

Załącznik do uchwały nr 125 Komitetu Monitorującego Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój  
z dnia 1 marca 2017 r.

L.p.	Roczny Plan Działania na 2017 r.	Było	Jest
1.	Fiszka projektu pozakonkursowego <i>Przygotowanie, przetestowanie i wdrożenie do systemu opieki zdrowotnej organizacji opieki koordynowanej (OOK) – Etap II Faza pilotażowa – model POZ+</i>	Brak	Dodanie fiszki. Fiszka stanowi załącznik 1.1 do niniejszej tabeli.

## Załącznik 1.1

<b>DZIAŁANIE PO WER</b>	Działanie 5.2 Działania pro jakościowe i rozwiązania organizacyjne w systemie ochrony zdrowia ułatwiające dostęp do niedrogich, trwałych oraz wysokiej jakości usług zdrowotnych
<b>FISZKA PROJEKTU POZAKONKURSOWEGO KONCEPCYJNEGO</b>	
<b>PODSTAWOWE INFORMACJE O PROJEKCIE</b>	
Tytuł lub zakres projektu <sup>1</sup>	<b>Przygotowanie, przetestowanie i wdrożenie do systemu opieki zdrowotnej organizacji opieki koordynowanej (OOK) – Etap II Faza pilotażowa – model POZ+</b>
Cel szczegółowy PO WER, w ramach którego projekt będzie realizowany	Wdrożenie działań pro jakościowych i rozwiązań organizacyjnych w systemie ochrony zdrowia ułatwiających dostęp do niedrogich, trwałych oraz wysokiej jakości usług zdrowotnych
Priorytet inwestycyjny	<b>9.iv</b>
Typ/typy projektów przewidziane do realizacji w ramach projektu	Przygotowanie, przetestowanie i wdrożenie do systemu opieki zdrowotnej organizacji opieki koordynowanej (OOK), służącej polepszeniu jakości i efektywności publicznych usług zdrowotnych (pilotaż nowej formy organizacji, procesu i rozwiązań technologicznych)
Cel główny projektu	Celem projektu jest pilotażowe wdrożenie modelu opieki koordynowanej na poziomie podstawowej opieki koordynowanej, tzw. modelu POZ+ zgodnie z Policy Paper dla Zdrowia 2014-2020.
Kamienie milowe projektu <sup>2</sup>	<p>Kluczowe etapy realizacji projektu:</p> <p><b>Etap 1 (NFZ): Wybór uczestników projektu:</b> będzie prowadzony w sposób otwarty i przejrzysty. Nabór POZ będzie prowadzony w rozbiciu na poszczególne województwa, tak aby w fazie pilotażowej brały udział podmioty ze wszystkich regionów kraju. Podział miejsc na poszczególne województwa będzie proporcjonalny do procentowego rozkładu potencjalnych uczestników. Miejsca projektowe w danym województwie rozdzielone w sposób gwarantujący przetestowanie modelu zarówno na obszarach miejskich jak i wiejskich. Podpisanie umowy udziału w projekcie będzie poprzedzone audytem ex-ante przez NFZ w placówce POZ. Celem audytu będzie weryfikacja potencjału POZ w zakresie wdrożenia modelu, jak również potrzeb w zakresie dostosowania systemu IT do modelu opieki koordynowanej.</p> <p><b>Etap 2 (NFZ): Dostosowanie struktury organizacyjnej i technologicznej POZ do warunków wdrożenia modelu:</b> Placówki POZ biorące udział w projekcie będą zobowiązane do dostosowania struktury organizacyjnej i wewnętrznych systemów IT w celu zarządzania opieką koordynowaną na poziomie podmiotu leczniczego wraz zapewnieniem możliwości pełnej integracji systemu IT podmiotu leczniczego z ogólnopolskimi systemami informatycznymi oraz stosownymi platformami już utworzonymi bądź w trakcie tworzenia na poziomie regionalnym. W ramach tego etapu wdrażane będą zalecenia audytu ex-ante.</p> <p><b>Etap 3 (NFZ): Utworzenie Platformy OOK do współpracy wzajemnej płatnika ze świadczeniodawcami na potrzeby pilotażowego wdrażania modelu:</b> Będzie służyła ona do gromadzenia i analizowania danych związanych z bieżącą realizacją pilotażu, umożliwiającą wprowadzanie zmian i wytycznych wynikających ze wskaźników koordynacji, pozwalającą na wymianę wiedzy w zakresie prowadzenia najlepszych praktyk pomiędzy uczestnikami pilotażu, zawierająca informacje związane z edukacją zdrowotną, które będą udostępnione dla pacjentów jednostek realizujących pilotaż. Posłuży również jako baza do wypracowywania przez MZ w drodze konsultacji propozycji zmian konkretnych aktów prawnych, które będą konieczne w celu skutecznego wdrożenia OOK w polskim prawodawstwie.</p>

<sup>1</sup> Należy wskazać roboczą nazwę projektu albo skrótowo opisać istotę, zakres przedmiotowy projektu.

<sup>2</sup> Zgodnie z podrozdziałem 5.2.1 *Polityka spójności* rozdziału 5.2 *Zasady wyboru projektów* Umowy Partnerstwa z dnia 21 maja 2014 r. przedsięwzięcia o długim horyzoncie czasowym realizacji muszą być dzielone na krótkie etapy, których realizacja będzie uzależniona od osiągnięcia rezultatów założonych na wcześniejszym etapie (kamieni milowych).

	<p><b>Etap 4 (NFZ): Udzielanie świadczeń zdrowotnych oraz monitorowanie jakości opieki na poziomie projektu:</b> Polegać będzie m.in. na realizacji „bilansów zdrowia dla dorosłych” oraz na prowadzeniu szeroko zakrojonych działań edukacyjnych z zakresu profilaktyki zdrowotnej. Monitorowanie jakości opieki będzie się odbywać w sposób ciągły. Przeprowadzony zostanie również przegląd aktualnych praktyk sprawozdawczych i na tej podstawie zostanie uaktualniony i wdrożony zestaw działań monitorująco-oceniających z uwzględnieniem poprawy ich jakości.</p> <p><b>Etap 5 (NFZ): Analiza założeń modelu „POZ +”</b> W ramach projektu przewiduje się przeprowadzenie weryfikacji poprawności przyjętych założeń modelu POZ+. Weryfikacji podlegać będzie szczególnie zakres badań objętych bilansami oraz opracowane ścieżki postępowania medycznych.</p> <p><b>Dodatkowo ze środków MZ (pomoc techniczna) lub ze środków projektu (NFZ) przeprowadzona zostanie ewaluacja zgodności z modelami.</b> Ewaluacja będzie przeprowadzona przez podmiot zewnętrzny. MZ/NFZ przeprowadzi otwarty konkurs na realizatora ww. badania.</p> <p><b>Przedmiotem ewaluacji będzie</b> zgodność z modelami wypracowanymi w I etapie projektu koncepcyjnego pn. „Przygotowanie, przetestowanie i wdrożenie do systemu opieki zdrowotnej organizacji opieki koordynowanej (OOK) – "Opracowanie modeli zintegrowanej/koordynowanej opieki zdrowotnej dla Polski”</p> <p>W ramach projektu zostanie powołany Komitet Koordynujący w skład którego wejdą przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia, płatnika, przedstawiciele świadczeniodawców objętych pilotażem, eksperci oraz organizacje pacjenckie.</p>			
Podmiot zgłaszający projekt <sup>3</sup>	Ministerstwo Zdrowia			
Podmiot, który będzie wnioskodawcą	<b>Narodowy Fundusz Zdrowia oraz jego następca prawny w przypadku likwidacji NFZ</b>			
Uzasadnienie wyboru podmiotu, który będzie wnioskodawcą <sup>4</sup>	<p>Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) jest prawnie odpowiedzialny (zgodnie z ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych) za finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych świadczeniobiorcom (pacjentom) ze środków publicznych. Fundusz jest państwową jednostką organizacyjną działającą na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. NFZ finansuje świadczenia zdrowotne udzielane ubezpieczonym i refunduje leki. Do zadań NFZ należy przede wszystkim:</p> <p>finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych osobom uprawnionym na podstawie ustawy o świadczeniach,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• prowadzenie rozliczeń w zakresie refundacji leków,</li> <li>• przeprowadzanie konkursów ofert, o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zawieranie umów ze świadczeniodawcami, a także monitorowanie ich realizacji i rozliczanie,</li> <li>• finansowanie medycznych czynności ratunkowych,</li> <li>• monitorowanie ordynacji lekarskich,</li> <li>• działania w zakresie promocja zdrowia,</li> <li>• prowadzenie Centralnego Wykazu Ubezpieczonych.</li> </ul> <p>Nadzór nad działalnością Funduszu sprawuje Minister Zdrowia.</p>			
Czy projekt będzie realizowany w partnerstwie?	<b>TAK</b>		<b>NIE</b>	<b>X</b>
Podmioty, które będą partnerami w projekcie i uzasadnienie ich wyboru <sup>5</sup>	<b>Nie dotyczy</b>			

<sup>3</sup> W przypadku opracowywania Rocznego Planu Działania przez IP, podmiotem zgłaszającym projekt jest IP. W przypadku opracowywania Rocznego Planu Działania przez IZ należy wpisać nazwę podmiotu, który zgłosił projekt do IZ.

<sup>4</sup> W szczególności w świetle art. 38 ust. 2 i 3 ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020 (Dz.U. z 2016 r. poz. 217) oraz podrozdziału 5.2.1 Polityka spójności, rozdziału 5.2 Zasady wyboru projektów Umowy Partnerstwa z dnia 21 maja 2014 r.

<sup>5</sup> Wypełnić w przypadku projektu realizowanego w partnerstwie. W przypadku, gdy nie są znane konkretne podmioty, które będą partnerami w projekcie, należy wpisać pożądane cechy partnerów oraz uzasadnić wskazanie określonych cech.

Czy projekt będzie projektem grantowym?	<b>TAK</b>	<b>X</b>	<b>NIE</b>		
Przewidywany termin złożenia wniosku o dofinansowanie (kwartał albo miesiąc oraz rok)	<b>II kwartał 2017</b>				
Przewidywany okres realizacji projektu	Data rozpoczęcia (miesiąc oraz rok)	maj 2017	Data zakończenia (miesiąc oraz rok)	Grudzień 2019	
<b>SZACOWANY BUDŻET PROJEKTU</b>					
Szacowana kwota wydatków w projekcie w podziale na lata i ogółem (PLN)					
w roku 2017	w roku 2018	w roku 2019	w roku 2020	w roku 2021	ogółem
25 000 000	26 000 000	20 000 000	-	-	71 000 000
Szacowany wkład własny beneficjenta (PLN)					
<b>TAK</b>	..... (PLN)		<b>NIE</b>	<b>x</b>	
Szacowany wkład UE (PLN)					
84,28% (59 838 800,00)					
<b>OPIS PROJEKTU</b>					
Uzasadnienie realizacji projektu w trybie pozakonkursowym <sup>6</sup>					
<p>Z uwagi na fakt, iż wdrożenie opieki koordynowanej wymaga zaangażowania zarówno środków krajowych, jak i europejskich, uzasadnione jest, aby w celu zapewnienia właściwej implementacji projektu, było on realizowany przez jeden podmiot, prawnie odpowiedzialny za kontraktację usług medycznych w Polsce. Argumentem przemawiającym za pozakonkursowym trybem realizacji projektu jest również fakt, iż po fazie testowania model ten powinien stać się standardowym postępowaniem w zakresie kontraktacji świadczeń, tak więc z punktu widzenia efektywności i trwałości tego rozwiązania zasadnym jest, aby całość przedsięwzięcia, jakim jest opieka koordynowana (poprzez fazę tworzenia modeli, ich testowania, ewaluowania i upowszechniania) była realizowana przez jeden podmiot. W związku z powyższym projekt realizowany będzie przez płatnika publicznego – Narodowy Fundusz Zdrowia. Wdrożenie modelu „POZ+” jest elementem istotnej zmiany w systemie w kontraktacji środków publicznych i jest odpowiedzią na kluczowe problemy polskiego systemu ochrony zdrowia. Polska systematycznie zajmuje jedno z najniższych miejsc w międzynarodowych badaniach zadowolenia pacjenta. Istotnym problemem polskiego systemu ochrony zdrowia jest długi czas oczekiwania na usługi specjalistyczne. Jest to głównie efekt dużej fragmentacji usług, długich list oczekiwania oraz niedostatecznego wdrożenia wszechstronnych programów profilaktycznych. Biorąc pod uwagę fakt starzejącego się społeczeństwa i tym samym prognozowany wzrost wydatków na usługi medyczne, poprawa jakości funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, ze szczególnym uwzględnieniem poziomu podstawowej opieki zdrowotnej, jest zagadnieniem kluczowym dla prawidłowego procesu funkcjonowania systemu ochrony zdrowia. Do roku 2060 liczba seniorów w Polsce ulegnie podwojeniu z 5,5 do 11 milionów; znacznie zwiększy się również liczba pacjentów chorych przewlekle. Tym samym występuje ogromne zapotrzebowanie na usprawnienia systemu opieki zdrowotnej i zapewnienia zintegrowanej opieki – nie tylko dla seniorów, ale także dla całej populacji. Zgodnie z informacjami zawartymi w Mapie potrzeb zdrowotnych dla Polski, obecny sposób prowadzenia sprawozdawczości uniemożliwia przeprowadzenie pogłębionej analizy funkcjonowania POZ, w szczególności określenie liczby pacjentów ze schorzeniami przewlekłymi (raportowana</p>					

<sup>6</sup> W szczególności w świetle art. 38 ust. 2 i 3 ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020 (Dz.U. z 2016 r. poz. 217) oraz podrozdziału 5.2.1 Polityka spójności, rozdziału 5.2 Zasady wyboru projektów Umowy Partnerstwa z dnia 21 maja 2014 r.

jest tylko 1 przyczyna wizyty) oraz ich ścieżki leczenia (brak informacji o wykonanych badaniach). W POZ realizowane są świadczenia nie tylko w związku z lecznictwem. Stąd też pacjenci nie zgłaszają się do POZ tylko z problemami zdrowotnymi, ale także z działaniami profilaktycznymi (szczepienia, bilanse, itd.) oraz w celach orzecznich lub innych administracyjnych. Jednocześnie, zasadne jest stworzenie dla POZ narzędzia, które pokazywałoby ilu pacjentów oraz z jakich powodów trafiło do wyższego poziomu opieki (AOS, szpital) w celu wzmocnienia koordynacji leczenia tych pacjentów.

Wdrożenie opieki koordynowanej oznacza zintegrowanie systemu świadczeń medycznych. Planowane w projekcie dostosowanie struktury technologicznej podmiotów leczniczych biorących udział w pilotażu ma za zadanie wsparcie rozwoju wewnętrznych systemów IT w celu zarządzania opieką koordynowaną na poziomie podmiotu leczniczego wraz zapewnieniem możliwości pełnej integracji systemu IT podmiotu leczniczego z ogólnopolskimi systemami informatycznymi oraz stosownymi platformami już utworzonymi bądź w trakcie tworzenia na poziomie regionalnym. Jej wdrożenie ukierunkowane jest na dwa główne obszary: (i) reformę stosunków umownych między płatnikiem a świadczeniodawcami, które powinny zmierzać do zwiększenia integracji usług oraz koordynacji, (ii) reformę stosunków umownych ze świadczeniodawcami połączoną z reformami rozwiązań i struktur organizacji świadczeń w celu wypracowania różnych opcji stworzenia Opieki Koordynowanej (OK). Koordynacja usług medycznych będzie wsparta systemem sprawozdawczości i monitoringu zarządczego.

Planowany model opieki koordynowanej należy postrzegać jako strategię zmierzającą do stworzenia systemu ukierunkowanego na pacjenta, w którym zamiast koncentracji na świadczenie usług kładzie się większy nacisk na wdrożenie narzędzi zapobiegawczych. System taki będzie lepiej dostosowany do obecnej sytuacji w środowisku opieki zdrowotnej. Zmiana taka będzie długoterminowa. Jest to strategiczne podejście do zmian w systemie opieki zdrowotnej, którego oczekiwanymi wynikami są: integracja opieki, organizacyjna integracja usług dostosowanych do potrzeb pacjenta, a także integracja ścieżek klinicznych i zwiększenie zadowolenia pacjenta.

Nowy model opieki będzie złożony z typowych usług świadczonych przez lekarzy i pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej, natomiast zwiększeniu ulegną zakres oraz liczba działań profilaktycznych oraz edukacyjnych, dodatkowych usług dla pacjentów z chorobami przewlekłymi, usług diagnostycznych oraz rehabilitacyjnych. Nowe zadania będą świadczone przez zespoły opieki zdrowotnej wsparte nowoczesnymi wewnętrznymi systemami informatycznymi, docelowo synchronizowanymi z ogólnopolskimi i regionalnymi systemami informatycznymi, które ułatwią przepływ informacji o pacjentach w czasie rzeczywistym. W nowym systemie zostanie przeprowadzony przegląd aktualnych praktyk sprawozdawczych i na tej podstawie zostanie uaktualniony i wdrożony zestaw działań monitorujących-oceniających, dodatkowo wzmocniony możliwością rozbudowy o kolejnych dostawców i interesariuszy służby zdrowia.

Zgodnie z zapisami Policy Paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020. Krajowe ramy strategiczne" implementacja opieki koordynowanej w Polsce nastąpi w trzech etapach (fazach). Proces ten rozpoczęto od realizacji projektu koncepcyjnego pn. „Przygotowanie, przetestowanie i wdrożenie do systemu opieki zdrowotnej organizacji opieki koordynowanej (OOK) – Etap I Opracowanie modeli zintegrowanej/koordynowanej opieki zdrowotnej dla Polski”. Projekt ten stanowi I Etap procesu wdrożenia opieki koordynowanej w Polsce. Za jego realizację odpowiedzialny jest również Narodowy Fundusz Zdrowia. Projekt realizowany jest w terminie od 01.10.2015 r. do 30.06.2017 r. Opracowane zostaną trzy modele opieki koordynowanej. Przyjęto założenie, że każdy z ww. modeli będzie wdrażany odrębnym projektem pozakonkursowym, przy czym dopuszcza się możliwość, że ostatni z modeli zostanie w całości zaimplementowany ze środków krajowych.

#### Zasadnicze założenia interwencji publicznej, której wsparcie zaplanowano w ramach projektu

Celem projektu jest pilotażowe wdrożenie modelu opieki koordynowanej na poziomie podstawowej opieki koordynowanej, tzw. modelu POZ+. Cele szczegółowe modelu „POZ +” 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.

Głównym elementem poprawy koordynacji usług medycznych będzie wypracowanie, w oparciu o przygotowany model opieki koordynowanej, optymalnego sposobu kontraktowania i finansowania świadczeń opieki zdrowotnej przez NFZ na poziomie POZ, który ograniczy nieracjonalne wydawanie środków publicznych na świadczenia, które nie wynikają wprost z potrzeb zdrowotnych pacjentów, na realizację których ma również wpływ sposób ich rozliczania.

Należy podkreślić, że w ramach projektu nastąpi pilotażowe wdrożenie całego modelu POZ+, niemniej ze środków projektu zostaną sfinansowane jedynie niektóre elementy fazy testowej. Ciężar finansowania usług zdrowotnych realizowanych w ramach modelu POZ + będzie spoczywał na płatniku publicznym.

Pilotaż w zakresie POZ+ ma być realizowany głównie przez mniejsze podmioty lecznicze oraz indywidualne lub grupowe praktyki lekarza rodzinnego/POZ realizujące umowę z NFZ. Podmiot leczniczy, który przystąpi do projektu otrzyma wsparcie zarówno w ramach środków krajowych, będących w dyspozycji płatnika publicznego, jak i ze środków projektu EFS w formie grantów w ramach projektu.

Podmiot leczniczy, który przystąpi do projektu będzie miał za zadanie dostarczyć usługi medyczne obejmujące rozszerzony zestaw świadczeń opieki zdrowotnej (świadczenia, które nie były dotychczas w zakresie kompetencji lekarza POZ, lub też wykonywane w zbyt ograniczonym zakresie). Rozszerzony zestaw świadczeń opieki zdrowotnej będzie składał się z:

- Pierwotnego/podstawowego pakietu usług POZ realizowanego obecnie przez świadczeniodawców – finansowany poza projektem w ramach **stawki kapitacyjnej** – która płacona jest lekarzowi podstawowej opieki zdrowotnej za pacjentów objętych przez niego standardową opieką medyczną. Narodowy Fundusz Zdrowia płaci lekarzom POZ roczną stawkę kapitacyjną za pacjentów zadeklarowanych na tzw. "liście aktywnej" mieszczącą nie więcej niż 2750 osób.
- Profilaktyki dostosowanej do wieku i płci pacjenta (m.in. bilanse zdrowia osób dorosłych) oraz pakietów edukacyjnych koncentrujących się na usługach profilaktycznych i promocji zdrowego trybu życia. Pacjenci będą otrzymywać świadczenia określone w opisanych pakietach, dostosowane do ich wieku i płci (osoby w wieku 0-18 lat, dorosłe kobiety w wieku 19-64 lat, dorośli mężczyźni w wieku 19-64 lat, 65 lat lub więcej), z uwzględnieniem badań przesiewowych i wizyt profilaktycznych w interwałach m. in. 5 - letnich. Szacunkowy koszt około 250 zł za bilans – **finansowane w ramach grantów ze środków NFZ w ramach projektu**;
- Zarządzania/koordynowania opieką w 11 najpopularniejszych niezaraźliwych chorobach przewlekłych w Polsce, m.in. w oparciu o poszerzony zakres badań diagnostycznych i konsultacje specjalistyczne – finansowane poza projektem ze środków krajowych przez płatnika w ramach budżetu powierzonego;
- Fizjoterapii ambulatoryjnej świadczonej w wybranych chorobach przewlekłych – finansowane poza projektem ze środków krajowych przez płatnika w ramach budżetu powierzonego;

Projekt będzie miał charakter projektu **grantowego**, przy czym w projekcie wydatki będą również rozliczane **na podstawie kosztów rzeczywistych. W celu przyznania grantów** zostanie przeprowadzony nabór POZ do projektu, który będzie posiadał charakter otwarty i prowadzony będzie w podziale na poszczególne województwa oraz obszary działania danego POZ (obszar: miejski/wiejski). Dopuszcza się realizację nie we wszystkich województwach, gdy nie zgłoszą się kandydaci spełniający podstawowe warunki udziału. Grantobiorca (POZ) będzie jednocześnie uczestnikiem projektu (uczestnikami instytucjonalnym). Grantodawcą będzie płatnik publiczny - Narodowy Fundusz Zdrowia, niemniej zakres zadań NFZ będzie znacznie szerszy. Rolą NFZ będzie dotarcie z ofertą projektu do placówek POZ oraz zachęcenie ich do udziału w modelu „POZ+” i udzielenie im wsparcia merytorycznego oraz organizacyjnego (technicznego) na etapie wdrożenia całego przedsięwzięcia. Fundusz, w ramach zadań rozliczanych na podstawie kosztów rzeczywistych, będzie odpowiedzialny za wdrożenie polityki kontroli jakości i bezpieczeństwa udzielonych świadczeń i dokonywanie stałego monitoringu i ewentualnych korekt modelu „POZ+”, zwłaszcza w zakresie usług medycznych objętych bilansami dla osób dorosłych..

NFZ w ramach projektu EFS prześle beneficjentowi instytucjonalnemu (POZ) jeden grant przeznaczony na trzy elementy:

- **część technologiczna** – środki finansowe w ramach tego etapu będą przeznaczone na dostosowanie wewnętrznych systemów informatycznych POZ do wymogów płatnika w zakresie wdrożenia opieki koordynowanej wraz zapewnieniem możliwości pełnej integracji systemu IT podmiotu leczniczego z ogólnopolskimi systemami informatycznymi oraz stosownymi platformami już utworzonymi bądź w trakcie tworzenia na poziomie regionalnym. Celem systemu będzie możliwość zapewnienia koordynacji opieki medycznej dla pacjentów placówki POZ przystępującej do projektu (minimalne funkcjonalności systemu to: możliwość założenia konta pacjenta POZ: podgląd danych, wyniki badań, planowane wizyty, stan realizacji bilansów osób dorosłych, monitoring). Warunkiem rozliczenia grantu będzie przeprowadzenie przez NFZ audytu ex-post w POZ. Audyt będzie miał na celu weryfikację osiągnięcia przez POZ wszystkich wymaganych funkcjonalności, który przeprowadzi realizator projektu. Audyt będzie miał na celu potwierdzenie osiągnięcia przez POZ wszystkich wymaganych funkcjonalności. Szacowana wartość grantu: 50 000,00 PLN na każdy POZ).

Wdrożenie *części technologicznej* warunkuje uruchomienie środków finansowych na kolejne *części*.

- **część koordynacyjna** – przeznaczona na zatrudnienie osoby zajmującej się koordynacją usługi medycznej w POZ objętym programem. Zadania asystenta procesu leczniczego mają charakter merytoryczny (realizacja wskaźników merytorycznych w zakresie realizacji badań profilaktycznych – bilansów medycznych; koordynacja konsultacji medycznych, weryfikacja jakości danych, sprawozdawczość medyczna). Funkcję tę będzie mogła pełnić pielęgniarka lub absolwent zdrowia publicznego (wysokość grantu będzie uzależniona od poziomu wynagrodzeń w danej jednostce na analogicznych stanowiskach)

- **część dot. rozszerzonego zestawu świadczeń opieki (m.in. bilansów zdrowia dla dorosłych)** – przeznaczona na usługi medyczne, które będą realizowane dla osób będących pod opieką danej POZ. Bilanse będą realizowane dla osób w określonych grupach wiekowych (od 20- latków, 30 – latków, 35 – latków, 40 latków,



45 latków, 50 latków, 55 latków, 60 latków, do 65 latków). Ta część środków będzie rozliczana z wykorzystaniem stawek kalkulowanych w oparciu o metodologię adekwatną do tej określonej w *Wytycznych w zakresie kwalifikowania wydatków* dla stawek jednostkowych zatwierdzoną przez IP. Zakres badań przeprowadzanych w ramach bilansów będzie wystandaryzowany i dostosowany do potrzeb określonej grupy docelowej (w zależności od grupy wiekowej i płci) i będzie obejmował możliwość finansowania badań podstawowych, badań pogłębionych, np.: USG węzłów chłonnych, USG jamy brzusznej, USG piersi\*, USG prostaty\*\*, ALAT, ALT AspAT, AST, badanie w kierunku HPV, HBV, HCV, PSA\*\*, EKG, echo serca, porad edukacyjnych, poradnictwa dietetycznego, szczepienie przeciwko WZW A i B etc. (\*badanie tylko dla kobiet; \*\* badanie tylko dla mężczyzn). Ponadto będą prowadzone działania edukacyjne z zakresu profilaktyki zdrowotnej, np. porady dietetyczne.

W nowym modelu opieki świadczenia będą udzielane zgodnie z obecnie obowiązującym zakresem świadczeń realizowanych przez lekarza POZ, natomiast zwiększeniu ulegnie zakres oraz liczba działań profilaktycznych oraz edukacyjnych, dodatkowych usług dla pacjentów z chorobami przewlekłymi (disease management – zarządzanie chorobą), usług diagnostycznych (obecnie skierowania na badania w kompetencjach lekarzy specjalistów) oraz rehabilitacyjnych.

W ramach modelu POZ+ lekarz POZ uzyska możliwość szybkich konsultacji z innymi specjalistami opieki ambulatoryjnej, w tym z wykorzystaniem telemedycyny, przy jednoczesnym nałożeniu obowiązku na lekarzy poz dbałości o efekty terapeutyczne oraz przebieg procesu leczenia i konsultacji pacjenta.

Organizacja POZ+ ma się wyróżniać racjonalną i zaplanowaną współpracą lekarza poz z pozostałymi uczestnikami zaangażowanymi w proces udzielania świadczeń (m.in. pielęgniarki, specjaliści, edukatorzy zdrowotni, fizjoterapeuci, dietetycy), opartą o swobodną komunikację zarówno pomiędzy personelem medycznym, jak i z pacjentem. Istotną funkcję będzie pełnił koordynator, wspierany przez system informatyczny, umożliwiający wymianę informacji o zaplanowanych i zrealizowanych zdarzeniach medycznych.

#### **Oczekiwane rezultaty wdrożenia opieki koordynowanej (jako rozwiązania systemowego):**

1. Wzrost poziomu satysfakcji pacjentów z realizowanych usług zdrowotnych;
2. Poszerzenie zakresu świadczeń POZ o świadczenia profilaktyczne, diagnostyczne, terapeutyczne i rehabilitacyjne oraz wybrane konsultacje specjalistyczne;
3. Zwiększenie skuteczności profilaktyki chorób, w tym edukacji zdrowotnej
4. Umożliwienie lekarzom rodzinnym/POZ wykorzystania w większym stopniu swoich kompetencji w zakresie posiadanej specjalizacji z medycyny rodzinnej, ogólnej i chorób wewnętrznych;
5. Zwiększenie kompetencji i roli pielęgniarek i położnych środowiskowo-rodzinnych/POZ w zakresie profilaktyki i edukacji zdrowotnej;
6. Optymalizacja postępowania diagnostyczno-terapeutycznego, rozumiana jako stosowanie najbardziej odpowiednich, z punktu widzenia celów, działań na etapie diagnostyki i terapii chorób; w tym również weryfikacja gotowości podmiotów świadczących usługi diagnostyczne do włączenia do systemu OOK
7. Wdrożenie koordynacji udzielania świadczeń zdrowotnych przez zespół medycyny rodzinnej, z elementami planowania opieki i aktywnym umawianiem pacjenta na kolejne wizyty;
8. Zapewnienie ścisłej i praktycznej współpracy różnych profesjonalistów medycznych w procesie opieki zdrowotnej oferowanej dla danego pacjenta;
9. Maksymalne wykorzystanie informacji medycznej zapisanej w EDM przez poszczególnych profesjonalistów opieki zdrowotnej w procesach podejmowania decyzji klinicznych;
10. Optymalizacja i usprawnienie, a także podniesienie jakości, aktualnych praktyk sprawozdawczych oraz monitoringu zarządczego z wykorzystaniem istniejących elementów systemu IT na wszystkich poziomach świadczenia usług zdrowotnych.
11. Większe zaangażowanie pacjenta w proces opieki zdrowotnej przez zmianę sposobu jego organizacji z biernego na aktywny;
12. Zwiększenie atrakcyjności pracy w POZ dla lekarzy rodzinnych/POZ i pozostałych profesjonalistów medycznych, którzy dzięki większym kompetencjom będą mogli lepiej realizować się zawodowo oraz utrzymać lub zwiększyć aktualny poziom dochodów;
13. Poprawa celowości zatrudnienia oraz wzrost efektywnego wykorzystania personelu medycznego i pracowników wspierających;
14. Wypracowanie efektywnych kosztowo mechanizmów finansowania nowych zadań realizowanych w ramach POZ+.

Główne zadania przewidziane do realizacji w projekcie ze wskazaniem grup docelowych

#### **Zadanie 1: Wybór uczestników projektu (NFZ):**

Nabór POZ przez NFZ przy współudziale Wojewódzkich Oddziałów Funduszu. Rekrutacja do projektu będzie miała charakter otwarty. Audyt ex-ante przez NFZ w placówce POZ.

## **Zadanie 2: Dostosowanie struktury organizacyjnej i technologicznej POZ do warunków wdrożenia modelu (POZ):**

Dostosowanie wewnętrznych systemów IT w celu zarządzania opieką koordynowaną na poziomie podmiotu leczniczego wraz zapewnieniem możliwości pełnej integracji systemu IT podmiotu leczniczego z ogólnopolskimi systemami informatycznymi oraz stosownymi platformami już utworzonymi bądź w trakcie tworzenia na poziomie regionalnym. Finansowane ramach tzw. części technologicznej grantu.

## **Zadanie 3: Utworzenie Platformy OOK do współpracy wzajemnej płatnika ze świadczeniodawcami na potrzeby pilotażowego wdrażania modelu (zadanie merytoryczne NFZ)**

Na *Platformie OOK* prowadzone będą działania edukacyjne z zakresu profilaktyki zdrowotnej, do wykorzystania przez świadczeniodawców biorących udział w pilotażu na potrzeby objętej przez nich populacji, skierowane głównie do osób, u których czynniki takie jak nadwaga czy otyłość, palenie papierosów, brak lub ograniczona aktywność fizyczna stanowią zagrożenie dla zdrowia jednostki. Szkolenia i warsztaty dla świadczeniodawców w celu optymalizacji założeń modelu POZ + oraz wzajemnego porównywania się pomiędzy świadczeniodawcami, aby określić najlepsze praktyki i zastosowane rozwiązania organizacyjne (dzielenie się wiedzą). Platforma będzie zbudowana zgodnie z wymaganiami open source i będzie częścią funkcjonujących systemów IT. Wnioski jakie będą wynikały z monitoringu i analiz wytworzonych dzięki funkcjonowaniu platformy staną się podstawą do opracowania propozycji zmian prawa krajowego potrzebnych do skutecznego wprowadzenia zintegrowanej opieki w polskim ustawodawstwie. Zmiany te będą prowadzone w konsultacji z ekspertami, organizacjami pacjenckimi oraz środowiskiem świadczeniodawców.

Tworzenie platformy współpracy ma znaczenie dla prawidłowości wdrożenia OOK już na etapie pilotażu. Proces edukacji i wymiany doświadczeń rozpocznie się w pierwszej kolejności od tych podmiotów które będą brały udział w projekcie. Proces ten będzie kontynuowany i rozszerzany w III etapie OOK (na etapie upowszechnienia).

## **Zadanie 4: Udzielanie świadczeń zdrowotnych (POZ)**

### **1) udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach grantów.**

Udzielanie świadczeń w ramach grantów będzie odbywało się w ramach tzw. części grantu **dot. rozszerzonego zestawu świadczeń opieki (m.in. bilansów zdrowia dla dorosłych)** – przeznaczona na usługi medyczne, które będą realizowane dla osób będących pod opieką danej POZ (profilaktyka dostosowana do wieku i płci pacjenta) Bilanse będą realizowane dla osób w określonych grupach wiekowych (od 20- latków, 30 – latków, 35 – latków, 40 latków, 45 latków, 50 latków, 55 latków, 60 latków, do 65 latków). Ta część środków będzie rozliczana z wykorzystaniem stawek kalkulowanych w oparciu o metodologię adekwatną do tej określonej w *Wytycznych w zakresie kwalifikowania wydatków* dla stawek jednostkowych zatwierdzoną przez IP. Zakres badań przeprowadzanych w ramach bilansów będzie wystandaryzowany i dostosowany do potrzeb określonej grupy docelowej (w zależności od grupy wiekowej i płci) i będzie obejmował możliwość finansowania badań podstawowych, badań pogłębionych, np.: USG węzłów chłonnych, USG jamy brzusznej, USG piersi\*, USG prostaty\*\*, ALAT, ALT AspAT, AST, badanie w kierunku HPV, HBV, HCV, PSA\*\*, EKG, echo serca, porad edukacyjnych, poradnictwa dietetycznego, szczepienie przeciwko WZW A i B etc. (\*badanie tylko dla kobiet; \*\* badanie tylko dla mężczyzn). Ponadto będą prowadzone działania edukacyjne z zakresu profilaktyki zdrowotnej, np. porady dietetyczne.

### **2) Dostarczanie skoordynowanej usługi medycznej (POZ) ze środków płatnika**

Świadczenia opieki zdrowotnej będą obejmować:

- Pierwotny/podstawowy pakiet usług POZ realizowanego obecnie przez świadczeniodawców – finansowany poza projektem w ramach **stawki kapitałowej** – która płacona jest lekarzowi podstawowej opieki zdrowotnej za pacjentów objętych przez niego standardową opieką medyczną. Narodowy Fundusz Zdrowia płaci lekarzom POZ roczną stawkę kapitałową za pacjentów zadeklarowanych na tzw. "liście aktywnej" mieszczącą nie więcej niż 2750 osób.
- Zarządzanie/koordynowanie opieką w 11 najpopularniejszych niezaraźliwych chorobach przewlekłych w Polsce, m.in. w oparciu o poszerzony zakres badań diagnostycznych i konsultacje specjalistyczne – finansowane poza projektem ze środków krajowych przez płatnika w ramach budżetu powierzonego;
- Fizjoterapii ambulatoryjnej świadczonej w wybranych chorobach przewlekłych – finansowane poza projektem ze środków krajowych przez płatnika w ramach budżetu powierzonego;



**Zadanie 5: Monitorowanie jakości opieki na poziomie projektu (NFZ)**

Monitorowanie jakości opieki będzie jednym z najważniejszych elementów opieki koordynowanej, a w przypadku pilotażu niezbędnym do oceny jego efektów oraz stopnia osiągnięcia rezultatów. Ze względu na ponad milionową liczbę zdarzeń medycznych planowane jest dostosowanie systemu IT Płatnika do ich obsługi i ciągłego monitorowania. Monitorowanie jakości będzie odbywać się na poziomie samego projektu OOK, jak i świadczeniodawców. Monitorowanie jakości będzie dotyczyć m.in. zadowolenia pacjentów z uzyskanej usługi skoordynowanej, wskaźnika koordynacji (tj. relacja zrealizowanych usług medycznych w ramach wyznaczonej ścieżki skoordynowanego leczenia w stosunku do zaplanowanych usług medycznych w ramach tej ścieżki), efektywności działań profilaktycznych poprzez monitorowanie poziomu objęcia danej grupy wiekowej bilansami osób dorosłych (wymagane min. na poziomie 55%), poziomu aktywizacji pacjentów tzw. non compliance.

Przeprowadzony zostanie również przegląd aktualnych praktyk sprawozdawczych i na tej podstawie zostanie uaktualniony i wdrożony zestaw działań monitorująco-oceniających,

**Zadanie 6. Prowadzenie działań o charakterze analitycznym i edukacyjnym w zakresie opieki koordynowanej (NFZ)**

Działania analityczne będą polegały m.in. na przeglądzie podaży usług o charakterze diagnostycznym objętych zakresem bilansów zdrowia osób dorosłych (supply side) oraz na analizie uwarunkowań prawnych związanych z opieką koordynowaną. Przewiduje się także szkolenia dla podmiotów leczniczych uczestniczących w projekcie z zakresu opieki koordynowanej w ramach POZ.

**Zadanie 7: Analiza założeń modelu „POZ +” (NFZ)**

Przeprowadzenie oceny osiągniętych efektów oraz stopnia osiągnięcia założonych rezultatów umożliwi weryfikację poprawności przyjętych założeń modelu POZ+. Weryfikacji podlegać będzie szczególnie zakres badań objętych bilansami oraz opracowane ścieżki postępowania medycznych.

**Ewaluacja zgodności z modelami (MZ)**

Ministerstwo Zdrowia przeprowadzi w oparciu o niezależnych ekspertów ewaluację "on-going" zgodności wdrażanych i testowanych praktyk świadczenia opieki zdrowotnej z modelami, które zostały wypracowane w ramach projektu: "Przygotowanie, przetestowanie i wdrożenie do systemu opieki zdrowotnej organizacji opieki koordynowanej (OOK) – Etap I Opracowanie modeli zintegrowanej/koordynowanej opieki zdrowotnej dla Polski". Ewaluacja zostanie zrealizowana w ramach środków pomocy technicznej.

Zasadnicze działania ukierunkowane na wsparcie podejmowanej interwencji publicznej, zrealizowane dotychczas przez wnioskodawcę lub inne instytucje

W okresie X.2015 – VI.2017 r. NFZ realizuje projekt pn. „Przygotowanie, przetestowanie i wdrożenie do systemu opieki zdrowotnej organizacji opieki koordynowanej (OOK) – Etap I Opracowanie modeli zintegrowanej/koordynowanej opieki zdrowotnej dla Polski”.

Celem projektu jest poprawa jakości i efektywności opieki zdrowotnej w Polsce poprzez wprowadzenie standardów organizacyjnych i medycznych, a także modelu finansowania świadczeń, które doprowadzą do koordynacji poszczególnych etapów diagnostyki, terapii i rehabilitacji.

W projekcie planowane jest wypracowanie minimum 3 modeli opieki koordynowanej, w których zasadniczą rolę będzie odgrywała podstawowa i ambulatoryjna opieka zdrowotna z elementami profilaktyki. Wypracowane w trakcie projektu różnice pomiędzy poszczególnymi modelami będą w szczególności dotyczyły podmiotów pełniących funkcje koordynatora/ integratora oraz zakresem populacji, która będzie objęta poszczególnymi formami opieki:

Model POZ oparty o tzw. "fund holding" – przewidujący poszerzenie dotychczasowych kompetencji lekarza POZ i umożliwienie szybkich konsultacji z innymi specjalistami opieki ambulatoryjnej w oparciu o fundusze przekazywane na ten cel świadczeniodawcy realizującemu POZ, przy jednoczesnym nałożeniu obowiązku na lekarzy POZ dbałości o efekty terapeutyczne oraz przebieg procesu leczenia i konsultacji pacjenta.

Model AOS (Koordynowanej Ambulatoryjnej Opieki Zdrowotnej - KAOZ) – daleko idąca integracja POZ i AOS w oparciu o sprecyzowane standardy medyczne i organizacyjne określające sposób postępowania z pacjentami chorymi przewlekle w różnym stadium zaawansowania choroby.

Model SZP (Kompleksowej Opieki Zdrowotnej - KOZ) – obejmujący zarówno opiekę ambulatoryjną jak i szpitalną oraz domową.

Istotnym elementem organizacji opieki koordynowanej jest wypracowanie standaryzowanych zasad / protokołów postępowania medycznego dla pacjentów chorych przewlekle.

Uwarunkowania skutecznej realizacji założeń interwencji publicznej (interesariusze, stan prawny, itd.)

Prace legislacyjne, które będą stanowiły w przyszłości ramy prawne dla upowszechnienia opieki koordynowanej zostały już rozpoczęte. Procedowany jest projekt ustawy o podstawowej opiece zdrowotnej. Ustawa wprowadza pojęcie opieki koordynowanej, definiuje rolę i miejsce POZ w systemie ochrony zdrowia, zakłada skoordynowanie działań POZ z innymi elementami systemu oraz zwiększa rolę POZ w zakresie profilaktyki i edukacji zdrowotnej.

**Analiza interesariuszy:**

Głównymi interesariuszami projektu są pacjenci objęci opieką placówek podstawowej opieki zdrowotnej. Beneficjentami instytucjonalnymi projektu będą placówki POZ. Zgodnie z mapą potrzeb zdrowotnych największa liczba placówek sprawozdających świadczenia lekarskie na 100 tys. ludności występuje w województwach: podlaskim, lubelskim, warmińsko-mazurskim i lubuskim (powyżej 20/100 tys. ludności), a najmniejsza w województwach: pomorskim, mazowieckim oraz małopolskim (poniżej 15/100 tys. ludności).

Zgodnie z danymi z map potrzeb zdrowotnych najczęściej pacjenci z list aktywnych odwiedzali placówki sprawozdające świadczenia POZ w województwie łódzkim (4,40) i podlaskim (4,30), a najrzadziej w województwie mazowieckim (3,59) oraz małopolskim (3,66). Na podstawie danych można stwierdzić, że największa liczba porad w województwach udzielana była osobom w wieku 65+ (45 702 tys.) oraz w wieku 45-64 (4 412 tys.).

Zgodnie z rekomendacjami z map potrzeb zdrowotnych zasadne jest stworzenie dla POZ narzędzia, które pokazywałoby ilu pacjentów oraz z jakich powodów trafiło do wyższego poziomu opieki (AOS, szpital) w celu wzmocnienia koordynacji leczenia tych pacjentów.

Geograficzny rozkład świadczeniodawców w POZ, posiadających do 10 tys. pacjentów na listach aktywnych, którzy pod względem liczby zapisanych pacjentów kwalifikują się do projektu - zgodnie z danymi NFZ:

Woj. Dolnośląskie 442; Woj. Kujawsko-Pomorskie 264; Woj. Lubelskie 406; Woj. Lubuskie 175; Woj. Łódzkie 389; Woj. Małopolskie 390; Woj. Mazowieckie 577; Woj. Opolskie 168; Woj. Podkarpackie 306; Woj. Podlaskie 218; Woj. Pomorskie 243; Woj. Śląskie 684; Woj. Świętokrzyskie 158; Woj. Warmińsko-Mazurskie 258; Woj. Wielkopolskie 559; Woj. Zachodniopomorskie 268.

Priorytetem opieki koordynowanej w POZ+ jest objęcie nią wszystkich pacjentów zadeklarowanych do lekarza rodzinnego POZ, oraz zaoferowanie im aktywnej formy sprawowania opieki medycznej, w której nie tylko sam pacjent, ale również świadczeniodawca inicjuje wizyty pacjenta w przychodni. Pacjent ma być aktywnym partnerem personelu medycznego we wspólnym podejmowaniu decyzji dotyczących postępowania w zdrowiu i chorobie, a opieka powinna koncentrować się na rzeczywistych potrzebach zdrowotnych pacjenta (obecnie decyzja o zakresie udzielanego świadczenia wynika w nadmiernym stopniu ze sposobu jego rozliczania przez płatnika).

Dalsze etapy planowane do wdrożenia poza projektem, o ile zostaną spełnione warunki umożliwiające ich skuteczne wykonanie

Po przetestowaniu modelu opieki koordynowanej POZ+ będzie możliwa finalna faza wdrożeniowa, czyli dalsze jej stopniowe upowszechnienie w całym kraju (z wykorzystaniem środków pozaprojektowych) - aż do objęcia nią docelowo co najmniej połowy ubezpieczonych i umożliwieniem realizowania tego sposobu opieki przez wszystkich świadczeniodawców posiadających umowy z NFZ.

**ZAKŁADANE EFEKTY PROJEKTU WYRAŻONE WSKAŹNIKAMI (W PODZIALE NA PŁEĆ I OGÓŁEM)**

**WSKAŹNIKI REZULTATU**

Nazwa wskaźnika	Wartość docelowa		
	W podziale na: <sup>7</sup>		Ogółem w projekcie
	Kobiety	Mężczyzn	
Liczba podmiotów (koordynatorów procesu) wykonujących działalność leczniczą, które wdrożyły model opieki koordynowanej w ramach programu			45

<sup>7</sup> Rozbicie wartości docelowych na płeć jest nieobowiązkowe – wypełniane w zależności od specyfiki wsparcia i samego projektu oraz zidentyfikowanego problemu, który projekt ma rozwiązać lub złagodzić.

<b>WSKAŹNIKI PRODUKTU</b>			
Nazwa wskaźnika	Wartość docelowa		
	W podziale na: <sup>8</sup>		Ogółem w projekcie
	Kobiety	Mężczyzn	
Liczba podmiotów (koordynatorów procesu) wykonujących działalność leczniczą objętych pilotażem modelu opieki koordynowanej			45
<b>SZCZEGÓLWE KRYTERIA WYBORU PROJEKTU</b>			
<b>KRYTERIA DOSTĘPU</b>			
Uzasadnienie:			
Uzasadnienie:			
...			
Uzasadnienie:			

<sup>8</sup> Rozbicie wartości docelowych na płeć jest nieobowiązkowe – wypełniane w zależności od specyfiki wsparcia i samego projektu oraz zidentyfikowanego problemu, który projekt ma rozwiązać lub złagodzić.