

p.o. Prezesa
Narodowego Funduszu Zdrowia
Andrzej Jacyna

Znak: DA15.082.39.2018
2018.28998.SKA

Warszawa, dnia 23 maja 2018 r.

**Zarząd
Federacji Związków
Pracodawców Ochrony Zdrowia
Porozumienie Zielonogórskie**



W związku ze rekomendacjami Zarządu Federacji „Porozumienie Zielonogórskie” w sprawie udziału w pilotażu opieki koordynowanej w modelu POZ PLUS oraz opinią na temat możliwości udziału w programie małych przychodni, uprzejmie proszę o przyjęcie stanowiska Narodowego Funduszu Zdrowia w przedmiotowej sprawie.

Ad. 1 Na wstępie należy podkreślić, że założenia badań bilansowych dla osób dorosłych zaproponowanych do realizacji w ramach pilotażu opieki koordynowanej w podstawowej opiece zdrowotnej, tzw. POZ PLUS, stanowią opis planowanych działań mających na celu sprawdzenie nowego, proaktywnego modelu opieki w POZ opartej na kompleksowym podejściu do pacjenta, wcześniej nieraportowanego. Badania bilansowe osób dorosłych zostały zarekomendowane do realizacji w ramach modelu opieki koordynowanej dla POZ, opracowanego przez ekspertów Banku Światowego, jako wynik projektu „Przygotowanie, przetestowanie i wdrożenie do systemu opieki zdrowotnej organizacji opieki koordynowanej (OOK) — Etap I Opracowanie modeli zintegrowanej/koordynowanej opieki zdrowotnej dla Polski”, W przedmiotowym modelu nie opracowano jednak szczegółowych zasad, zakresu i kryteriów dla badań bilansowych osób dorosłych. Doszczegółowienie tego elementu, w oparciu o wstępne założenia Banku Światowego [12], stanowiska i wytyczne [10, 11, 13, 14], literaturę naukową [m.in. 4, 6, 8], dobre praktyki świadczeniodawców [5], raporty dziedzinowe [1, 7, 9] nastąpiło w wyniku prac zespołu NFZ działającego w ramach projektu OOK, we współpracy z wyłonionym w drodze konkursu ekspertem, którym była p. dr hab.

n med. Donata Kurpas, prof. nadzw. Wrocławskiego Uniwersytetu Medycznego. Zapropionowana forma badań bilansowych wynika przede wszystkim z potrzeby wypełnienia braku kompleksowego, spójnego i sprawnego systemu profilaktyki zdrowotnej, obejmującego planowanie działań, nadzór nad ich realizacją oraz ocenę uzyskiwanych efektów, na co wskazuje m.in. raport Najwyższej Izby Kontroli [7]. Zdaniem NIK m.in. działania lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej były niewystarczające w zakresie udzielania i dokumentowania świadczeń profilaktycznych. Brak jest odpowiednich rejestrów i danych na temat skali działań profilaktycznych (w tym badań diagnostycznych). W związku z ograniczoną sprawozdawczością, istnieje brak informacji o charakterze badań (profilaktyczny czy w związku ze zgłaszanymi dolegliwościami). Działania z zakresu profilaktyki zdrowotnej, podejmowane np. przez jednostki samorządu terytorialnego zwykle mają charakter doraźny (akcyjny). Brakuje w nich elementu monitorowania efektów. Dla rozważań na temat zaproponowanych działań z zakresu profilaktyki w ramach pilotażu POZ PLUS, szczególnie istotne wydają się być uwagi i wnioski ujęte w pkt 2.3 ww. raportu NIK, traktujące m.in. o konieczności określenia spójnej, kompleksowej i wieloletniej koncepcji działań profilaktycznych, ukierunkowanej na zachowanie zdrowego trybu życia i zapobieganie chorobom oraz egzekwowania przez NFZ od lekarzy POZ realizacji obowiązujących procedur w zakresie profilaktyki zdrowotnej.

Należy mieć przede wszystkim na uwadze, że badania bilansowe mają stanowić jeden z elementów pilotażowego modelu opieki koordynowanej w POZ, gdzie bardzo istotną rolę ma odgrywać osoba koordynatora, na którego wynagrodzenie świadczeniodawca uczestniczący w pilotażu otrzyma dodatkowe środki finansowe z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój. Celem wprowadzenia koordynatora będzie m.in. optymalizacja organizacyjna działania zespołu POZ, w tym m.in. lekarza, pielęgniarki, położnej, dietetyka, psychologa, konsultujących lekarzy innych specjalności niż medycyna rodzinna, edukatorów zdrowotnych. Istotnym elementem planowanej opieki koordynowanej mają być również programy zarządzania chorobą, w oparciu o rekomendacje postępowania dotyczące 11 chorób przewlekłych, najczęściej występujących w populacji będącej pod opieką POZ.

Proponowany program badań bilansowych jest modelem proaktywnym, inwestującym w utrzymanie zdrowia populacji, realizującym pierwszoplanowe kompetencje lekarzy rodzinnych i medycyny rodzinnej jako specjalności.

Zaplanowany zakres działań związanych z badaniami bilansowymi, nie opiera się wyłącznie na zapraszaniu do badań osób bez żadnych dolegliwości. W założeniu badania bilansowe mają być adresowane do pacjentów, co do których zespół POZ nie ma aktualnej/ pełnej wiedzy odnośnie ich stanu zdrowia - to osoby niekorzystające lub bardzo rzadko korzystające z usług POZ, co nie oznacza to, że nie posiadają żadnych dolegliwości lub nie znajdują się w populacji zagrożonej chorobą.

Kwestionariusz bilansowy jako narzędzie wspierające w założeniu ma być dostępny w formie cyfrowej (elektronicznej) i wsparty dodatkowymi algorytmami, aby maksymalnie skrócić czas jego wypełniania.

Założenia dotyczące planowanych badań bilansowych osób dorosłych, były m.in. przedmiotem badania opinii pacjentów na temat organizacji opieki koordynowanej (OOK) [2]. Wnioski niedogodnościami ponoszonymi przez pacjentów. Badania takie są przez pacjentów oczekiwane i są oni skłonni poświęcić na nie swój czas. Pacjenci oczekują m.in. wykonania „porządnego i solidnego” wywiadu i badania, (cyt. z raportu: *„Przede wszystkim więcej pomocy, poświęcenie tej większej ilości czasu dla pacjenta, żeby zrobić taki porządny wywiad, jak już to ma być raz na pięć lat, żeby ten wywiad był solidny.”*).

Schemat badań bilansowych poddano wstępnej analizie na etapie projektu zarządzenia Prezesa NFZ dot. pilotażu. Bilanse prowadzono w 13 przychodniach POZ, w 3 placówkach miejskich i 10 na terenach wiejskich, w ramach prac zespołów POZ. Na tej podstawie dokonano również korekt w kwestionariuszu bilansowym. Wyniki badania wskazują, że badania bilansowe u dorosłych w zaproponowanym schemacie wydają się być formą prewencji możliwą do realizacji przez zespoły POZ w ośrodkach o elementarnym stopniu koordynacji [3]. Obserwacja w liczniejszej populacji i ośrodkach o zróżnicowanym stopniu

koordynacji opieki zdrowotnej, będzie podstawą do wyciągania dalszych wniosków i nanoszenia stosownych korekt, a jednocześnie ułatwi weryfikację wstępnych deklaracji pacjentów odnośnie gotowości uczestnictwa w tego typu badaniach.

Bank Światowy w opisie modelu populacyjnego opieki koordynowanej dla POZ zakładał, że badaniami bilansowymi będzie objęta populacja osób w wieku 35-69 (w przedziałach pięcioletnich). W założonym pięcioletnim okresie pilotażu dla każdej pięcioletniej grupy pacjentów określono odrębny procent realizacji bilansów, który w pierwszym roku wynosił 30-50% (średnia dla 1 roku 41%), a w ostatnim piątym roku 45-65% (średnia dla 5 roku 56%). Mając na uwadze wytyczne POWER, ustawy o POZ i dwuletni okres realizacji programu pilotażowego wprowadzono zmiany w założeniach realizacji bilansów dla dorosłych dostosowując je do zmienionych warunków brzegowych, i tak zmodyfikowano grupę objętą bilansami poszerzając o osoby wieku 20-34 i ograniczając górną granicę wieku do 65 r.ż. Jednocześnie określono minimalny wskaźnik realizacji bilansów na poziomie 20-30% populacji uprawnionej na cały okres realizacji pilotażu. Jednocześnie zrezygnowano ze sztywnych wskaźników dla pięcioletnich grup wiekowych dając możliwość swobodniejszego zapraszania pacjentów.

Ad. 2 Model POZ PLUS został przez ekspertów projektu OOK Etap I zarekomendowany do przetestowania przez jednostki średnie i duże, przygotowane do sprawnego wprowadzenia nowych rozwiązań. Równocześnie w opinii przedstawicieli zespołu ds. Zespołu do spraw wdrożenia projektu *„Przygotowanie, przetestowanie i wdrożenie do systemu opieki zdrowotnej organizacji opieki koordynowanej (OOK)-Etap II Faza pilotażowa- model POZ+”*, powołanego przy Ministrze Zdrowia, pilotaż winien być skierowany do małych jednostek. Mając na uwadze zapisy dokumentów programowych UE oraz wytycznych interesariuszy projektu, nabór został ogłoszony we wszystkich województwach dla jednostek o zróżnicowanej wielkości, liczbie świadczeniobiorców (wiejskie, wiejsko-miejskie, miejskie). Konkurs mający na celu wyłonienie małych placówek dotyczy 18 miejsc udzielania świadczeń w skali całej Polski. Po zakończeniu procedury, ocenianiu ofert i przeprowadzeniu audytów ex-ante możliwe będzie stwierdzenie stopnia dojrzałości do realizacji pilotażu POZ PLUS. Równocześnie przy braku planowanej liczby

zainteresowanych spełniających kryteria wyboru, procedura zostanie powtórzona przy zweryfikowanych wymaganiach.

Warto równocześnie nadmienić, że obciążenie pracą zarówno lekarzy jak i pielęgniarek/koordynatorów oraz wysiłek organizacyjny, włożony w realizację pilotażu, został wyceniony i przewidziany do finansowania ze środków UE, jako odrębne produkty jednostkowe. Do zespołu POZ dołączy koordynator, którego zadaniem będzie m.in. wsparcie pacjentów i profesjonalistów medycznych realizujących działania profilaktyczne i sprawozdawcze. Realizatorom pilotażu przysługuje również grant technologiczny na dostosowanie systemu IT do rozszerzonych obowiązków sprawozdawczych i obsługi pacjenta.

Ad. 3 Głos środowiska medycznego w postaci opinii i prac eksperckich przedstawicieli Federacji Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie” od początku projektowania nowych rozwiązań dla podstawowej opieki zdrowotnej miał duże znaczenie. Realizowana była bieżąca współpraca w ramach projektu OOK Etap I. W procedurze konsultacji projektu zarządzenia Prezesa NFZ dotyczącego programu pilotażowego POZ PLUS zostały uwzględnione uwagi uzasadnione uwagi, w tym zmiana wymogu posiadania umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia w zakresie „Świadczenia lekarza POZ” co najmniej do dnia 31 grudnia 2019 r. na deklaratywny w momencie złożenia oferty. Nieuwzględnione uwagi dotyczące bilansów zostały szerzej opisane w pkt 1 niniejszego pisma.

Ponownie pragnę podkreślić, że program pilotażowy POZ PLUS ma na celu wypracowanie w drodze bieżącej analizy i ewaluacji projektu optymalnych rozwiązań organizacyjnych i finansowych dla podstawowej opieki zdrowotnej oraz poprawę standardów i jakości obsługi pacjenta. Raport końcowy z zaleceniami dotyczącymi zasadniczych elementów programu pilotażowego będzie podstawą do przeprowadzenia reformy w skali ogólnokrajowej i implementacji w skali ogólnokrajowej.

2 *porozumienie*
p.o. Prezesa
Narodowego Funduszu Zdrowia
Zastępcy Prezesa ds. Medycznych
Andrzej Jacyna

Bibliografia:

1. Baranowski Jerzy, Windak Adam "Optymalizacja polskiego systemu finansowania podstawowej opieki zdrowotnej", Raport Earnst&Young, Program Sprawne Państwo, 2012 [http://www.ey.com/Publication/vwLUAssets/Sprawne_Panstwo_Optymalizacja_POZ/\\$FILE/Sprawne-Panstwo-Optymalizacja-POZ-05092012.pdf](http://www.ey.com/Publication/vwLUAssets/Sprawne_Panstwo_Optymalizacja_POZ/$FILE/Sprawne-Panstwo-Optymalizacja-POZ-05092012.pdf)
2. Biostat, Raport końcowy „Badanie opinii pacjentów na temat organizacji opieki koordynowanej (OOK), W związku z planowanym wprowadzeniem programu pilotażowego POZ+, w ramach projektu „Przygotowanie, przetestowanie i wdrożenie do systemu opieki zdrowotnej organizacji opieki koordynowanej (OOK) - Etap 1 Opracowanie modeli zintegrowanej/koordynowanej opieki zdrowotnej dla Polski”, 2017 <http://akademia.nfz.gov.pl/6642-2/?lang=en>
3. Guzek M., Prusaczyk A. , Szafraniec-Buryło S., Żuk P., Gronwald J., Kułaga K., Witkorzak K., Kurpas D., Analysis of periodic health examinations in the adult Polish community: a preliminary results, Medical Science Pulse,2017 (11) 4, s. 26-35
4. Kurpas D., „Paradygmat opieki nad chorymi przewlekle w ramach opieki podstawowej” (praca habilitacyjna), Uniwersytet Medyczny im. Piatów Śląskich we Wrocławiu, Wrocław 2013.
5. Prezentacja „Bilanse dorosłych w praktyce”, CMD Siedlce, 2017 <http://akademia.nfz.gov.pl/wp-content/uploads/2017/09/Bilanse-w-praktyce-M.Guzek-P.Dybciak.pdf>
6. Puska P. From Framingham to North Karelia: from descriptive epidemiology to public health action. Prog Cardiovasc Dis. 2010 Jul-Aug;53(1): 15-20.
7. Raport z kontroli NIK, "Profilaktyka Zdrowotna w Systemie Ochrony Zdrowia", znak: KZD.430.007.2016, Nr ewid. 211 /2016/PT 6'054/KZD, Warszawa 2017.
8. Schrijvers G., "Integrated Care. Better and Cheaper", 2016, ISBN: 9789035249370.(Polska wersja językowa książki „Opieka koordynowana - lepiej i taniej. Wybór ponad 100 dobrych praktyk koordynowanej opieki zdrowotnej”, do pobrania na stronie: <http://akademia.nfz.gov.pl/6977-2/?lang=en>
9. „Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania”, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - Państwowy Zakład Higieny, Warszawa 2016.
10. Tomasz T: Prewencja chorób układu krążenia w podstawowej opiece zdrowotnej, Zdrowie Publiczne i Zarządzanie 2014; 12 (4): 338-351
11. Dubey V, Glazier R: Preventive Care Checklist Form. Evidence-based tool to improve preventive health care during complete health assessment of adults, Can Fam Physician, 2006; 52:48-55
12. World Bank Group „Opieka koordynowana: Projekt modeli do programu pilotażowego Strategia wdrożenia”, 2017. (http://akademia.nfz.gov.pl/wp-content/uploads/2017/10/strategia_final.pdf)
13. „Wytyczne ESC dotyczące prewencji chorób układu sercowo-naczyniowego w praktyce klinicznej w 2016 roku”. Szósta Wspólna Grupa Robocza Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego i innych towarzystw naukowych ds. prewencji sercowo-naczyniowej w praktyce klinicznej (złożona z przedstawicieli 10 towarzystw i zaproszonych ekspertów), Kardiologia Polska 2016; 74,9: 821-936;
14. „Wytyczne Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego- Oddział Wrocławski, Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej i Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce dotyczące diagnostyki i terapii zaburzeń depresyjnych w podstawowej opiece zdrowotnej”, Family Medicine & Primary Care Review 2017; 19(3): 1-12.