kompleksowy. Pacjent przestał się „błąkać po systemie”, leczyc się wg informacji z Internetu.

Praca Koordynatora pomagała uporządkować plan leczenia pacjenta, odciążała lekarza POZ, stworzyła praktyczną możliwość zarządzania prowadzenia pacjenta zarówno w działaniach profilaktycznych, jak i w sytuacji, gdy choruje przewlekle. Pacjent był lepiej poinformowany, a tym samym lepiej zorientowany, gdzie i kiedy ma się zgłosić do poszczególnych placówek medycznych, kiedy ma ponownie przyjść do swojego lekarza, co spowodowało że nie nadużywał porad w POZ oraz konsultacji specjalistycznych.

Ważnym elementem usprawniającym opiekę systemową była informacja, że lekarz POZ będzie kontynuował leczenie zlecone przez specjalistę. Przeszto także powielania badań diagnostycznych. Pacjent miał do dyspozycji plan terapii, był otoczony dobrą opieką, a jego lekarz rodzinny zyskał czas na te elementy pracy lekarza, w których nikt nie może go wyręczyć.

Koordynator stał się łącznikiem między pacjentem a lekarzem specjalistą, psychologiem i edukatorem.

Jakie korzyści wynikają z roli koordynatora?

1. Pozyskanie do POZ nowych pacjentów.
2. Wzrost satysfakcji pacjentów z realizowanych usług medycznych.
3. Lekarz rodzinny może efektywniej wykorzystać swoje kompetencje.
4. Wzrosła rola pielęgniarek, położnych, edukatorów i psychoterapeutów w zakresie edukacji zdrowotnej.
5. Wdrożenie kompleksowych usług medycznych z wykorzystaniem koordynowanej opieki przez zespół POZ z aktywnym umawianiem pacjenta na kolejne wizyty w znacznym stopniu skróciło czas oczekiwania na świadczenie zdrowotne.
6. Nawiązanie ciągłej współpracy między różnymi specjalistami w opiece nad pacjentem.
7. Uzyskano większe zaangażowanie pacjenta w jego leczenie.
8. Zwiększenie udziału personelu niemedycznego w proces koordynacji udzielanych świadczeń zdrowotnych.

9.2.2. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Spółka z o.o., Kraków-Południe

W opiece koordynowanej ważną rolę odgrywa koordynator.

Do głównych zadań koordynatora należało wsparcie pacjentów w procesie leczenia.

W praktyce oznaczało to zapewnienie, właśnie przez koordynatora klarownego i sprawnego przepływu informacji na linii lekarz - pacjent oraz pomiędzy osobami czy podmiotami leczniczymi, które sprawują nad nim opiekę zdrowotną.

Zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z 16 marca 2018 r. w pilotażowym programie opieki koordynowanej, za główne zadania dla koordynatora przewidywało:

- zapewnienie przepływu informacji między uczestnikami procesu udzielania świadczeń, zarówno na poziomie świadczeniodawcy, jak również między świadczeniodawcą i podmiotami zewnętrznymi zaangażowanymi w procesie leczenia i profilaktyki,
- wspieranie organizowania procesu leczenia i profilaktyki, w tym prowadzenie elektronicznego terminarza wizyt,
- opracowywanie raportów z realizacji pilotażu POZ PLUS (...), przekazywanych do Funduszu

Jednakże, aby pilotaż przebiegał sprawnie, koordynatorzy musieli rozszerzyć swoje obowiązki i bardzo intensywnie zaangażować się w swoją pracę. Sama rejestracja pacjentów, dbanie o kompletność informacji dla wszystkich uczestników procesu leczenia oraz raportowanie było stanowczo niewystarczające w świetle wyzwań, które się pojawiały w trakcie trwania pilotażu.

Takim przykładem może konieczność zwiększenia aktywności w procesie rekrutacji pacjentów do pilotażu.

Dodatkowo na nich spoczywał obowiązek kontaktowania się z osobami, które już zostały objęte programem. Należy do nich zaliczyć pacjentów, którzy zaczęli bilans lub którzy wykonali specjalistyczne badania w ramach Programu Zarządzania Chorobą, a z różnych powodów nie dotarli do placówki by go zakończyć. Telefony do pacjentów w tych sprawach można było liczyć w tysiącach. Była to żmudna praca jednak przynosiła efekty gdyż stopniowo liczba zakończonych bilansów rosła a firma nie ponosiła już strat finansowych.

Drugim ważnym zadaniem było dbanie o procesy związane z przeprowadzaniem ankiet bilansowych oraz w ramach Programu Zarządzania Chorobą. Lekarze mieli wystarczającą ilość obowiązków, dlatego aby zachować porządek i poprawność w systemie sprawozdawczym NFZ „AP-PKUŚ”, koordynatorzy sami zajmowali się wprowadzaniem danych medycznych.

Wyzwaniem były procesy w Programie Zarządzania Chorobą (PZCh): Lekarze mieli wiedzę dotyczącą stanu zdrowia pacjenta w zakresie postawienia diagnozy czy rozpoznania lekarskiego. Na zakończenie wizyty lekarze przekazywali, w formie pisemnego zaświadczenia, pacjentom informacje o etapie leczenia i kierowali ich do koordynatora celem dalszego postępowania.

Należy stwierdzić, że aż w ponad 95% kierowani pacjenci zgłaszali się do koordynatora a ponieważ mieli ze sobą skierowania i/lub zalecenia dotyczące dalszego postępowania, proces ułożenia planu dalszego postępowania u koordynatora następował bardzo sprawnie. Kolejnym zadaniem było dbanie o poprawność kodowania wizyt. Jak Szanowny Czytelnik wie z poprzednich rozdziałów, wizyty „POZ PLUS” miały przypisane kody produktów. Czasem zdarzały się pomyłki w przypisaniu kodu do rodzaju wizyty. Przykładowo w etapie bilansowym najczęstszym błędem było niewpisanie jakiegoś produktu: np. pacjent miał zlecone badanie TSH, a lekarz pominął to w sprawozdaniu lub nadał niewłaściwy kod produktu. W PZCH natomiast największą trudnością sprawiło użycie w odpowiednim momencie programu sprawozdawczego NFZ w tym kodów związanych z wizytą wstępną, kompleksową oraz kontrolną. Wynikało to m.in. z tego, że wizyty te występowały jako wizyty płatne oraz statystyczne. Do tego można było ich użyć tylko w odpowiednim momencie oraz określoną ilość razy (np. wizyta kompleksowa tylko raz w roku dla jednej grupy dziedzinowej). Koordynatorzy, będąc w centrum działań mieli najlepszy wgląd, pod wieloma względami, w przebieg procesu, to sami monitorowali prawidłowość jego przebiegu i sprawozdawczości. Analizowali rozwój sytuacji związanej z dynamiką wykonywanych bilansów i szanse na ukończenie wymaganej liczby ankiet. Usuwali tzw. „wąskie gardła”, rozwiązywali bieżące problemy, a także byli łącznikami między placówką a oddziałem wojewódzkim NFZ. Jak widać z powyższego, zadania koordynatora ewoluowały w trakcie pilotażu wpływając na zmiany w przypisanej programem roli.

Na podstawie doświadczeń własnych można przedstawić cechy, które wydatnie pomagały w pełnieniu tej funkcji. Można do nich zaliczyć:

- doświadczenie w rejestrowaniu pacjentów co pozwalało sprawnie poruszać się po wewnętrznym, zakładowym systemie rejestracji oraz po szeroko pojętym systemie ochrony zdrowia,
- zaangażowanie się w pracę, odpowiedzialność oraz chęć poszerzania swoich kompetencji. Koordynator musiał być na bieżąco zorientowany w zmieniających się różnego rodzaju przepisach, mierzyć się z różnymi problemami, często nieszablonowymi, wymagającymi dużej kreatywności,

- empatia oraz asertywności. Bardzo przydaje się umiejętność empatii i tzw. „wczucia” się sytuację pacjenta czy jego opiekunów. Nie dla każdego pewne rzeczy są oczywiste np. to, że skierowanie do poradni laryngologicznej to nie jest skierowanie na oddział laryngologiczny w szpitalu itp. Trzeba jednak wiedzieć, gdzie leży granica w pomaganiu pacjentom, dlatego też wspomniana asertywność jest nieodzowna,
- wysoka kultura osobista, radzenie sobie ze stresem, a także rozwiązywanie konfliktów, bycie mediatorem również bardzo pomagają podczas wykonywania koordynatorskich zadań.

Na podstawie powyższego opisu można wyciągnąć wnioski, że koordynator to opiekun czy menadżer zdrowia, dbający o właściwe rozwiązania organizacyjne dla zabezpieczenia „interesów zdrowotnych” powierzonych mu pacjentów.

Jego rola nie sprowadza się tylko do bycia tzw. sformalizowaną „rejestracją POZ PLUS”, ale jest ukierunkowana na rolę „swoistego osobistego opiekuna”, który w miarę posiadanej wiedzy i narzędzi wspiera pacjenta w procesie leczenia, a także w często niełatwych, codziennych kontaktach z ochroną zdrowia.

9.3. Współpraca - Grupa Zdrowie Arkadiusz Chmieliński, Płońsk

9.3.1. Współpraca koordynator – lekarz POZ

Lekarz po wstępnej weryfikacji kierował pacjenta uprawnionego do skorzystania z programu POZ PLUS do koordynatora, w celu wykonania pakietu podstawowych badań diagnostycznych.

Koordynator przejmował opiekę nad pacjentem i niemal „za rączkę” przeprowadzał przez kolejne etapy, którymi były badania diagnostyczne czy ustalenie terminu kolejnej wizyty do lekarza kierującego, w celu omówienia wyników badań.

Lekarz w świetle wyników, wywiadu przeprowadzonego podczas bilansu oraz badania fizykalnego pacjenta stawia diagnozę, ewentualnie zlecał dodatkowe badania w celu pogłębienia diagnostyki. Ze wszelkimi skierowaniami otrzymanymi od lekarza, pacjent ponownie wracał do koordynatora, który w zależności od danej sytuacji umawiał wizytę, rezerwował terminy wizyt do specjalisty, organizował kolejne badania oraz ewentualnie doradzał pacjentowi jak dalej postępować, by sprawnie i szybko wypełnić zalecenia lekarza.

W każdej chwili i na każdym etapie leczenia pacjent ze wszelkimi zaleceniami lekarza mógł udawać się do koordynatora, który na miarę swojej wiedzy i możliwości oferował pacjentowi pomoc i wsparcie.

9.3.2. Współpraca koordynator – pielęgniarka

Koordinator z pacjentem, wyrażającym chęć przystąpienia do programu, kierował się do pielęgniarki celem pobrania materiału do wykonania zleconych badań diagnostycznych. Informował pacjenta o zadaniach pielęgniarki, do których należało min. przeprowadzenie części pielęgniarskiej badania bilansowego.

Rzetelnie przeprowadzony bilans pozwał już na tym etapie zweryfikować wstępnie stan pacjenta. Kompetentna pielęgniarka na podstawie wywiadu i rozmowy z pacjentem określała jego potrzeby zdrowotne a swoje spostrzeżenia i wnioski przekazywała lekarzowi lub koordynatorowi w tym fakt, że pacjent potrzebuje wsparcia w określonym zakresie, np. potrzeby konsultacji u dietetyka, psychologa, edukatora zdrowotnego, czy to, że pacjenta można objąć programem profilaktycznym.

Edukacja dotyczyła wielu obszarów życia pacjentów zaczynając od nałogów przez profilaktykę po edukację z zakresu postępowania w przypadku chorób przewlekłych.

9.4. Praca zespołowa w realizacji programu POZ PLUS

9.4.1. Grupa Zdrowie Arkadiusz Chmieliński, Płońsk

Przystąpienie do programu POZ PLUS okazało się nie lada wyzwaniem, ale z perspektywy czasu przyniosło wiele korzyści zarówno naszej placówce jak również pacjentom biorącym w nim udział. Wprowadzenie opieki koordynowanej dało szansę na stworzenie prężnie działającego zespołu mającego świadomość, że nieustanne przekształcanie i współdziałanie przynosi wymierne korzyści w budowaniu lepszych rozwiązań. Dzięki opiece koordynowanej zdecydowanie podniósł się standard leczenia.

Na pierwszy plan wysuwa się poprawa ciągłości opieki. Pojawiają się szanse na wcześniejsze wychwycenie chorób wymagających szybkiej diagnostyki i leczenia, a także efektywniejsze wdrożenie programów profilaktycznych co pozwoliło w efekcie ograniczyć czynniki chorobotwórcze i podnieść szanse na polepszenie zdrowia populacji objętej opieką

9.4.2. Farma – Med Kujawskie Centrum Medyczne, Inowrocław

Opinia lekarza realizatora programu POZ PLUS

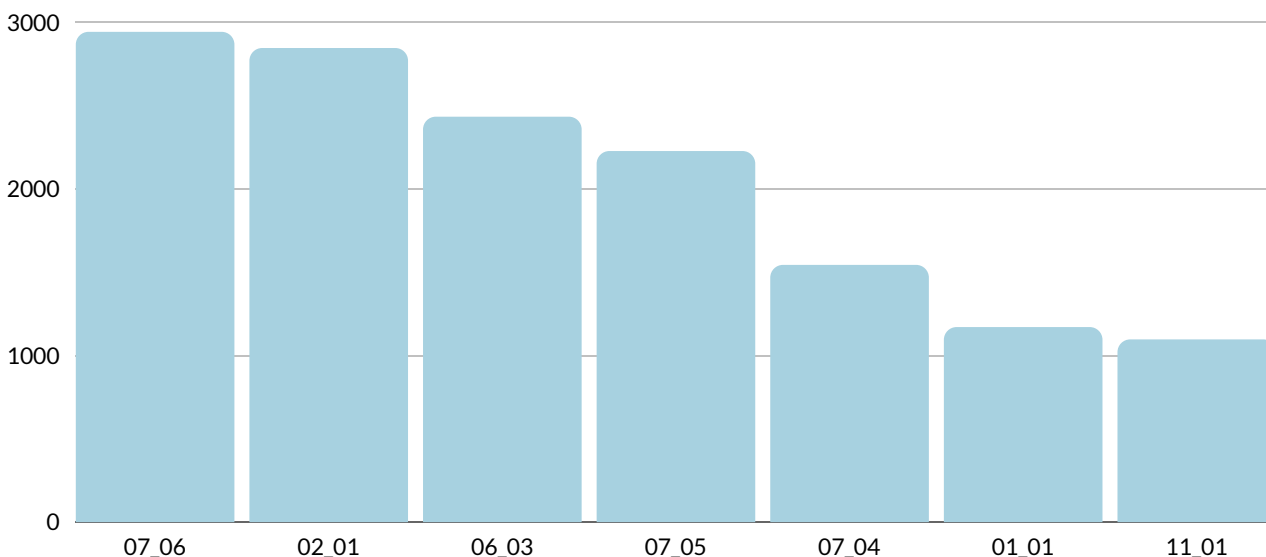
Dzięki Programowi POZ PLUS możliwe było znalezienie u potencjalnie zdrowych niezgłaszających żadnych objawów pacjentów, zagrożeń stanu zdrowia lub chorób w początkowej fazie co gwarantowało szybkie wdrożenie leczenia i wzrost bezpieczeństwa zdrowotnego. Dotyczyło to szczególnie chorób nowotworowych pacjentów, u których dzięki wczesnej diagnozie możliwe było wdrożenie leczenia i wydłużenie życia. Przykładem może być pacjentka, u której lekarz w czasie badania przedmiotowego wy badał w sutku guzek. W koszyku lekarza POZ nie ma USG piersi. Program POZ PLUS umożliwił wykonanie tego badania kilka dni później. Pacjentce niezwłocznie wystawiono kartę DiLO i wdrożono leczenie onkologiczne.

Dość duża część potencjalnie zdrowych pacjentów dowiedziała się o nieprawidłowej tolerancji glukozy lub nawet o cukrzycy czy nadciśnieniu - chorobach, które często nie dają intensywnych objawów. Współpraca z dietetykiem była kluczowa w leczeniu otyłości. Natomiast pacjenci z objawami depresji bardzo cenili spotkania z psychologiem.

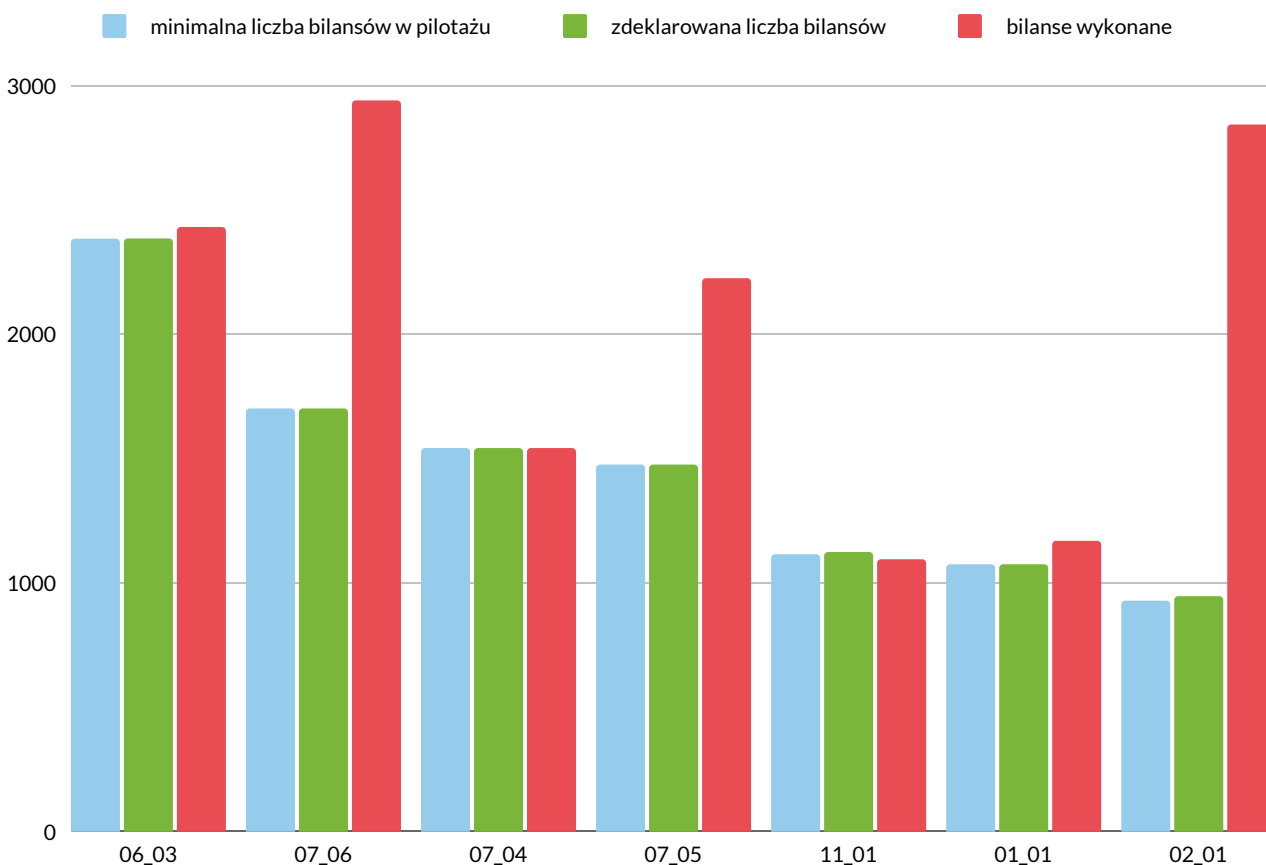
10. Realizacja pilotażu POZ PLUS wybranych świadczeniodawców

Swoim doświadczeniem w prezentowanej publikacji podzieli się realizatorzy pilotażu POZ PLUS. Podstawą wyboru są bardzo dobre lub dobre wskaźniki realizacji oraz gotowość zaprezentowania rozwiązań, które sprzyjały ich osiągnięciu.

Wykres 1. Liczba zakończonych bilansów



Wykres 2. Minimalna liczba bilansów w pilotażu, zadeklarowana liczba bilansów i bilanse wykonane.



Wykres 3. Liczba podpisanych zgód w POZ PLUS.

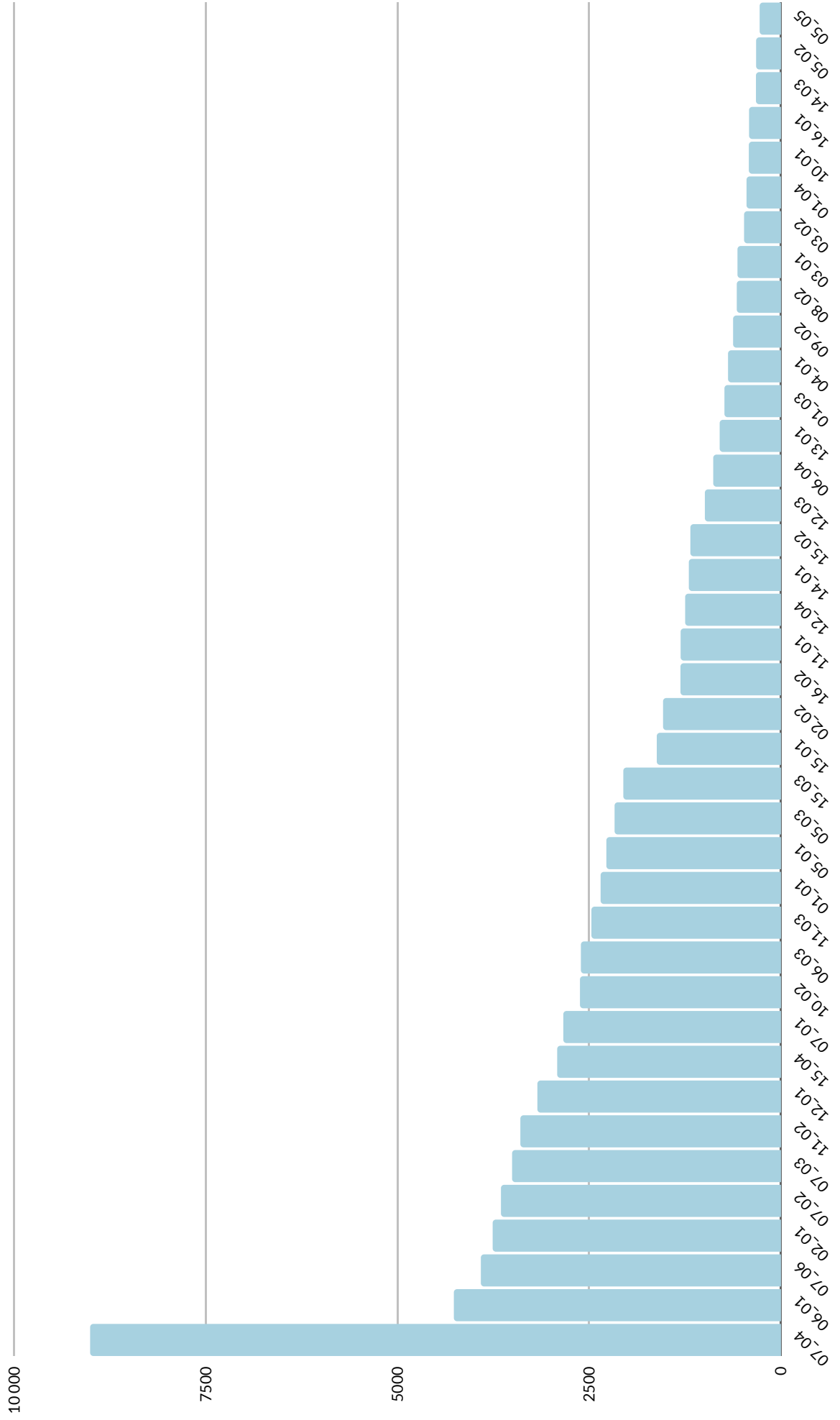


Tabela 3. Lista świadczeniodawców biorących udział w pilotażu POZ PLUS.

KOD	Nazwa	Miejscowość	Województwo
01_01	NZOZ "PRZYCHODNIA RODZINNA"	SOBÓTKA	DOLNOŚLĄSKIE
01_02	WOJEWÓDZKA PRZYCHODNIA POZ	DŁUGOŁĘKA	DOLNOŚLĄSKIE
01_03	POWIATOWE CENTRUM ZDROWIA SP. Z O.O.	LWÓWEK ŚLĄSKI	DOLNOŚLĄSKIE
01_04	"KONSYLIMUM" SP. Z O.O.	GŁOGÓW	DOLNOŚLĄSKIE
02_01	NZOZ CM "FARMA-MED"	INOWROCŁAW	KUJAWSKO-POMORSKIE
02_02	NZOZ CENTRUM MEDYCZNE "IKAR"	BIAŁE BŁOTA	KUJAWSKO-POMORSKIE
03_01	NZOZ "ZDROWIE" S.C.	BATORZ	LUBELSKIE
03_02	NZOZ "CENTRUM" ALEKSANDRÓW	ALEKSANDRÓW	LUBELSKIE
04_01	WSPL SPZOZ	GORZÓW WIELKOPOLSKI	LUBUSKIE
05_01	PL Świat Zdrowia „Polimedica”	ZGIERZ	ŁÓDZKIE
05_02	CM "MEDYCYNĄ GRABIENIEC"	ŁÓDŹ-BAŁUTY	ŁÓDZKIE
05_03	CM "SZPITAL ŚW. RODZINY"	ŁÓDŹ-ŚRÓDMIEŚCIE	ŁÓDZKIE
05_04	PL Świat Zdrowia „Polimedica Alfa”	ŁÓDŹ-BAŁUTY	ŁÓDZKIE
05_05	MEDINEA ANNA WŁODARCZYK	KRASZEW	ŁÓDZKIE
06_01	"SCANMED" S.A. Krowodrza	KRAKÓW-KROWODRZA	MAŁOPOLSKIE
06_02	"SCANMED" S.A Śródmieście	KRAKÓW-ŚRÓDMIEŚCIE	MAŁOPOLSKIE
06_03	NZOZ KRAKÓW-POŁUDNIE SP. Z O.O.	KRAKÓW-PODGÓRZE	MAŁOPOLSKIE
06_04	NZOZ "KROMED" S.C.	GRYBÓW	MAŁOPOLSKIE
07_01	SPZZLO WARSZAWA-ŻOLIBORZ	ŻOLIBORZ	MAZOWIECKIE
07_02	SPZZLO WARSZAWA-WAWER	WAWER	MAZOWIECKIE
07_03	NZOZ "MEDIQ"	LEGIONOWO	MAZOWIECKIE
07_04	NZOZ "CENTRUM" Mińsk	MIŃSK MAZOWIECKI	MAZOWIECKIE
07_05	NZOZ "CENTRUM" Siedlce	SIEDLCE	MAZOWIECKIE
07_06	"ZDROWIE" S.C. PORADNIA RODZINNA	PŁOŃSK	MAZOWIECKIE
08_01	"OPTIMA MEDYCYNĄ" S.A. Dytmarów	DYTMARÓW	OPOLSKIE
08_02	"OPTIMA MEDYCYNĄ" S.A. Racławice Śl.	RACŁAWICE ŚLĄSKIE	OPOLSKIE
09_01	ZOZ NR 2 Łąka	ŁĄKA	PODKARPACKIE
09_02	ZOZ NR 2 Wysoka Głogowska	WYSOKA GŁOGOWSKA	PODKARPACKIE
10_01	SPZOZ MOŃKI	KRYPNO KOŚCIELNE	PODLASKIE
10_02	ŁOMŻYŃSKIE CENTRUM MEDYCZNE	ŁOMŻA	PODLASKIE
11_01	"COPERNICUS" SP. Z O.O.	GDAŃSK	POMORSKIE
11_02	"BALTIMED"	GDAŃSK	POMORSKIE
11_03	NADMORSKIE CENTRUM MEDYCZNE	GDAŃSK	POMORSKIE
12_01	"EPIONE" SP. Z O.O. Piotrowicka	KATOWICE	ŚLĄSKIE
12_02	"EPIONE" SP. Z O.O. Szopienicka	KATOWICE	ŚLĄSKIE
12_03	NZOZ CENTRUM MEDYCZNE SP. Z O.O.	KATOWICE	ŚLĄSKIE
12_04	CENTERMED SP. Z O.O. (Katowice)	KATOWICE	ŚLĄSKIE
13_01	CENTERMED KIELCE	KIELCE	ŚWIĘTOKRZYSKIE
14_01	"ELMED" SP. Z O.O.	ORZYNY	WARMIŃSKO-MAZURSKIE
14_02	ELMED SZCZYTNO SP. Z O.O.	PASYM	WARMIŃSKO-MAZURSKIE
14_03	MEDIX GÓRSKI, KAŻMIERCZAK S. J.	WIELBARK	WARMIŃSKO-MAZURSKIE
15_01	ZPiSOZ "MEDIX"	KALISZ	WIELKOPOLSKIE
15_02	"PRO-FAMILIA"	CZERWONAK	WIELKOPOLSKIE
15_03	"VITA" PRZYCHODNIA MED. RODZINNEJ	OSIEK NAD NOTECIĄ	WIELKOPOLSKIE
15_04	NZOZ "MULTIMEDIS" (Scanmed)	POZNAŃ-WILDA	WIELKOPOLSKIE
16_01	NZOZ "ARS MEDICA"	POSTOMINO	ZACHODNIOPOMORSKIE
16_02	"SZAFERA" PRZYCHODNIA MED. RODZ.	BEZRZECZE	ZACHODNIOPOMORSKIE

Zakończenie

Wszystkie tematy, zagadnienia, opinie i stanowiska zawarte w publikacji stanowią swoiste kompendium wiedzy dla przyszłych realizatorów opieki koordynowanej w podstawowej opiece zdrowotnej w Polsce.

Wierzymy, że w połączeniu z uważną, wielokierunkową analizą danych zebranych w statystycznych raportach tematycznych z realizacji programu uda się owe dążenie do podniesienia jakości udzielanych świadczeń zamienić na praktyczne realia codzienności w gabinetach, punktach zabiegowych, pokojach konsultacyjnych czy korytarzach i poczekalniach podmiotów leczniczych ku oczywistej radości pacjentów.

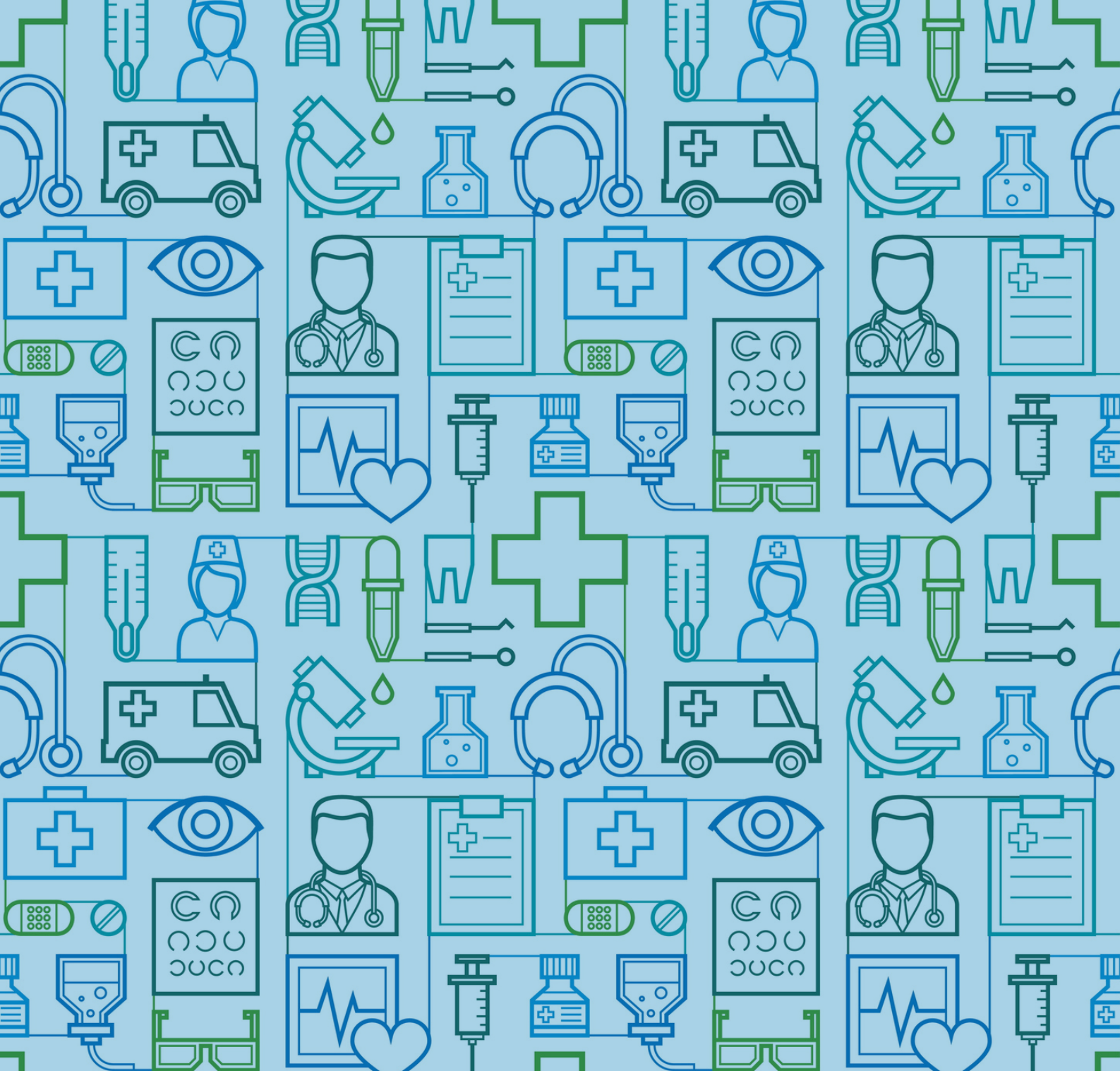
Powodzenia!

Przypisy

- [1] Opieka koordynowana: Projekt modeli do programu pilotażowego Strategia wdrożenia. Bank Światowy, 2017
- [2][3][4] Stein Katharina Viktoria Opieka koordynowana na świecie. Przykłady mające pomóc usprawnić [podstawową] opiekę zdrowotną w Polsce, Narodowy Fundusz Zdrowia 2016
- [5] <https://www.klrwp.pl/strona/61/definicje/pl>
- [6] Na podstawie: Guus Schrijvers „Opieka Koordynowana – lepiej i taniej” Warszawa 2017
- [7] Na podstawie: Zarządzenia Prezesa NFZ nr 160/2021/DSOZ z dnia 30.09.2021 w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej
- [8] Na podstawie: Podręcznik dla Świadczeniodawców. Opieka Koordynowana. Wdrożenie dla modelu I – Opracowanie Bank Światowy, Styczeń 2017
- [9][10][11] Podręcznik dla Świadczeniodawców Opieka Koordynowana. Wdrożenie dla Modelu I Bank Światowy
- [12][13] Population-based analysis of patients with COPD in Catalonia: a cohort study with implications for clinical management
<https://bmjopen.bmj.com/content/8/3/e017283>
- [14] Kieliszek Magdalena, Lipiński R. Cezary Komunikacja interpersonalna w w social mediach. Wskazówki dla realizatorów pilotażu opieki koordynowanej POZ PLUS, 2019
- [15] <https://koordynowana.nfz.gov.pl/biblioteka>
- [16] <https://koordynowana.nfz.gov.pl/sciezki-diagnostyczno-terapeutyczne>
- [17] www.aotm.gov.pl/zalecenia-kliniczne/proces/proces-adaptacji
- [18] Zarządzenie nr 23/2018/DAIS Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 16 marca 2018 r. w sprawie programu pilotażowego opieki koordynowanej w podstawowej opiece zdrowotnej „POZ PLUS” ze zm.

Bibliografia

1. Bank Światowy Podręcznik dla Świadczeniodawców. Opieka Koordynowana. Wdrożenie dla Modelu I.
2. Opieka koordynowana: Projekt modeli do programu pilotażowego Strategia wdrożenia.
3. Schrijvers Guus - Tytuł wersji polskiej: Wydanie I Opieka koordynowana. Lepiej i taniej Integrated Care: Better and Cheaper. Wydana w języku angielskim przez Reed Business Information pod tytułem „Integrated Care. Better and Cheaper” 2016 r.
4. Stein Katharina Viktoria - Tytuł wersji polskiej Opieka koordynowana na świecie. Przykłady mające pomóc usprawnić [podstawową] opiekę zdrowotną w Polsce, Narodowy Fundusz Zdrowia 2016 Wersja oryginalna: Integrated Care around the world. Examples to help improve (primary) health care in Poland, 2016 r.



Materiał współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

