



*Międzynarodowa Konferencja Naukowa "Koordynowana opieka zdrowotna - kierunek zmian systemu opieki zdrowotnej"*

# **Opieka koordynowana POZ PLUS – stanowiska i rekomendacje organizacji świadczeniodawców opieki zdrowotnej**

## **DYSKUSJA PANELOWA**

***Prowadzący:  
Paneliści:***

***dr n. med. Waldemar Pędziński  
dr Włodzimierz Bołtruczuk  
dr n. o zdr. Bartosz Pędziński  
dr Andrzej Zapaśnik  
dr Paweł Żuk***

**Dni Medycyny Społecznej i Zdrowia Publicznego  
Łomża - Grodno, 20-22 września 2019 r.**

**Jakie są mocne i słabe strony pilotażu POZ  
PLUS?**

# Stanowisko PZLP Porozumienie Zielonogórskie

Mocne strony	Słabe strony
W założeniach programu pilotażowego znacząca poprawa opieki profilaktycznej z szerokim zakresem badań bilansowych i koordynacja opieki na osobami przewlekle chorymi z wykorzystaniem pełnej diagnostyki i konsultacji specjalistycznych.	Pomimo udziału w pracach koncepcyjnych ekspertów-praktyków z zakresu Podstawowej Opieki Zdrowotnej nie wykorzystano ich wiedzy i opracowań. W planowaniu działań profilaktycznych nie wzięto pod uwagę standardów EBM. Praktyczna niedostępność dla małych podmiotów POZ – wieś i małe miasteczka
Ułatwienia dostępu ubezpieczonym do profilaktyki i leczenia z wykorzystaniem diagnostyki i konsultacji specjalistycznych	Większe obciążenie pracą personelu medycznego – dłuższy czas pracy, zwiększone potrzeby kadrowe, lokalowe, niedostatek infrastruktury w Przychodniach.
Profilaktyka onkologiczna – w zaleceniach	Przesiewowe badania onkologiczne nie ujęte w bilansie zdrowia
Satysfakcja pacjenta i pozytywne oceny Przychodni	Dodatkowe obciążenia pracą i biurokracja bez adekwatnych wyników - ryzyko odejść personelu w wieku emerytalnym

# Stanowisko PZLP Porozumienie Zielonogórskie

Mocne strony	Słabe strony
Przywrócenie konsultacji specjalistycznych dla potrzeb lekarza POZ	Planowane zbyt niskie koszty konsultacji specjalistycznych
Poszerzenie zakresu diagnostyki będącej do dyspozycji lekarza POZ	Biurokratyczne ograniczenia w korzystaniu z badań diagnostycznych
Wdrożenie porad edukacyjnych i porad dietetycznych	Nie zostały przygotowane stosowne materiały edukacyjne – brak środków na samodzielne działania w tym zakresie
Koordinowanie opieki z pełniejszą sprawozdawczością	Brak stosownej aplikacji , nadmiar obowiązków biurokratycznych – konieczność zbierania kolejnych deklaracji pacjentów

# Stanowisko PTMSiZP

Mocne strony	Słabe strony
Integracja profesjonalistów – budowanie zespołu lek, piel., diet, fizjo., psych, koordynator	Biurokracja i zbytnia formalizacja (np. zgody papierowe, podpis na bilansie, podpis na IPPZ, konieczność korzystania z APKUŚ), opóźnione i niefunkcjonalne wdrożenia z grantu technologicznego
Dostrzeżenie medycyny prewencyjnej/zdrowia publicznego: prewencja poprzez przesiewowe bilanse, edukacja w prof. pierwotnej i wtórnej	Brak możliwości zapewnienia ciągłości opieki w długiej perspektywie czasu w zakresie interwencji behawioralnych (dietetyk, psycholog, edukator), brak możliwości edukacji grupowej. To oznacza brak możliwości medycyny spersonalizowanej.
Szybszy dostęp do specjalistów i rehabilitacji, ale...	Problem ze schematem postępowania z pacjentami chorymi przewlekle (status 3 i 4) IPPZ a IPOM (świadczenia po-bilansowe a świadczenia DMP)

# Stanowisko PFOZ - BZ

Mocne strony	Słabe strony
Objęcie badaniem mężczyzn w wieku 40-65 i kobiet w wieku 45-65 lat bez wcześniejszego rozpoznania ChSN ani czynników ryzyka s-n	Objęcie badaniem mężczyzn w wieku 20-40 i kobiet w wieku 20-45 lat bez wcześniejszego rozpoznania ChSN ani czynników ryzyka s-n oraz osób zgłaszających się z dolegliwościami podmiotowymi i przedmiotowymi
Założenie że bilansem zdrowia objęci są pacjenci wcześniej niekorzystający ze świadczeń zdrowotnych	Kierowanie przez lekarzy na bilanse pacjentów wcześniej korzystających ze świadczeń zdrowotnych
Badania przesiewowe połączone z interwencją po stwierdzeniu behawioralnych czynników ryzyka SN (porady edukacyjne, dietetyk, psycholog)	Pomieszanie badań przesiewowych z diagnostyką objawów podmiotowych i przedmiotowych w ramach bilansu pogłębionego
Zakres badań w ramach bilansu podstawowego częściowo zgodny z EBM (pod kątem czynników ryzyka s-n)	Zakres badań w ramach bilansu podstawowego częściowo niezgodny z EBM (morf., OB, BOM), nadwykonanie badań w ramach bilansu pogłębionego
Profilaktyka onkologiczna w zaleceniach	Brak przesiewowych badań onkologicznych w zakresie bilansu zdrowia
Zadowolenie pacjentów	Znaczne obciążenie pracą personelu medycznego, nieadekwatne do uzyskiwanych efektów

# Stanowisko PFOZ - PZCh

Mocne strony	Słabe strony
Poszerzony zakres diagnostyki i motywacyjny system jej finansowania (FFS)	Konieczność posiadania umów na rzadko wykonywane badania wyskospecjalistyczne, fizykoterapia niedostosowana do potrzeb, FFS za badania z zakresu POZ (m.in. ekg).
Konsultacje specjalistyczne i motywacyjny system ich finansowania (FFS)	Niedoszacowanie m.in. kosztów konsultacji lekarz-lekarz, rehabilitacji manualnej.
Porady edukacyjne i dietetyczne oraz motywacyjny system ich finansowania (FFS)	Brak materiałów edukacyjnych przygotowanych w ramach pilotażu
Wspieranie planowania/koordynacji opieki w ch s-n (m.in. FFS za porady kompleksowe i osobomiesiąc)	Brak systemu informatycznego (aplikacji) do monitorowania opieki
Poprawa sprawozdawczości (ICD10, świadczenia FFS)	Konieczność zbierania deklaracji przystąpienia do PZCh, trudności w organizacji i zarządzaniu nowymi formami opieki (m.in. z przepływem informacji)
Poprawa jakości leczenia ze zwiększeniem uwagi na aspekty behawioralne	Znaczne zwiększenie czasu pracy personelu medycznego i wynikające z tego problemy (m.in. kadrowe, lokalowe, przeciążenie gabinetu zabiegowego i inne wąskie gardła, np. usg).

# Stanowisko IFIC Polska

Mocne strony	Słabe strony
1. <b>Zmiana paradygmatu opieki</b> - zmiana inicjatora opieki;	1. Niedostosowane <b>systemy informatyczne</b> ;
2. <b>Opieka koordynowana</b> ;	2. <b>Rozbudowana sprawozdawczość</b> , niedostosowana do kluczowych elementów programu;
3. <b>Praca zespołowa</b> , w tym osoba koordynatora;	3. Brak jasnych <b>ścieżek postępowania klinicznego</b> ;
3. <b>Identyfikacja procesów kluczowych</b> dla długofalowej inwestycji w zdrowie pacjenta: Bilans-Stratyfikacja - Plan	4. <b>Sztywne interwały interwencji terapeutycznych i edukacyjnych</b> , często uniemożliwiające indywidualne podejście w opiece;
4. <b>Rozszerzenie bazy diagnostycznej</b> dla lekarzy POZ;	
5. Znaczne <b>skrócenie czasu</b> do postawienia <b>diagnozy</b>	
6. Znaczne <b>skrócenie czasu oczekiwania na konsultację u specjalisty</b> (z 8 miesięcy do śr. 40-60 dni)	
7. <b>Współpraca POZ z AOS</b>	



**Co należy utrzymać a co zmienić w modelu POZ PLUS?**

# Stanowisko PZLP Porozumienie Zielonogórskie

Należy utrzymać	Należy zmienić
Wdrożenie nowych programów profilaktyki .	Programy muszą być oparte o zasady EBM i przyjęte w szerokim porozumieniu z realizatorami programów – i organizacjami świadczeniodawców będących ich reprezentantami
Poprawa opieki na przewlekle chorymi	Ograniczenia związane ze sztywnym, zakresem opieki sprawowanej przez poszczególne podmioty – czyli wszystko albo nic
Sprawozdawczość dokumentującą działania podmiotów	Odbiurokratyzowanie – czyli tyle sprawozdawczości ile jest jej niezbędne. Likwidacja dokumentów papierowych i wykorzystanie platformy P1.

# Stanowisko PTMSiZP

Należy utrzymać	Należy zmienić
W badaniach bilansowych utrzymać te o największej skuteczności populacyjnej, być może zwiększyć wycenę aby objąć większy odsetek populacji	W bilansach ograniczyć badania o nieskuteczne/nieefektywne populacyjnie. Wprowadzić mechanizm preselekcji do badań – np. na podstawie wywiadu zdalnego.
W DMP poszerzony katalog badań lekarza POZ.	Zweryfikować katalog badań w DMP.: np.: usunąć super-wysoko-specjalistyczne, zamienić holter 3 dobowy na tele-EKG, brak proBNP
<b>Kierunek zmian: integracja, standaryzacja, med. prewencyjna, włączenie pacjenta w proces opieki, informatyzacja, fundholding, zarządzanie potrzebami zdrowotnymi pacjentów</b>	Urealnić koszt badań: w szczególności fizjoterapia, porad diet, biopsje tarczycy, PET, MR, konsultacja telemed (lek POZ – lek spec.)
<b>integracja kliniczna - ciągłość opieki integracja profesjonalistów (medycznych tak, ale niemedycznych?) integracja funkcjonalna (ramy prawne i standardy)</b>	<b>Wyzwania:</b> Integracja organizacyjna? Integracja systemowa – globalna-międzysektorowa (oz z op. społ.)? integracja normatywna (wspólna wizja, misja,

# Stanowisko PFOZ - BZ

Należy utrzymać	Należy zmienić
Objęcie badaniem mężczyzn w wieku 40-65 i kobiet w wieku 45-65 lat bez wcześniejszego rozpoznania ChSN ani czynników ryzyka s-n	Ograniczenie bilansu do grup wysokiego ryzyka chs-n oraz raka szyjki macicy, raka piersi i raka jelita grubego – zgodnie z EBM
Założenie że bilansem zdrowia objęci są pacjenci wcześniej niekorzystający ze świadczeń zdrowotnych, bez rozpoznania określonych chorób przewlekłych	Zaostrzenie kryteriów kwalifikacji do bilansu zdrowia, optymalnie w oparciu o wykonanie kwestionariusza kwalifikacyjnego do badań w zakresie czynników ryzyka sercowo-naczyniowego oraz przesiewowych badań onkologicznych
Badania przesiewowe połączone z interwencją po stwierdzeniu behawioralnych czynników ryzyka SN	Zniesienie diagnostyki objawów podmiotowych i przedmiotowych w ramach bilansu pogłębionego, uproszczenie kwestionariusza bilansowego; wystandaryzowanie edukacji (m.in. w oparciu o udostępnione jednolite materiały edukacyjne)
Zakres badań w ramach bilansu podstawowego zgodny z EBM (pod kątem czynników ryzyka s-n)	Usunięcie zakresu badań w ramach bilansu podstawowego niezgodny z EBM (morf., OB, BOM), wprowadzenie realizacji przesiewowych badań onkologicznych w ramach bilansu zdrowia (cytologia, mammografia, kolonoskopia)
Zadowolenie pacjentów i wynikające z niego zachęcanie innych do profilaktyki	Optymalizacja pracy personelu medycznego pod kątem uzyskiwanych efektów (m.in. ograniczenie sprawozdawczości)

# Stanowisko PFOZ - PZCh

Należy utrzymać	Należy zmienić
Poszerzony zakres diagnostyki i motywacyjny system jej finansowania (FFS)	Fakultatywność posiadania umów na rzadko wykonywane badania wysokospecjalistyczne, zmiana zakresu fizykoterapii niedostosowana do potrzeb, zniesienie FFS za badania z zakresu POZ (m.in. ekg).
Konsultacje specjalistyczne i motywacyjny system ich finansowania (FFS)	Zmiana cennika w zakresie kosztów m.in. konsultacji lekarz-lekarz, rehabilitacji manualnej.
Porady edukacyjne i dietetyczne oraz motywacyjny system ich finansowania (FFS)	Edukacja grupowa, wystandaryzowane materiały edukacyjne.
FFS za porady kompleksowe i osobomiesiąc za koordynację opieki	Jednolita aplikacja do monitorowania opieki, możliwa do integracji z różnymi programami EDM
Sprawozdawczość ICD10 i świadczeń FFS	Dobre praktyki w zakresie optymalizacji wykorzystania zasobów kadrowych i lokalowych, oparte o analizy liczbowe.
Poprawa jakości leczenia ze zwiększeniem uwagi na aspekty behawioralne	Monitorowanie jakości opieki w oparciu o sprawozdawanie świadczeń oraz badania ankietowe PROM i PREM

# Stanowisko IFIC Polska

Należy utrzymać	Należy zmienić
1. Pracę zespołową, w tym osobę koordynatora;	1. Zwiększenie udziału pielęgniarki w edukacji i zarządzaniu pacjentem;
2. Identyfikacja procesów kluczowych;	2. Uelastycznienie interwałów interwencji edukacyjnych i terapeutycznych, aby wzmocnić indywidualizację opieki;
3. Dalsze „zacieśnianie” współpracy POZ z AOS	3. Wzmocnienie stratyfikacji pacjentów
4. Poszerzony katalog diagnostyki w POZ	4. Większe rozszerzenie katalogu diagnostycznego, z wykluczeniem tylko tych najbardziej specjalistycznych;
	5. Rozszerzenie grupy rozpoznań w programie Zarządzania Chorobą;
	6. Dostosowanie systemów informatycznych z automatyczną sprawozdawczością;

**Czy model POZ PLUS można wdrożyć we wszystkich przychodniach w Polsce?**

# Stanowisko PZLP Porozumienie Zielonogórskie

- Wdrażanie rozwiązań narzuconych przez organizatora programu możliwe jest jedynie w podmiotach POZ z dużym potencjałem kadrowym , lokalowym i sprzętowym czyli podmiotom dużym. Nie odpowiada to założeniom dotarcia do ubezpieczonych na terenach małych miast i wsi .
- Konieczna jest zmiana w celu umożliwienia realizacji programu również przez małe podmioty, zlokalizowane na obszarach rozległych (wieś i małe miasta).
- Zmiana umożliwi też zmniejszenie kosztów i uprości organizację opieki w ramach programu także przez podmioty w dużych miastach



# **Stanowisko PZLP Porozumienie Zielonogórskie**

**Federacja Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia  
Porozumienie Zielonogórskie przygotowała program  
komplementarny do obecnie realizowanego , który jest  
możliwy do realizacji przez małe podmioty POZ.**

**Zostały w nim uwzględnione uwagi i wnioski , które nasi  
eksperti przedstawili w trakcie konsultacji opracowania NFZ.  
Program „POZ OK” jest autorskim opracowaniem Federacji.  
Rekomendujemy realizację tego projektu.**

# Stanowisko PTMSiZP

- W obecnej formule nie można wdrożyć POZ PLUS w całej Polsce. Nawet dojrzałe organizacyjnie podmioty POZ mają problem z realizacją usług przewidzianych w projekcie (z uwagi na schemat badań i/lub braki zasobów).
- Dla niewielkiej części podmiotów obecna formuła POZ PLUS jest OK – cel do którego trzeba dążyć, ale dla większości poprzeczka jest zbyt wysoko – potrzeba różnych modeli dopasowanych do potrzeb populacji i różnych świadczeniodawców.

# Stanowisko IFIC Polska

---

Podstawy modelu POZ Plus są logiczne i zgodne z nowoczesnym postępowaniem klinicznym;

---

Wszystkie elementy programu nie są możliwe do wdrożenia w każdym podmiocie ...

---

... ale można wdrożyć kluczowe jego elementy- „koordynowany POZ”:

---

**1. „Nowy” paradygmat opieki” – zmiana pozycji inicjatora opieki !**

---

2. Wprowadzenie modelu pracy zespołowej;

---

3. Platforma komunikacji POZ z AOS;

---

4. Wyodrębnienie kluczowych procedur- stratyfikacja, plan opieki

---

5. Wdrożenie programu edukacyjnego pacjentów

---

6. Aktywna profilaktyka

---

**POWYŻSZE ZMIANY DOPROWADZĄ DO  
NOWEGO STANDARDU POZ**

# Stanowisko PFOZ

- W obecnym kształcie jedynie w podmiotach dysponujących ponad przeciętnym potencjałem kadrowym i lokalowo-sprzętowym, niereprezentatywnym dla POZ w Polsce.
- Zasadna jest daleko idąca modyfikacja pilotażu pod kątem możliwości jego realizacji przez małe podmioty, zlokalizowane na obszarach odległych od większych miast (obecnych i byłych wojewódzkich).



*Międzynarodowa Konferencja Naukowa "Koordynowana opieka zdrowotna - kierunek zmian systemu opieki zdrowotnej"*

# STANOWISKA KOŃCOWE I REKOMENDACJE

**Opieka koordynowana POZ PLUS – stanowiska i rekomendacje organizacji  
świadczących opiekę zdrowotną  
DYSKUSJA PANELOWA**

***Prowadzący:  
Paneliści:***

***dr n. med. Waldemar Pędziński  
dr Włodzimierz Bołtruczuk  
dr n. o zdr. Bartosz Pędziński  
dr Andrzej Zapaśnik  
dr Paweł Żuk***

Dni Medycyny Społecznej i Zdrowia Publicznego  
Łomża - Grodno, 20-22 września 2019 r.