

„Przygotowanie, przetestowanie i wdrożenie do systemu opieki zdrowotnej organizacji opieki koordynowanej (OOK) – Etap I Opracowanie modeli zintegrowanej/koordynowanej opieki zdrowotnej dla Polski”, projekt „OOK-NFZ”

OPIEKA KOORDYNOWANA W POLSCE

Model 1



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Wdrożenie pilotaży

Pilotaż



Od 2018 – włączanie nowych jednostek

Komunikacja / edukacja / współpraca

- Rekrutacja
- „Capacity building”
- Współpraca z podmiotami

Rozszerzenie do 5 mln pacjentów

Inne działania systemowe: kontraktowanie, sieć szpitali, ustawa o POZ, zamknięcie NFZ

Tworzenie narzędzi wdrożeniowych: np. legislacja

1 stycznia 2017

Czerwiec 2017

1 lipca 2017

2018

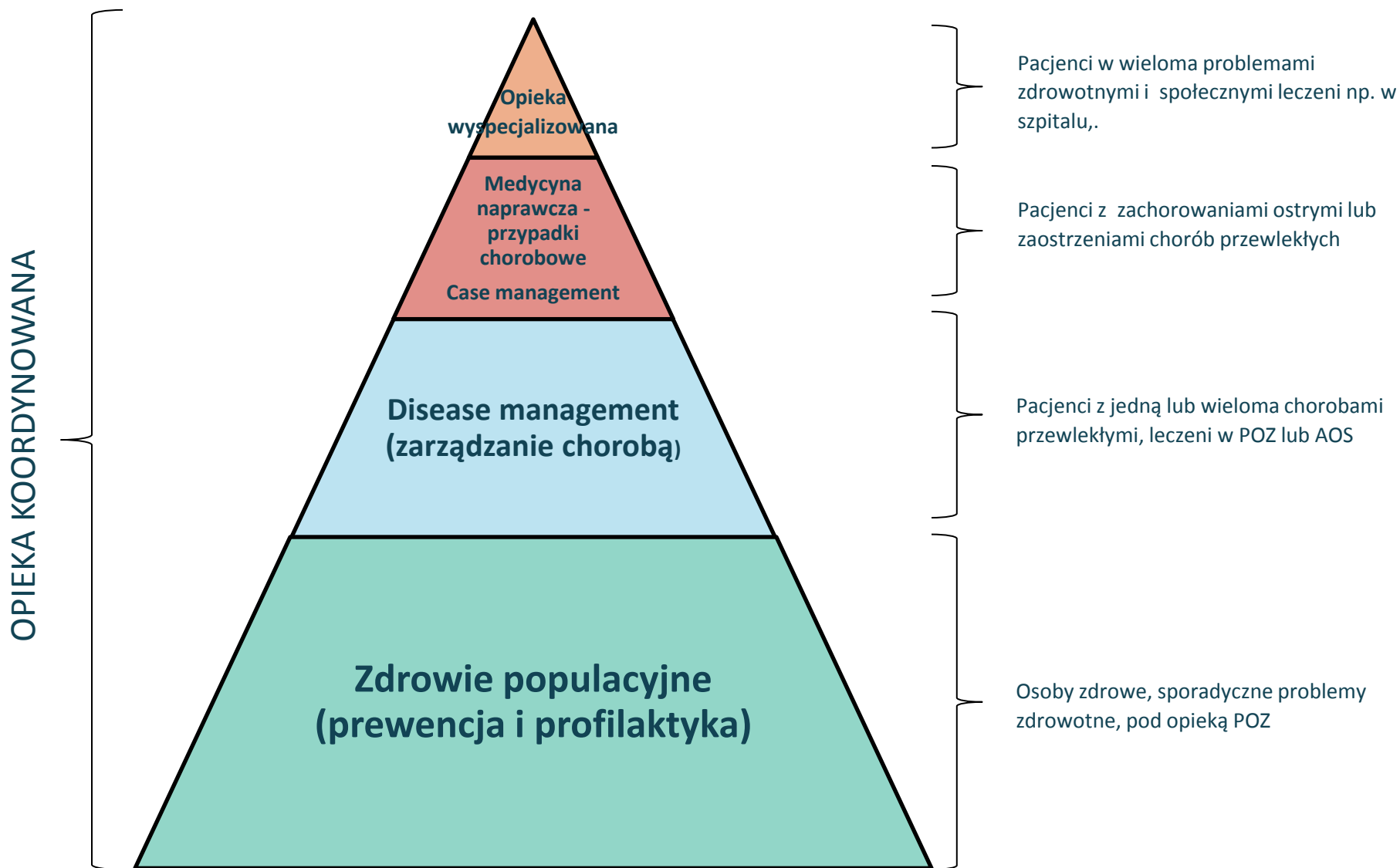
2019

2020

2021

300 000 pacjentów

Rozkład populacji objętej opieką mającą cechy opieki koordynowanej z podziałem na miejsce leczenia i prawdopodobny rozkład kosztów.



| Zakres modelu 1, wersja 2.0

Strategia POZ

**Problemy i
odpowiedź**

**Jak to ma
działać?**

**Mechanizmy
finansowania**

**Model
finansowy**

**System IT
NFZ/placówki**

**Monitorowanie
efektów**

**Benchmark
Współpraca z
placówkami**

**Planowanie
pilotażu**

| Model zgodny ze strategią POZ

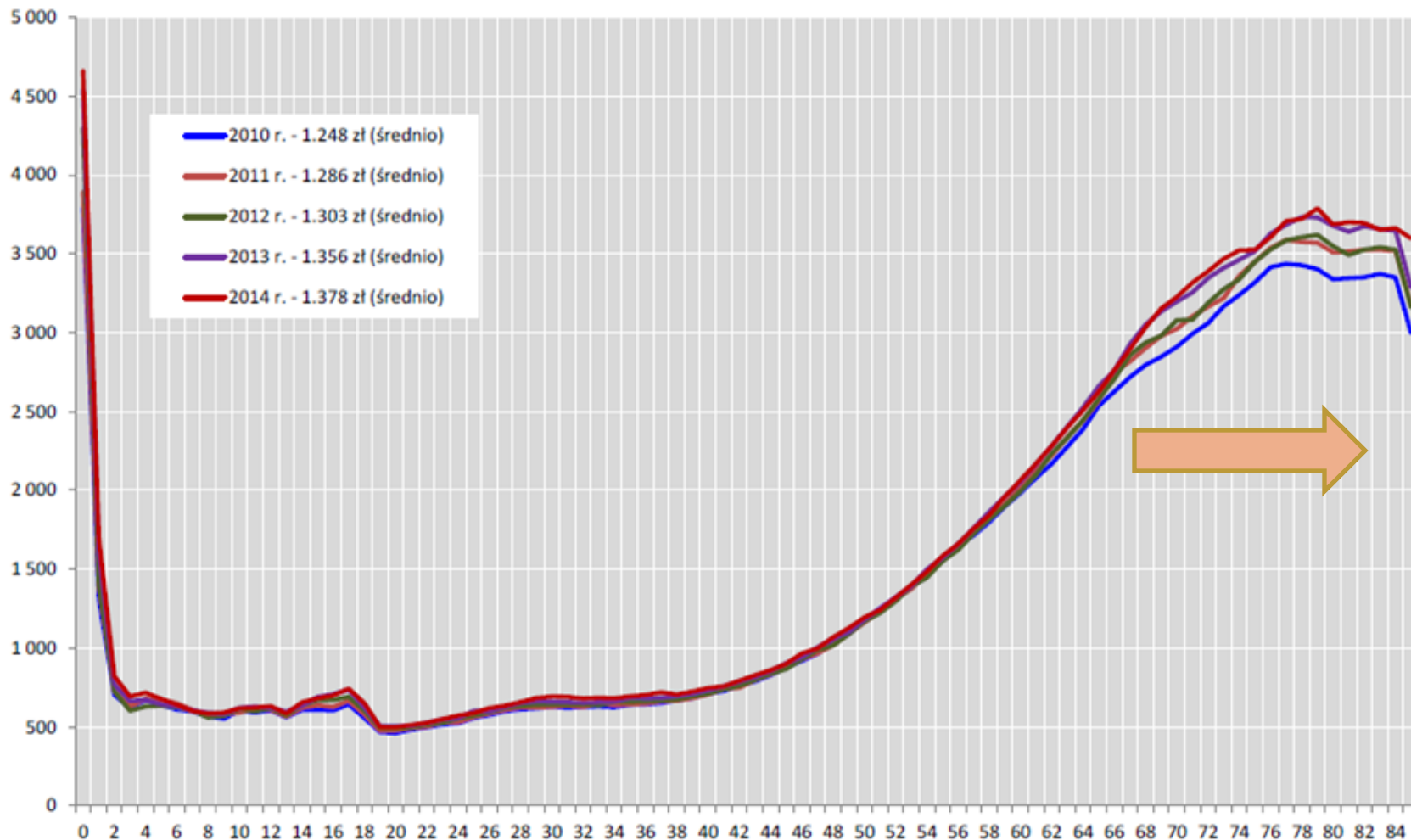
- ✓ Zespół medycyny rodzinnej (pkt. 3)
- ✓ Poprawa (w tym zróżnicowanie form) finansowania (pkt.4)
- ✓ Wzmocnienie roli profilaktyki zdrowotnej (pkt. 5)
- ✓ Integracja wewnątrz- i międzysektorowa (pkt. 6)
- ✓ Informatyzacja (pkt. 7)
- ✓ Poprawa jakości (pkt. 9)

| Cele pilotażu

- Poprawa stanu zdrowia objętej populacji (wskaźniki)
- Uzyskanie przez pacjentów szerszego zakresu świadczeń na poziomie POZ (kolejki)
- Poprawa satysfakcji pacjentów i personelu medycznego (pomiary)
- Efektywność alokacyjna

... w skali makro...

Wydatki NFZ na świadczenia zdrowotne 1 osoby w określonym wieku (zł)



| Odpowiedź na wybrane problemy

Problem

Odpowiedź

Niewystarczająca prof./prewencja

Bilanse dzieci i dorosłych

Poczucie zagubienia

Koordinacja (administracyjna)

Fragmentacja opieki

Wiązanie finansowe POZ z AOS

Brak kontroli przebiegu choroby

Schematy *disease management*

Trudny dostęp do diagnostyki

F4S za niektóre świadczenia

Długie kolejki/czas oczekiwania do specjalistów, nierówny dostęp

Ścisła współpraca POZ/AOS zamiast „przepychania pacjenta”

Rozwój dokumentacji elektronicznej

Brak kontroli jakości

SDTP/monitorowanie jakości

| Jak to ma działać?



Jak to ma działać?



Programy profilaktyczne

- Planowanie i realizacja w wymiarze populacyjnym
- Skuteczna rekrutacja (personel niemedyczny) i realizacja (personel nielekarski)



Disease management (DM) w priorytetowych chorobach przewlekłych:

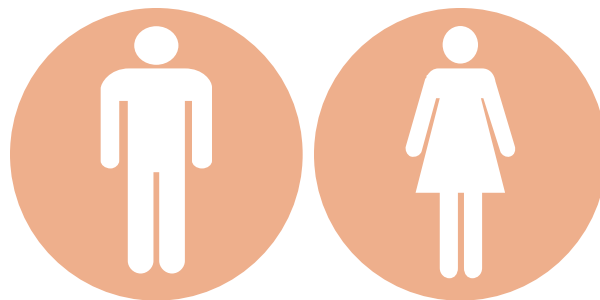
- Wytyczne postępowania/Ścieżki postępowania klinicznego (NFZ)
- Indywidualny plan opieki medycznej (IPOM)
- Porady i diagnostyka dodatkowo rozliczane (kompleksowe, edukacyjne, in.)
- Koordynacja opieki medycznej pomiędzy jednostkami współpracującymi
- Edukacja i usamodzielnianie pacjenta
- Szersze korzystanie z e-zdrowia i telemedycyny



Fizjoterapia

- Pacjent: edukacja w zakresie samoleczenia i zapobiegania incydentom bólowym
- Lekarz rodzinny/POZ: diagnostyka przyczyny bólu i proste interwencje p/bólowe
- Fizjoterapeuta: konsultacja , edukacja, zabiegi fizjoterapeutyczne w POZ

Bilans dorosłego - na bazie najnowszych wytycznych



70+



35-39

40-44

45-49

50-54

55-59

60-64

65-69

Profilaktyka i wczesne wykrywanie między innymi: chorób sercowo-naczyniowych, nowotworowych POCHP, cukrzyca według:

- Wiek
- Płci
- Czynników ryzyka: palenie, otyłość, brak ruchu.
- Rodzajów interwencji: badania- cytologia, mammografia, kolonoskopia w podziale na wiek i płeć

**35%- 65%
POPULACJI/
1 ROK**

Bilans dorosłego - narzędzie

Age 10-65- onwards

Choroby układu krążenie, przewlekłe choroby układu oddechowego, choroby onkologiczne;

palenie

Wszyscy od 10 roku życia powinni być pytani o palenie. Skryning oportunistyczny- "schemat 5A"- na każdej wizycie. Poradnictwo dostarczane przez lekarza/pielęgniarkę dla wszystkich dorosłych, ew. skierowanie do poradni/na terapię.

5A's include:

- asking about their interest in quitting
- advising to stop smoking,
- asses the willingness to quit. agreeing on quit goals
- assist by offering pharmacotherapy if appropriate or referral to a proactive telephone callback cessation service (e.g. the Quitline)
- arrange following up to support maintenance and prevent relapse using self-help or pharmacotherapy. To assess nicotine dependence:
 - ask about the time to first cigarette and the number of cigarettes smoked a day. There is a high likelihood of nicotine dependence if the person smokes within 30 minutes of waking and smokes more than 10-15 cigarettes a day
 - explore whether the patient had withdrawal symptoms when they previously attempted to quit.

Nawet krótka interwencja namawiająca na rzucenie palenia (3 minutowa) może skutkować rzuceniem palenia wśród 5-10% pacjentów.

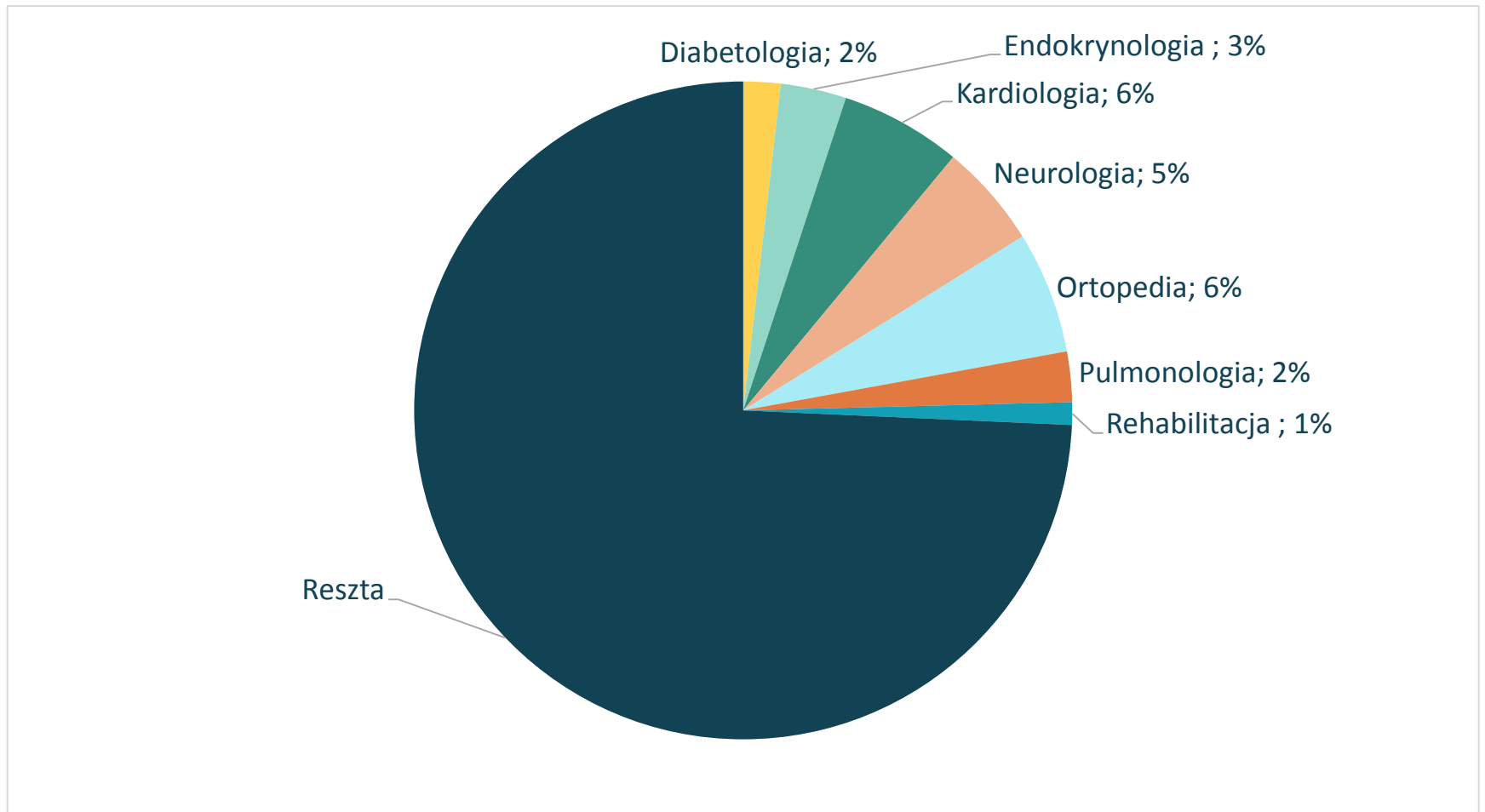
| Wybór chorób do zarządzania chorobą/DM

- Dane epidemiologiczne: chorobowość, umieralność, badania naukowe
- Analiza korzystania ze świadczeń i wydatków historycznych NFZ
- Analiza danych od świadczeniodawców

Dobór chorób do schematów DM- dane NFZ

ICD_10	Liczba porad.	Liczba osób.	średnia porad na osobę	średnia porad na 1000 mieszkańców	udział porad	udział porad skumulowany
I10 - Samoistne (pierwotne) nadciśnienie	17 101 302	6 456 820	2,65	444,71	11,72%	11,72%
Z76 - Osoby stykające się ze służbą zdrowia w innych okolicznościach	16 537 745	7 235 937	2,29	430,06	11,34%	23,06%
J06 - Ostre zakażenie górnych dróg oddechowych o umiejscowieniu mnogim lub nieokreślonym	7 403 781	5 133 598	1,44	192,53	5,08%	28,14%
J00 - Ostre zapalenie nosa i gardła (przeziębienie)	6 617 579	4 344 971	1,52	172,09	4,54%	32,67%
Z00 - Ogólne badania lekarskie osób bez dolegliwości i rozpoznania choroby	5 133 290	3 477 876	1,48	133,49	3,52%	36,19%
Z71 - Osoby stykające się ze służbą zdrowia w celu uzyskania konsultacji i porad innych niż sklasyfikowane gdzie indziej	4 691 526	2 639 248	1,78	122,00	3,22%	39,41%
Z03 - Obserwacja medyczna i ocena przypadków podejrzanych o chorobę lub stany podobne	3 865 342	2 881 228	1,34	100,52	2,65%	42,06%
J02 - Ostre zapalenie gardła	3 410 738	2 642 554	1,29	88,70	2,34%	44,40%
E11 - Cukrzyca insulinozależna	3 277 034	1 406 953	2,33	85,22	2,25%	46,64%
J20 - Ostre zapalenie oskrzeli	3 005 987	1 955 174	1,54	78,17	2,06%	48,70%
G54 - Zaburzenia korzeni rdzeniowych i splotów nerwowych	2 826 017	1 783 720	1,58	73,49	1,94%	50,64%
Z27 - Potrzeba szczepienia profilaktycznego skojarzonego przeciw kilku chorobom	2 137 287	1 578 893	1,35	55,58	1,47%	52,11%
I25 - Przewlekła choroba niedokrwienna serca	2 096 170	961 849	2,18	54,51	1,44%	53,54%
I11 - Choroba nadciśnieniowa z zajęciem serca	1 914 692	805 469	2,38	49,79	1,31%	54,85%
M47 - Zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa	1 697 458	1 174 995	1,44	44,14	1,16%	56,02%
J03 - Ostre zapalenie migdałków	1 676 005	1 306 385	1,28	43,58	1,15%	57,17%
Z02 - Badania i usługi dla celów administracyjnych	1 675 668	1 309 128	1,28	43,58	1,15%	58,32%
E78 - Zaburzenia przemian lipidów i inne lipidemie	1 572 185	1 062 122	1,48	40,88	1,08%	59,39%
J45 - Dychawica oskrzelowa	1 447 081	736 555	1,96	37,63	0,99%	60,39%
Z09 - Badania kontrolne po leczeniu stanów innych niż nowotwory złośliwe	1 205 120	816 948	1,48	31,34	0,83%	61,21%

Koszty wybranych porad AOS w stosunku do wszystkich kosztów AOS (dane NFZ)



Chorobowość i korzystanie ze świadczeń DM

Choroby objęte DM	Dane epidemiologiczne - wycena	Ilość pacjentów korzystających z leczenia- NFZ 2015		Badania (między innymi: GUS,NATPOL, WOBASZ, SHARe itp.)	Dane z przychodni
Nadciśnienie tętnicze samoistne	22,9%	POZ – 15.99% Szp. – 0.17%	AOS – 2.34% Reh. lecz. – 0.01%	38% kobiety, 44% mężczyźni, 32%, 3 mil. nieodszacowane	8.8%, 13%, 19%, 21%, 28%*
Cukrzyca typu 2	7,4%	POZ -3.65% Szp. – 0.19	AOS – 2.17% Reh. lecz. – 0.003%	9.8%, 12.8%, roczny przyrost chorych – 2.5%	1.4%, 2%, 2.2%, 7.4%, 7%**
Przewlekła choroba wieńcowa	4,3%	POZ – 2.62% Szp. – 0.46%	AOS – 1.77% Reh.lecz. – 0.019%	9%	0.6%, 0.9%, 1%
Utrwalone migotanie przedsionków	0,9%	POZ- 1.02% Szp. – 0.19%	AOS – 0.58% Reh.lecz. – 0.0004%	Rozpoznawalne 1-2%, dotyczy 3-5%	0.8%, 1.2%, 2%, 2.2%
Przewlekła niewydolność serca	1,7%	POZ – 1.19% Szp. – 0.4%	AOS – 0.28% Reh.lecz. – 0.02%	2.1- 2.6 (rozpoznano u 53% osób pow.65 r.)	0.6%, 0.9%, 1%, 1.7%
Astma oskrzelowa	8,6%	POZ – 1.8% Szp. – 0.1%	AOS – 1.96% Reh.lecz. – 0.01%	4.1-4.6% , występowanie objawów 13%	0.7%, 1%, 2%
POCHP	5,7%	POZ – 0.96% Szp. 0.10%	AOS – 0.82% Reh.lecz. – 0.012%	5.2 %, 1.4% leczonych z powodu	0.2%, 0.4%, 1%
Wole mięsiste i guzowate tarczycy	2,0%	POZ – 0.24% Szp. – 0.02%	AOS – 0.27% Reh.lecz. – 0.00008%	-	0.1%, 0.2%, 1%
Niedoczynność tarczycy	3,4%	POZ – 1.94% Szp. – 0.06%	AOS – 2.44% Reh.lecz. – 0.0008%	1-6%, 3.8- choroby tarczycy ogółem	0.7%, 1%, 4%
Choroba zwyrodnieniowa stawów obwodowych	15,0%	POZ – 3.69% Szp. – 0.25%	AOS – 3.1% Reh.lecz. – 2.18%	15%	1.5%, 2.3%, 9%
Zespoły bólowe kręgosłupa	20,0%	POZ – 6.11% Szp. – 0.21%	AOS – 3.14% Reh.lecz. – 3.44%	22- 57%,	7.1%, 10.8%, 2%, 8.9%***

Choroby objęte DM pierwszym roku pilotażu:

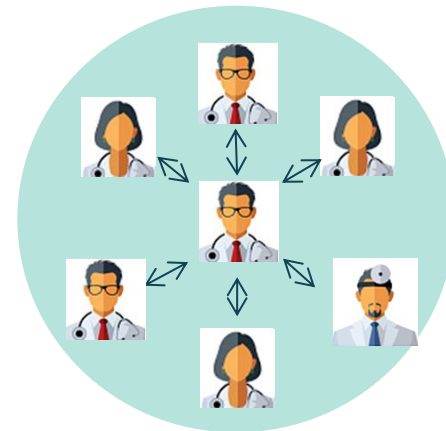
- Nadciśnienie tętnicze samoistne
- Cukrzyca typu 2
- Przewlekła choroba wieńcowa
- Utrwalone migotanie przedsionków
- Przewlekła niewydolność serca
- Astma oskrzelowa
- POCHP
- Wole mięszone i guzowate tarczycy
- Niedoczynność tarczycy
- Choroba zwyrodnieniowa stawów obwodowych
- Zespoły bólowe kręgosłupa

Disease management w wybranych chorobach



- **Opieka pełniona przez POZ z pomocą innych specjalistów**
- **Wsparcie w wytycznych/ŚDTP**
- **Indywidualne plany opieki medycznej (IPOM) z aktywnym planowaniem świadczeń**
- **Dodatkowe narzędzia diagnostyczne i konsultacyjne w POZ** wynikające ze ŚPDT
- **Współpraca ze specjalistami**
- **Nowe zadania personelu nielekarskiego i koordynacja opieki, kontrola realizacji zaleceń i pomiarów, edukacja pacjenta, fizjoterapia i inne.**

Disease management w wybranych chorobach



W ramach pilotażu testujemy:

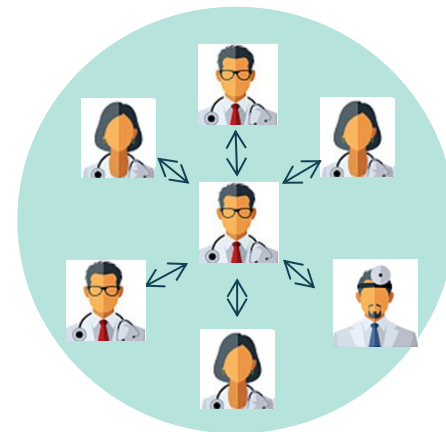
- Optymalny poziom korzystania ze świadczeń
- Kluczowe elementy prawidłowego postępowania
- Ocenę wybranych wskaźników jakości opieki i sposób ich monitorowania
- Optymalny sposób finansowania, motywującego do wykonywania preferowanych świadczeń

Disease management w wybranych chorobach

Rozszerzony pakiet diagnostyczny

- **Cukrzyca typu 2** – mikroalbuminuria, dno oka;
- **Choroby układu sercowo-naczyniowego** - Holter RR, Holter EKG, echokardiografia, próba wysiłkowa, peptyd natriuretyczny (BNP);
- **Choroby układu oddechowego** - badanie spirometryczne z próbą rozkurczową;
- **Choroba układu ruchu** – obrazowanie metoda tomografii komputerowej (TK) i rezonansu magnetycznego (MRI)*, elektroneurografia*;
- **Choroby tarczycy** – biopsja aspiracyjna cienkoigłowa (BAC), scyntygrafia tarczycy*

*- możliwość skierowania po konsultacji specjalistycznej (m.in. w ramach ASDK).



Fizjoterapia



Porada diagnostyczna (lekarz rodzinny/POZ)

- ból ostry czy przewlekły
- ból swoisty (np. zespół rwy, meta) czy nieswoisty (biomechaniczny)
- ból nieswoisty - przyczyna anatomiczna czy funkcjonalna

Konsultacja fizjoterapeuty (ból nieswoisty - fizjoterapeuta, specjalista rehabilitacji, ból swoisty - neurolog, ortopeda)

Profilaktyka i edukacja - po pierwszym epizodzie bólu

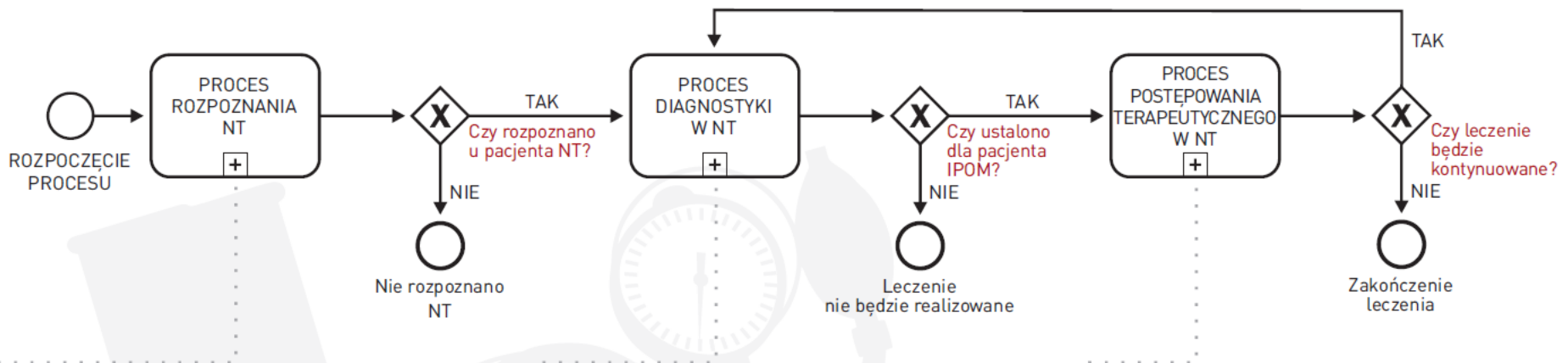
- indywidualna (lekarz rodzinny/POZ) - autoterapia, połączona z prewencją nawrotów
- grupowa (fizjoterapeuta) - profilaktyka wstawania i dźwigania, podnoszenia, siedzenia, schylania się.

Fizjoterapia w POZ

ok. 2-3 wizyty do 30 min.

Skierowanie do REH - jeżeli brak poprawy po w.w.

PROCES DIAGNOSTYCZNO-TERAPEUTYCZNY DLA NADCIŚNIENIA TĘTNICZEGO (SAMOISTNEGO, NIEPOWIKŁANEGO) W OPIECE KOORDYNOWANEJ



PROCES ROZPOZNANIA NT

CEL PROCESU:

Celem procesu jest jak najszybsze, wiarygodne, zgodne z aktualnymi wytycznymi PTNT rozpoznanie lub nie NT u pacjentów POZ.

PROCES DIAGNOSTYKI W NT

CEL PROCESU:

Celem procesu, realizowanego dla pacjentów, u których rozpoznano NT, jest identyfikacja współistnienia innych czynników ryzyka sercowo-naczyniowego, ewentualnych powikłań narządowych i innych chorób, przyczyn podwyższonego BP, zgodnie z wytycznymi PTNT i EBM, w jak najkrótszym czasie i przy wykorzystaniu niezbędnych zasobów.

POSTĘPOWANIE TERAPEUTYCZNE W NT

CEL PROCESU:

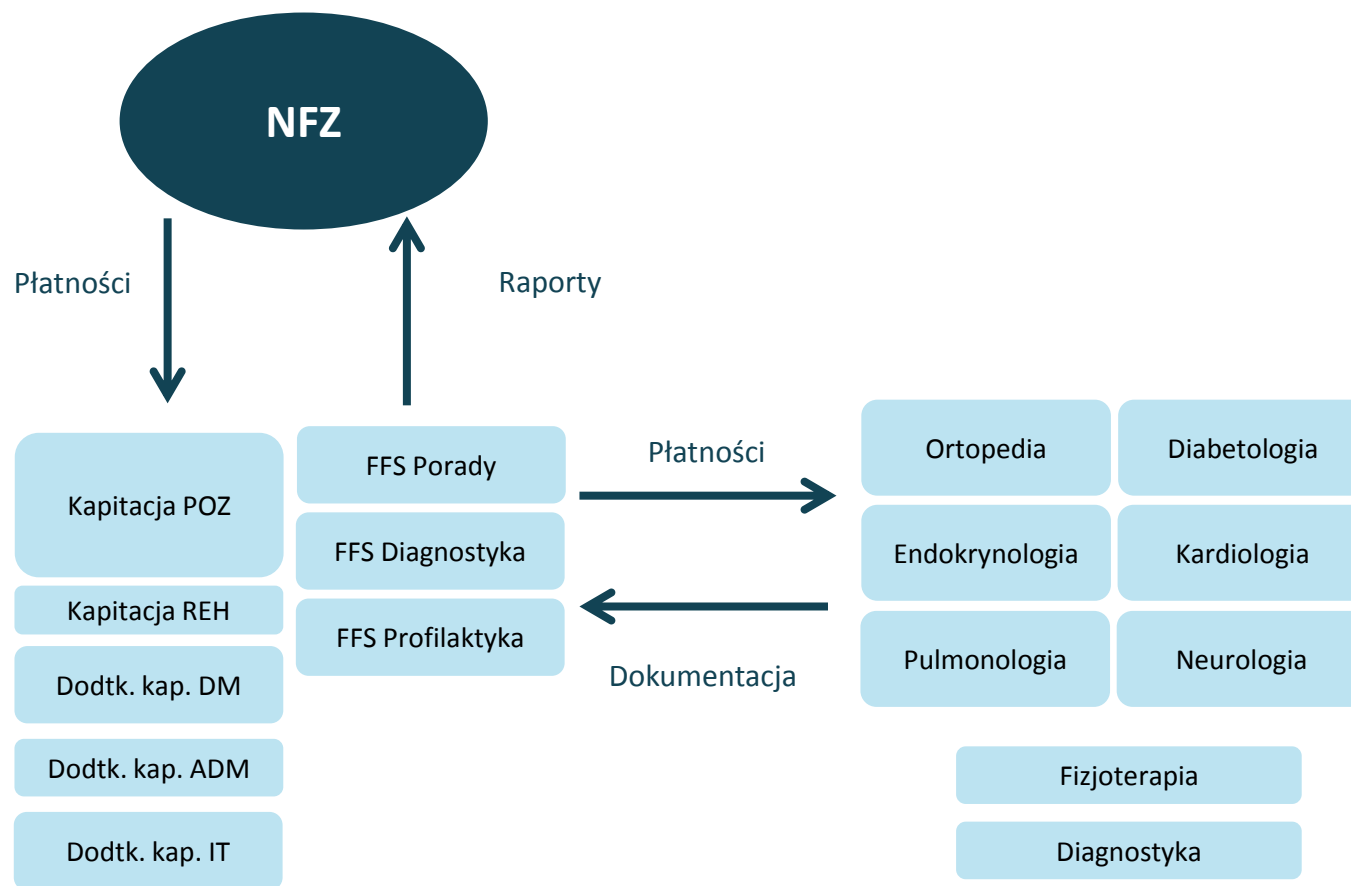
Celem procesu jest zmniejszenie śmiertelności oraz globalnego ryzyka powikłań sercowo-naczyniowych i nerkowych a w szczególności obniżenie ciśnienia tętniczego (BP) do wartości uznanych za docelowe u osób z rozpoznaniem i zdiagnozowanym NT.



Metodologia

- Dane epidemiologiczne: choroby układu krążenia, cukrzyca, choroby układu kostno-szkieł itp.
- Dane NFZ dotyczące najczęstszych porad w POZ i AOS
- Dane NFZ dotyczące kosztów wybranych porad w AOS

Mechanizmy finansowania



Ewaluacja modelu 1

01 Wskaźniki produktu projektu:

- Pilotaż we **wszystkich regionach** Polski, z uwzględnieniem małych i średnich placówek i specyfiką regionu i dużych miast.
- Prawie wszystkie (95%) jednostki uczestniczące w pilotażu modelu POZ+ wdrożą nowy, **organizacyjny model opieki**, w tym zastosują ścieżki postępowania dla swoich pacjentów.
- Przewiduje się, że po 4 latach trwania pilotażu:
 - ✓ 65% całej populacji objętej modelem POZ+,, objęta działaniami profilaktycznymi (bilans zdrowia dorosłych i dzieci)
 - ✓ 50% chorych przewlekle będzie objętych programami DM
 - ✓ kluczowe wskaźniki kliniczne chorób przewlekłych oraz odsetek pacjentów stabilnych się poprawią
 - ✓ satysfakcja pacjentów z jakości opieki będzie większa
 - ✓ podwyższona efektywność alokacyjna
 - ✓ podwyższona efektywność techniczna

Ewaluacja modelu 1

02 Wybrane wskaźniki jakości opieki:

- Odsetek pacjentów zadeklarowanych do lekarzy ze specjalizacją z medycyny rodzinnej
- Prowadzenie indywidualnej elektronicznej dokumentacji medycznej (EDM) z dostępem do każdego uprawnionego pracownika na terenie placówki/w innych lokalizacjach
- Elektroniczna rejestracja na świadczenia w placówce/poza placówką
- Elektroniczny odbiór wyników świadczeń realizowanych poza placówką (np. badania laboratoryjne, obrazowe)
- Odsetek zadeklarowanych pacjentów z dostępnymi numerami telefonów
- Odsetek zadeklarowanych pacjentów z dostępnymi adresami mailowymi
- Posiadane przez placówkę akredytacji POZ/ ISO

Ewaluacja modelu 1

03 Wybrane wskaźniki jakości opieki:

- Odsetek pacjentów objętych bilansami dzieci i dorosłych w poszczególnych grupach wiekowych
- Odsetek pacjentów poddanych dyspanseryzacji i stratyfikacji stanu zdrowia
- Odsetek pacjentów chorych przewlekle korzystających ze schematów DM
- Odsetek chorych w DM z wykonanymi poradami kompleksowymi w danym roku
- Odsetek chorych w DM z poradami edukacyjnymi / Liczba porad edukacyjnych na rok w populacji w DM.
- Ilość wybranych świadczeń wykonanych w ramach DM
- Czas oczekiwania na świadczenia w ramach DM
- Koszty opieki w ramach DM

Ewaluacja modelu 1

04 Wybrane wskaźniki jakości opieki:

- Odsetek pacjentów chorych przewlekle z zadowalającą kontrolą stanu zdrowia, w oparciu o kluczowe wskaźniki
- Odsetek chorych przewlekle niestabilnych, wymagających świadczeń poza OK
- Wskaźnik satysfakcji z opieki pacjentów objętych OK

- Odsetek chorych przewlekle korzystających z usług poradni AOS
- Odsetek chorych przewlekle objętych schematami DM, którzy trafili na SOR
- Odsetek chorych przewlekle poddanych hospitalizacji, czas i koszty leczenia szpitalnego
- Całościowe koszty opieki nad chorymi przewlekle ponoszone przez NFZ

- Wskaźnik konsumpcji antybiotyków
- Wskaźnik konsumpcji wybranych leków w leczeniu chorób przewlekłych

Wdrożenie modelu 1

Szacowany całkowity koszt

- **czteroletniego** pilotażu modelu
- optymalnie do **10 tys. pacjentów** na jednostkę POZ obejmujący do **300 tys. pacjentów**



Średni, roczny **wzrost wydatków na rzecz świadczeniodawców o około 50 %**, w tym około 16 % wydatki na usługi lekarzy specjalistów, fizykoterapeutów, oraz 12% na IT i koordynatorów.

Dodatkowo **40 mln PLN** rocznie, w tym ok. **20 mln PLN** w ramach funduszy UE.

Zadania uczestników pilotażu

Działania świadczeniodawcy

Obowiązkowe

- Regulamin organizacyjny
- Realizowanie programów profilaktycznych
- Rekrutacja na badania przesiewowe
- IPOM
- Koordynacja administracyjna procesu opieki
- Edukacja pacjentów

Rekomendowane

- Dyspensaryzacja pacjentów chorych przewlekle
- IPOM na podstawie ŚPDT
- Wykorzystanie IT w IPOM i badaniach diagnostycznych
- Angażowanie personelu nielekarskiego w realizację programów profilaktycznych, edukacji i dyspensaryzacji pacjenta
- Wykonywanie badań przesiewowych
- Contact center
- Bezpośredni odbiór zleconych badań (bez pośrednictwa pacjenta)

Narzędzia IT

Obowiązkowe w momencie zawarcia umowy

- Automatyczna identyfikacja pacjenta do programów profilaktycznych i z chorobami przewlekłymi
- Umawianie pacjenta na badania specjalistyczne i diagnostyczne
- Prowadzenie wewnętrznej elektronicznej dokumentacji medycznej w POZ (EDM)
- Procedury bezpośredniego przekazywania zewnętrznej dok. med. (między KAOZ i współpracującymi świadczeniodawcami)

Konieczne w ciągu 1 roku od zawarcia umowy

- Prowadzenie elektronicznej dokumentacji wewnętrznej przez poradnie specjalistyczne (EDM)
- Integracja systemów rejestracji badań diagnostycznych, konsultacji specjalistycznych, oraz wymiana dokumentacji zew. pomiędzy współpracującymi świadczeniodawcami
- SMS, e-mail z zaproszeniem do programów profilaktycznych kwalifikujących się pacjentów
- Wpisanie pacjenta do grupy dyspenseryjnej.
- POM z elektroniczną rejestracją terminów

Zmiany systemów po stronie NFZ



- **Rozliczenia**

- Drobne zmiany w komunikacji DEKL
- Drobne zmiany w komunikacji SWIAD
- Wprowadzenie w systemie umów dla konsorcjów

Uwaga – zmiany nie będą dotyczyć innych świadczeniodawców

- **Udostępnianie danych z ZIP lekarzom-koordynatorom**

- Musi być zgoda pacjenta
- NFZ udostępni usługę sieciową do pobierania tych danych
- Informacja o wykupionych lekach i świadczeniach spoza konsorcjum (w tym hospitalizacji) poprawi jakość opieki

- **Kierunki strategiczne dalszych zmian**

- Przebudowa systemu rejestracji deklaracji POZ – usługa sieciowa on-line
- Przyspieszenie raportowania – przechodzenie na model on-line
- Zbudowanie narzędzi gromadzenia niektórych danych o stanie zdrowia pacjenta (np. grupy dyspanseryjne, parametry monitorowania dla chorób przewlekłych itp.)

Zmiany systemów IT po stronie świadczeniodawców



- **Rozliczenia**

- Dostosowanie komunikatów DEKL
- Dostosowanie komunikatów SWIAD
- Dostosowanie do formatu umów dla konsorcjów

Uwaga – zmiany nie będą dotyczyć innych świadczeniodawców

- **Korzystanie z danych z ZIP**

- Zagłądanie do portalu lub pobieranie danych (za zgodą pacjenta) w celu optymalizacji opieki

- **Elektroniczna wymiana danych w ramach konsorcjum**

- Przekazywanie danych rozliczeniowych poprzez lidera konsorcjum
- Rozwój narzędzi elektronicznej rejestracji na wizyty (terminarze przyjęć)
- Elektroniczne zlecenie badań i konsultacji
- Elektroniczny odbiór wyników badań i konsultacji
- Budowa narzędzi komunikacji z pacjentami (portal, SMS, telemonitoring)
- Wymiana danych o stanie zdrowia pacjenta

Rozwiązania instytucjonalne

Kluczowa rola NFZ

Project Management Unit – jednostka wdrażającej OK



- Współpraca z odpowiednimi jednostkami kontraktującymi NFZ
- Projektowanie systemu raportowania
- Zbieranie, analiza i komunikowanie rezultatów monitoringu
- Stworzenie narzędzi i zespołu analizowania danych
- Stworzenie zespołu wsparcia świadczeniodawców (w tym szkoleniowego)
- Przygotowanie i przeprowadzenie badań opinii (satisfakcji pacjentów, lekarzy, pielęgniarek)
- Przygotowywanie raportów z wdrożenia pilotaży
- Komunikacja zew. i wew

Działania bieżące

Rekrutacja- z przystąpienia- koniec 2016- początek 2017 roku, legislacja

Duże potencjalne zainteresowanie świadczeniodawców

Ostatecznie 75 -100 podmiotów realizujących pilotaże (model 1 i 2)

Pracujemy:

Polskie doświadczenia w OK

Model 2 i 3- liczenie kosztów

Ścieżka opieki w ramach działań profilaktycznych, NFZ- ścieżki opieki

Podręcznik wdrożenia, komunikacja, mapa drogowa zmian IT

Wdrożenie - proces

Pilotaż



Od 2018 – włączanie nowych jednostek

Komunikacja / edukacja / współpraca

- Rekrutacja
- „Capacity building”
- Współpraca z podmiotami

Rozszerzenie do 5 mln pacjentów

Inne działania systemowe: kontraktowanie, sieć szpitali, ustawa o POZ, zamknięcie NFZ

Tworzenie narzędzi wdrożeniowych: np. legislacja

1 stycznia 2017

Czerwiec 2017

1 lipca 2017

2018

2019

2020

2021

300 000 pacjentów



Dziękujemy
