

OPIEKA KOORDYNOWANA

W PODSTAWOWEJ OPIECE ZDROWOTNEJ

**AKTUALNE
WYDANIE!**

Stan na
wrzesień 2023.

**PRZEWODNIKI
PO CYFROWEJ
OCHRONIE
ZDROWIA**

BLOG.OSOZ.PL

START

5 kroków do wdrożenia
Opieki Koordynowanej w POZ.

PODSTAWY

Umowa z NFZ, budżet
powierzony, IPOM, usługi,
zadania koordynatora.

OPINIA EKSPERTA

Wywiad z dr n. med.
Agnieszka Mastalerz-Migas.

RADY LEKARZA

Procedura wdrożenia
według Tomasza Zielińskiego.

ŚCIEŻKA PACJENTA

INFOGRAFIKA: etapy
opieki koordynowanej.

OBŚŁUGA IT

14 zadań, których realizację
wspiera oprogramowanie.

CYFRYZACJA

Wywiad z Grzegorzem Mródziem,
Prezesem KAMSOFT S.A.

POMYSŁY MENEDŻERA

Wywiad z dr Pawłem Żukiem.

NOWE NARZĘDZIA

Komunikacja i logistyka
w aplikacji mobilnej VisiMed.

NOWOŚCI CYFRYZACJI
OCHRONY ZDROWIA

BLOG 
OSOZ

PARTNEREM SERII JEST
KAMSOFT S.A.

Zarządzaj

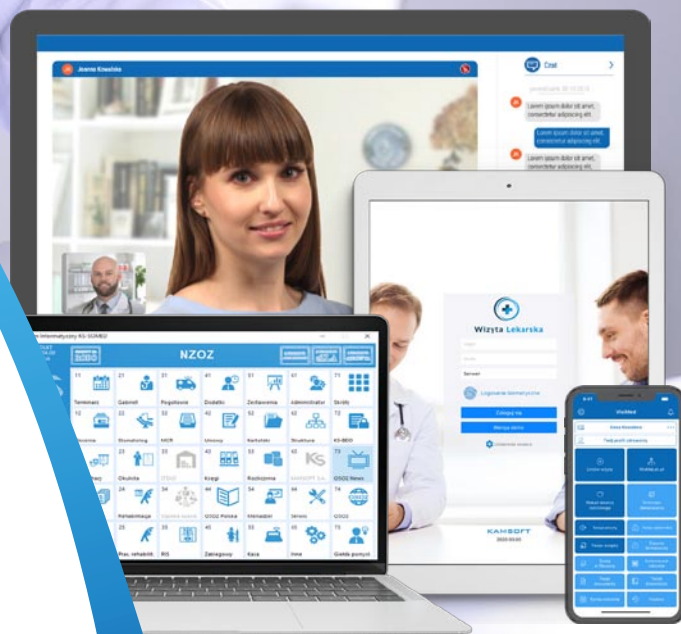
kompleksowo swoją
placówką medyczną

Nowość!

Wsparcie
w realizacji opieki
koordynowanej

**Wybierz oprogramowanie
dla medycyny od KAMSOFT
i zyskaj:**

- wsparcie w komunikacji i obsłudze pacjenta,
- profesjonalną pomoc działu obsługi Klienta,
- bezpieczeństwo danych, aplikacje mobilne dla lekarzy, pielęgniarek i położnych,
- system IT dostosowany do Twojej placówki oraz zmieniających się przepisów prawa
- kompleksowe narzędzie pracy dla personelu medycznego, administracji i kadry zarządzającej.



Jak zorganizować opiekę koordynowaną?

Aktualny przewodnik dla placówek POZ planujących wdrożenie lub już wdrażających Opiekę Koordynowaną. Dowiedz się, jak stawiać pierwsze kroki w OK oraz zaplanować obsługę pacjenta dzięki systemom IT.

Pacjenci potrzebują wsparcia

Opieka koordynowana to jedna z największych zmian w podstawowej opiece zdrowotnej w ostatnich latach. Pacjenci z chorobami przewlekłymi mogą liczyć na pomoc w poruszaniu się po systemie zdrowia: koordynator zaplanuje wizyty u specjalistów, zleci konieczne badania, a lekarz raz w roku dokona dokładnego przeglądu zdrowia i przygotuje Indywidualny Plan Opieki Medycznej (IPOM).

Opieka koordynowana wprowadza jeszcze jedną ważną zmianę: zwrot w kierunku zapowiadanego płacenia za jakość i efekty leczenia. Do nowego modelu przekonuje się coraz więcej POZ-tów – w sierpniu 2023 r. już ok. 24% z nich wprowadzało opiekę koordynowaną.

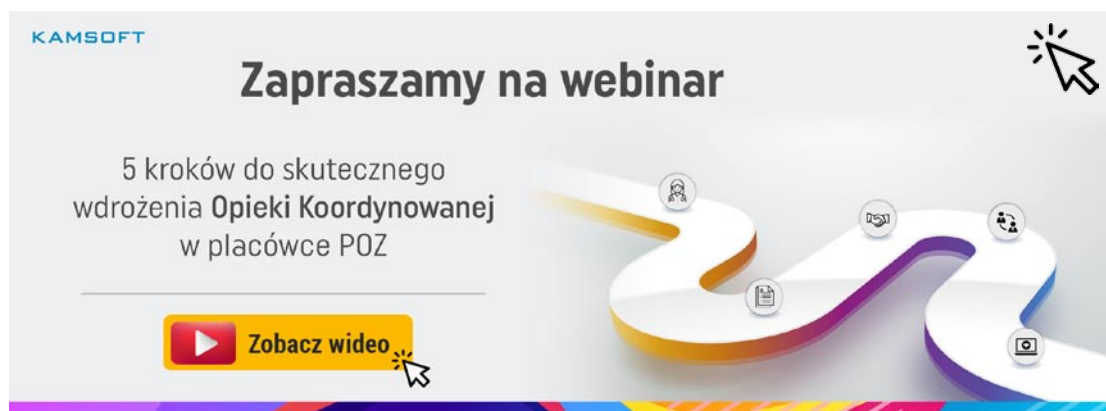
Systemy IT w centrum koordynacji

– Ścieżka leczenia jest profesjonalnie moderowana przez jedną osobę, a lekarz staje się dla pacjenta podstawowym opiekunem. W naszej placówce medycznej spadła o połowę liczba skierowań do poradni specjalistycznych dla pacjentów mających wskazania kliniczne. Jednocześnie obserwujemy wzrost satysfakcji pacjentów – mówi w wywiadzie dla OSOZ Andrzej Zapaśnik, Prezes Zarządu Przychodni BaltiMed.

Jednak aby OK zadziałała tak jak powinna, trzeba poradzić sobie z kilkoma wyzwaniami, w tym z planowaniem budżetu, poszerzoną sprawozdawczością, monitorowaniem opieki i postępów, nową logistyką opieki nad pacjentem. Podpowiemy, jak to zrobić m.in. sięgając do zintegrowanych systemów IT.

Z raportu dowiedzie się Państwo:

- Jak wygląda proces od podjęcia decyzji do wdrożenia OK;
- Jakie zmiany wprowadzono do OK w ostatnim czasie;
- Jak zorganizować OK w systemie informatycznym;
- Co radzą menedżerowie placówek, gdzie OK już została wdrożona;
- Które rozwiązania e-zdrowia mogą pomóc pacjentowi na ścieżce opieki.



KAMSOFIT

Zapraszamy na webinar

5 kroków do skutecznego wdrożenia Opieki Koordynowanej w placówce POZ

 **Zobacz wideo**

kliknij, aby przejść do szkolenia

Śledź aktualne
informacje o opiece
koordynowanej na
blogu OSOZ



Twoje źródło wiedzy o e-zdrowiu

Praktyczne porady
Newsy i wywiady
Webinary i raporty



ZESKANUJ KOD,
aby przejść do bloga



Spis treści

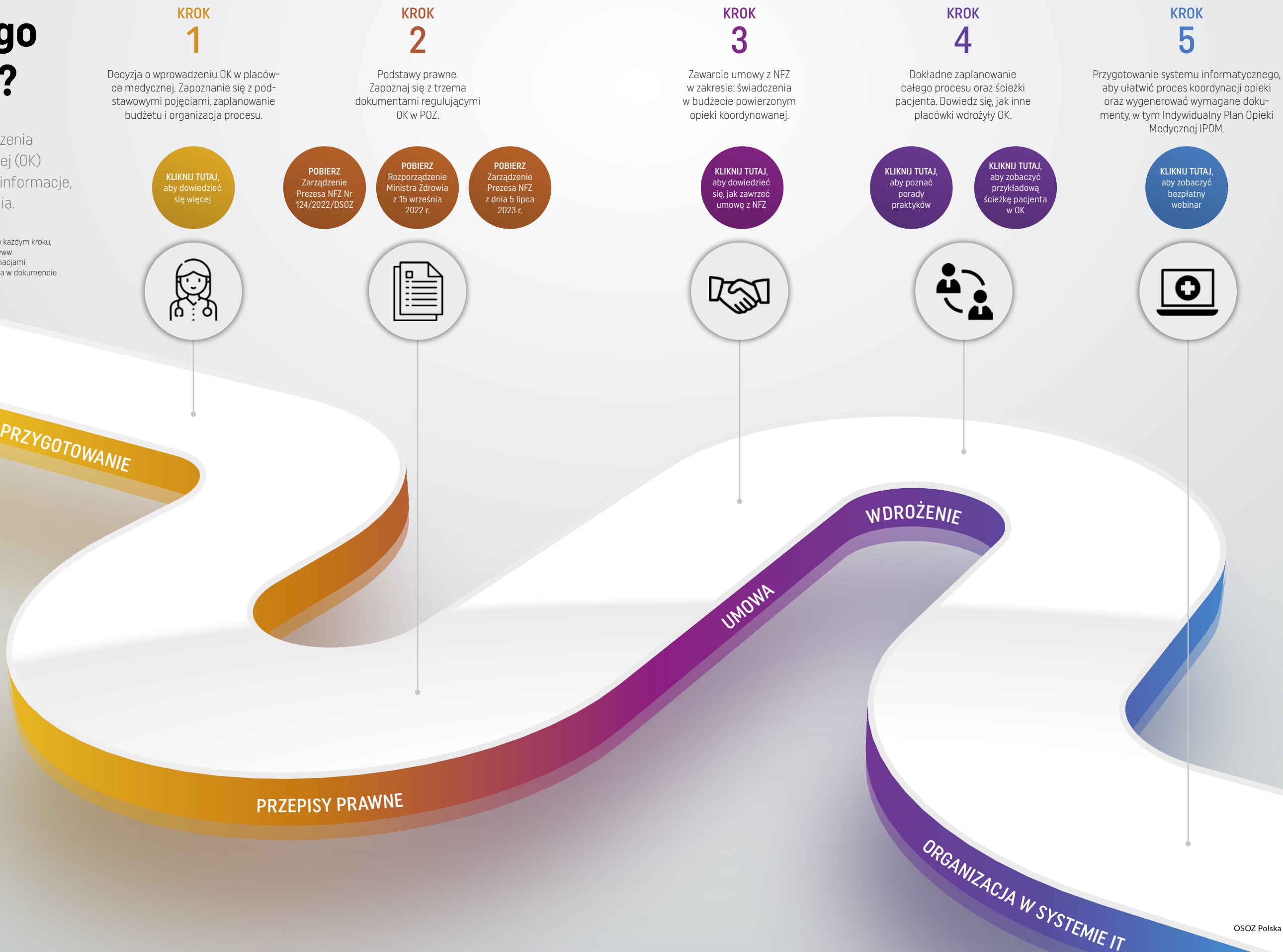
- 3 Wstęp. Jak zorganizować opiekę koordynowaną?
- 6 Od czego zacząć?
- 8 Wprowadzenie do opieki koordynowanej
Nowelizacja zapisów o opiece koordynowanej **NOWOŚCI W OK**
Świadczenia, które można realizować w zakresie budżetu powierzonego opiece koordynowanej
Jak złożyć wniosek do NFZ i jakie kryteria decydują o jego przyjęciu?
- 18 Ryczałt to szklany sufit dla jakości i efektywności opieki nad pacjentem – dr Agnieszka Mastalerz-Migas
- 21 Pierwsze kroki z OK w POZ – Tomasz Zieliński
- 24 Ścieżka obsługi pacjenta (infografika)
- 26 14 punktów opieki wspomaganych przez oprogramowanie
- 30 Integracja opieki to DNA naszych rozwiązań IT – Grzegorz Mródź
- 33 Poznaj populację pacjentów, zaplanuj budżet i szkolenia, przygotuj procedury pracy – dr Paweł Żuk
- 37 Mobilny asystent pacjenta, czyli koordynacja ścieżki pacjenta w placówce zdrowia



Od czego zacząć?

Procedura wprowadzenia Opieki Koordynowanej (OK) w POZ. Podstawowe informacje, dokumenty i szkolenia.

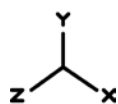
 Kliknij kolorowe pole w każdym kroku, aby przejść do stron www z dodatkowymi informacjami lub wybranego miejsca w dokumencie





Wprowadzenie do opieki koordynowanej

Wyjaśniamy, jak złożyć wniosek do NFZ na realizację opieki koordynowanej, rozliczyć budżet powierzony na OK, czym zajmuje się koordynator, co to jest IPOM oraz wizyta kompleksowa.



Na czym polega Opieka Koordynowana?

Opieka koordynowana w POZ ma na celu zapewnienie pacjentowi choremu przewlekłe kompletnej diagnostyki i terapii. Cały proces jest nadzorowany i organizowany przez lekarza/pielęgniarkę we współpracy z koordynatorem.

Założeniem OK jest poprawa dostępności, jakości oraz efektywności opieki oraz satysfakcji pacjenta.

Głównym elementem jest Indywidualny Plan Opieki Medycznej (IPOM) będący rozpisany w szczegółach planem wizyt u specjalistów oraz badań. Ponieważ IPOM obejmuje także wizyty u lekarzy specjalistów i dietetyka, jego realizacja wymaga zatrudnienia nowych pracowników albo skorzystania z podwykonawców. OK obejmuje również realizację profilaktyki w stosunku do osób kwalifikujących się do programów profilaktycznych.



Koordynator

Od 1 października 2022 w systemie zdrowia pojawiły się dwie nowe role koordynatorów:

- Koordynator profilaktyki;
- Koordynator realizujący pełny zakres zadań w opiece koordynowanej.

Koordynator nie musi być lekarzem. Może to być pielęgniarka albo osoba z rejestracji, która realizować będzie zadania wchodzące w zakres OK, odpowiadając za logistykę opieki nad pacjentem. Przykładowo, kontaktuje się z pacjentem, aby ustalić terminy badań i wizyt u specjalistów oraz przypomnieć o nich. Taka osoba odpowiedzialna jest też za wyszukiwanie osób w POZ, które należy objąć opieką koordynowaną i zapraszanie ich na poradę.

Ważne jest, aby placówka dobrze zaplanowała czas koordynatora. Zaleca się (ale nie jest to wymagane), aby czas pracy koordynatora kalkulować według zasady:

- koordynator profilaktyki – 1/2 etatu na każde 5000 pacjentów;
- koordynator realizujący pełny zakres usług – 1 pełny etat na każde 5000 pacjentów.

Lista zadań koordynatora:

- monitorowanie obiegu dokumentacji medycznej pacjenta, nadzór nad jej kompletnością;
- nawiązywanie i utrzymywanie kontaktu z pacjentem i jego rodziną podczas procesu leczenia;
- ustalanie terminów realizacji poszczególnych etapów opieki zdrowotnej;

- zapewnienie komunikacji pomiędzy personelem administracyjnym, a personelem medycznym zarówno podmiotu leczniczego, w którym jest zatrudniony oraz innymi świadczeniodawcami zaangażowanymi w proces udzielania świadczeń;
- udzielanie informacji związanych z procesem koordynacji i funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej;
- analizowanie i udział w doborze populacji świadczeniobiorców objętych opieką do odpowiednich interwencji zdrowotnych;
- monitorowanie realizacji Indywidualnych Planów Opieki Medycznej;
- promowanie profilaktyki.

Praca Koordynatora jest finansowana w ramach stawki kapitałowej (szczegóły w tabeli: Wycena świadczeń w budżecie powierzonym opiece koordynowanej) i 7,20 zł/rok/pacjenta w przypadku pracy koordynatora profilaktyki.

Aby zapewnić pokrycie kosztów pracy koordynatora, placówka POZ powinna:

- objąć OK możliwie szeroką grupę pacjentów;
- dobrze zaplanować wydatki w ramach budżetu powierzonego;
- zorganizować ścieżkę obsługi pacjenta w ramach OK;
- wdrożyć narzędzia informatyczne, które poprawią efektywność pracy;
- zaoferować pacjentowi rozwiązania e-zdrowia, np. aplikację mobilną, aby ułatwić z nim kontakt i planowanie/realizację wizyt.



Budżet powierzony

To kwota wynikająca z umowy z NFZ na realizację opieki koordynowanej. W jego skład wchodzi:

- badania diagnostyczne;
- wizyta kompleksowa, podczas której wyznaczany jest Indywidualny Plan Opieki Medycznej (IPOM), realizowana raz na 12 miesięcy;
- porady edukacyjne udzielane przez lekarzy i pielęgniarki po wstępnej diagnozie i ustaleniu planu leczenia (maksymalnie 6 porad w roku). Pielęgniarki udzielające porad edukacyjnych powinny zostać przeszkolone w tym zakresie;
- porady dietetyczne (maksymalnie 3 porady w roku). Te porady mogą być udzielane on-line;
- konsultacje specjalistyczne w takich schorzeniach jak: kardiolog, diabetolog, pulmonolog/alergolog, endokrynolog (**pełna lista** →). W praktyce dotyczą ok. 10–20% chorych.

Konsultacje specjalistyczne obejmują konsultacje pacjenta z lekarzem specjalistą (realizowane są w formule stacjonarnej) oraz konsultacje lekarza POZ z lekarzem specjalistą (mogą być realizowane w formie zdalnej, ale ich wartość nie może przekroczyć 3% budżetu).

Lekarz posiadający dwie specjalizacje, który pracuje jako lekarz POZ i jest specjalistą dziedzinowym z OK, może realizować zarówno wizyty kompleksowe, jak i wizyty specjalistyczne.



Porada wstępna

Jest to pierwsza porada realizowana w celu potwierdzenia bądź wykluczenia wstępnego rozpoznania choroby przewlekłej, określonej w załączniku nr 6 do rozporządzenia MZ w zakresie umowy zawartej przez świadczeniodawcę.

Porada jest rozliczana z budżetu powierzonego – i to nawet, jeśli wstępne podejrzenie choroby przewlekłej się nie potwierdzi. Jest realizowana podobnie jak standardowa wizyta.

Lista chorób, które są objęte opieką koordynowaną:

Kardiologia

- nadciśnienie tętnicze
- niewydolność serca
- choroba niedokrwienna serca
- migotanie przedsionków

Diabetologia

- cukrzyca

Endokrynologia

- niedoczynność tarczycy
- guzki pojedyncze/mnogie

Pulmonologia/alergologia

- POCHP
- astma



Wizyta kompleksowa

Najważniejszy element opieki koordynowanej. Jest to coroczna ocena stanu zdrowia pacjenta chorego przewlekłe, w ramach której wykonuje się badania kontrolne i dokładne badanie przedmiotowe. Realizowana jest wyłącznie pacjentom z rozpoznaniem zgodnym z wykazem chorób wg klasyfikacji ICD -10 stanowiących przyczynę diagnostyki i leczenia świadczeniobiorcy, kwalifikujących do rozliczania świadczeń w zakresie budżetu powierzonego opieki koordynowanej.

Wizyta kompleksowa realizowana jest dla pacjenta przez lekarza, pielęgniarkę i koordynatora raz w roku, trwa do 30 minut, a placówka mająca umowę z NFZ na OK otrzymuje za nią ryczałtową stawkę 200,60 zł.

Obejmuje:

- wywiad;
- badanie przedmiotowe;
- analizę wyników badań i stosowanego leczenia;
- zalecenie niezbędnych konsultacji specjalistycznych oraz badań diagnostycznych;
- opracowanie Indywidualnego Planu Opieki Medycznej (IPOM).



Indywidualny Plan Opieki Medycznej (IPOM)

Jest to dokument generowany w formie elektronicznej oraz przekazywany pacjentowi. Wersja elektroniczna jest częścią e-dokumentacji pacjenta i jest wysyłana na platformę P1. IPOM można wygenerować bezpośrednio w systemie gabinetowym (jeśli producent przygotował aktualizację). Nadal mogą się pojawiać zmiany w IPOM, stąd zaleca się aktualizację systemów IT.

IPOM należy przekazać pacjentowi w formie wydruku. W planach jest udostępnienie IPOM na Indywidualnym Koncie Pacjenta. Trafia on także do koordynatora, który planuje w szczegółach wyznaczony przez lekarza plan.

IPOM zawiera informacje obejmujące:

- oznaczenie podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych,
- pacjenta,

- osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych
- w IPOM znajdują się informacje dotyczące stanu zdrowia oraz procesu diagnostyki, leczenia i opieki, w szczególności o rozpoznaniu choroby lub problemu zdrowotnego,
- udzielonych lub planowanych świadczeniach zdrowotnych, w tym o kontrolnych badaniach diagnostycznych oraz o wizytach kontrolnych,
- ordynowanych lekach, środkach spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobach medycznych, w tym o okresie ich stosowania i sposobie dawkowania, poradach edukacyjnych lub konsultacjach dietetycznych, konsultacjach specjalistycznych, zaleceniach,
- informacje dodatkowe istotne dla procesu diagnostyki, leczenia lub opieki nad pacjentem.

[illegible]

Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 19 lipca 2023 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania, Indywidualny Plan Opieki Medycznej stanowi elektroniczną dokumentację medyczną w rozumieniu przepisów ustawy o SIOZ. Jednak do dnia 31 grudnia 2023 r. możliwe jest jego prowadzenie w postaci papierowej. Przepis ten wszedł w życie 2 sierpnia 2023 r. ([kliknij tutaj, aby przejść do rozporządzenia](#) →).

Przykład Indywidualnego Planu
Opieki Medycznej (IPOM)
(źródło: Centrum e-Zdrowia)



Wymagania dla specjalistów i dietetyka w ramach OK

Opieka koordynowana wymaga współpracy pomiędzy koordynatorem, lekarzem POZ i pielęgniarką, lekarzami specjalistami oraz dietetykiem.

Konsultant dziedziny w OK to lekarz specjalista ze specjalizacją I lub II stopnia lub lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie objętej koordynacją lub lekarz ze specjalizacją II stopnia z chorób wewnętrznych z pięcioletnią praktyką na oddziale szpitalnym o profilu zgodnym z zakresem świadczenia opieki koordynowanej.

Wizyty z lekarzami specjalistami realizowane są tylko w formule stacjonarnej.

Dietetyk musi spełniać jedno z poniższych kryteriów:

- ukończenie szkoły policealnej publicznej lub niepublicznej o uprawnieniach szkoły publicznej i uzyskanie tytułu zawodowego dietetyka lub dyplomu potwierdzającego kwalifikacje zawodowe w zawodzie dietetyka;

- ukończenie technikum lub szkoły policealnej i uzyskanie tytułu zawodowego technika technologii żywienia w specjalności dietetyka;
- tytuł zawodowy magistra lub licencjata na kierunku dietetyka;
- rozpoczęcie przed dniem 7 października 2007 r. studiów wyższych o specjalności dietetyka obejmujących co najmniej 1784 godziny kształcenia w zakresie dietetyki i uzyskanie tytułu magistra;
- rozpoczęcie przed dniem 1 października 2007 r. studiów wyższych na kierunku technologia żywności i żywienie człowieka o specjalności żywienie człowieka i uzyskanie tytułu magistra lub magistra inżyniera na tym kierunku.

Porada dietetyka może być realizowana stacjonarnie lub zdalnie (online). Placówki POZ mogą też współpracować z lekarzami specjalistami lub dietetykami przyjmującymi prywatnie.



Umowa z NFZ na OK

Aby rozpocząć realizację OK, placówka POZ musi najpierw złożyć wniosek do Oddziału NFZ o rozszerzenie umowy o nowy zakres świadczeń: świadczenia w budżecie powierzonym opieki koordynowanej. Wniosek mogą złożyć świadczeniodawcy posiadający umowę w rodzaju POZ w zakresie: świadczenia lekarza POZ.

Formularz wniosku sporządza się online z pomocą aplikacji obsługującej postępowanie. Jest ono publikowane standardowo w publikatorze informacji o postępowaniach w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej dostępnym na stronach internetowych OW NFZ (**kliknij tutaj, aby przejść do Publikatora** →).

Wniosek w formie pisemnej zawiera:

- wydruk formularza wniosku, zgodny z jego postacią elektroniczną;
- dokumenty i oświadczenia, o których mowa w § 47 zarządzenia Nr 79/2022/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 29 czerwca 2022 r. w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna z późn. zmianami.

Złożone poprawnie wnioski rozpatrywane są w OW NFZ w terminie 20 dni od dnia ich złożenia. Umowa obowiązuje od pierwszego dnia okresu sprawozdawczego następującego po dniu jej zawarcia.

We wniosku świadczeniodawcy należy wskazać m.in.:

- średniotygodniowy czas pracy personelu medycznego,
- potencjał do realizacji świadczeń,
- dostęp do konsultacji lekarskich i dietetycznych i badań diagnostycznych.

Świadczeniodawcy, którzy zgłosili wniosek o nowy zakres „świadczenia w budżecie powierzonym opieki koordynowanej”, a nie mają umowy na zakres „koordynacja opieki – zadania koordynatora” powinni złożyć również wniosek na zakres: „koordynacja opieki – zadania koordynatora”.

Dokładna procedura przygotowania wniosku została przedstawiona w prezentacji NFZ (**kliknij tutaj, aby pobrać prezentację** →).



Rozliczenie umowy z NFZ

Usługi w ramach opieki koordynowanej pierwotnie mogły być wykonywane wyłącznie osobom powyżej 18 roku życia. W lipcu 2023 roku weszły nowe przepisy, które rozszerzyły OK także na osoby poniżej 18 r. ż. Rozkład konsultacji i badań w ramach OK dobierany jest do indywidualnych potrzeb pacjenta i jest ustalany przez lekarza. Nie obowiązują tutaj żadne wytyczne. Budżet na zakres świadczenia w budżecie powierzonym opieki koordynowanej nie jest podzielony na grupy dziedzinowe. Nie ma limitów na liczbę wykonywanych badań diagnostycznych, a jedynym ograniczeniem jest wysokość budżetu powierzonego opieki koordynowanej określona w umowie.

Warunkiem rozliczenia porady kompleksowej jest jej wykonanie zgodnie ze wszystkimi elementami zawartymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 15 września 2022 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie świad-

czeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1965) oraz przekazanie informacji w raporcie statystycznym. Raport ten musi zostać przekazany przez świadczeniodawcę nie później niż 10. dnia miesiąca następującego po miesiącu, którego dotyczy rozliczenie.

Przy rozliczeniu porady kompleksowej należy wykazać jednostkę chorobową/jednostki chorobowe wg. klasyfikacji ICD-10, stanowiącą przyczynę diagnostyki i leczenia pacjenta, kwalifikującą do rozliczania świadczeń w zakresie budżetu powierzonego opieki koordynowanej.

Zakres świadczenia w budżecie opieki koordynowanej ma określoną wartość kwotową wykazaną w poszczególnych miesiącach umowy. Po jej przekroczeniu świadczeniodawca może wnioskować o zwiększenie budżetu na podstawie § 43 Ogólnych Warunków Umów. ●

Opracowano na podstawie informacji Narodowego Funduszu Zdrowia (źródło: bit.ly/3jR0tax)

Nowelizacja zapisów o opiece koordynowanej

W lipcu i sierpniu 2023 roku pojawiło się szereg zmian do pierwotnych zapisów dotyczących świadczenia usług w ramach opieki koordynowanej.

Najważniejsze modyfikacje to:

- specjalny dodatek za tzw. wielochorobowość,
- objęcie opieką koordynowaną osób poniżej 18 roku życia,
- wyższa wycena części badań,
- włączenie IPOM do EDM.

Zmiany dotyczące wycen zostały zawarte w Zarządzeniu Nr 104/2023/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 5 lipca 2023 r. zmieniające zarządzenie w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna ([kliknij tutaj, aby przejść do rozporządzenia](#) →).



Dodatek za wielochorobowość

Dodatek za wielochorobowość przysługuje za każdą grupę chorobową w ramach OK z zakresu diabetologii, kardiologii, endokrynologii i pulmonologii.

W przypadku objęcia opieką świadczeniobiorców chorych przewlekle, z grupy chorób przewlekłych z danej grupy dziedziny, po każdym okresie sprawozdawczym wypłaca się dodatek kwotowy. Lekarz POZ otrzymuje dodatkowo:

- 18,10 zł za pacjenta z **chorobą przewlekłą**,
- 30,17 zł za pacjenta z chorobami przewlekłymi **z dwóch grup**,
- 39,22 zł za pacjenta z chorobami przewlekłymi **z trzech grup**,
- 45,26 zł za pacjenta z chorobami przewlekłymi **z czterech grup**.



IPOM jako obowiązkowa część dokumentacji medycznej (EDM)

Także w lipcu, Ministerstwo Zdrowia włączyło IPOM do katalogu obowiązkowej dokumentacji medycznej (EDM).

Zmianę reguluje Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 lipca 2023 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania ([kliknij tutaj, aby przejść do rozporządzenia](#) →).

Rozporządzenie określa, że Indywidualny Plan Opieki Medycznej jest prowadzony w systemie teleinformatycznym – Elektroniczna Platforma Gromadzenia, Analizy i Udostępniania Zasobów Cyfrowych o Zdaniach Medycznych, o którym mowa w art. 7 ust. 1

ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia.

Tym samym IPOM jest częścią EDM w rozumieniu przepisów ustawy o SIOZ. **Do 31 grudnia 2023 roku** można go prowadzić w wersji papierowej. Po tym okresie wersja elektroniczna będzie obowiązkowa.

Dokument precyzuje także, kto może dokonywać wpisów w Indywidualnym Planie Opieki Medycznej. Jest to lekarz podstawowej opieki zdrowotnej lub pielęgniarka podstawowej opieki zdrowotnej oraz wyznaczona osoba, o której mowa w art. 14 ust. 2 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej.



Nowe stawki kapitacyjne

Rozporządzenie Prezesa NFZ z 5 lipca 2023 roku wprowadziło też nowe stawki za usługi w ramach OK. Wyższe wyceny dotyczą m.in. spirometrii, konsultacji pacjenta z lekarzem specjalistą, konsultacji dietetycznej, czy porad kompleksowej i edukacyjnej.

Stawki kapitacyjne za każdego pacjenta zapisanego wynoszą obecnie:

- lekarz POZ: 204,36 zł,
- pielęgniarka POZ: 50,04 zł,
- położna POZ: 33,12 zł.

Wycena świadczeń w budżecie powierzonym opieki koordynowanej (dane w PLN)

Badanie, konsultacja, porada	Aktualna stawka jednostkowa (zł)
BNP (NT-pro-BNP)	98,82
albuminuria (stężenie albumin w moczu)	8,36
UACR (wskaźnik albumina/kreatynina w moczu)	33,00
antyTPO (przeciwciała przeciw peroksydazie tarczycowej)	43,10
antyTSHR (przeciwciała przeciw receptorom TSH)	72,10
antyTG (przeciwciała przeciw tyreoglobulinie)	37,70
EKG wysiłkowe (próba wysiłkowa EKG)	176,10
Holter EKG 24 godz. (24 godzinna rejestracja EKG)	145,96
Holter EKG 48 godz. (48 godzinna rejestracja EKG)	163,80
Holter EKG 72 godz. (72-godzinna rejestracja EKG)	191,30
Holter RR (24-godzinna rejestracja ciśnienia tętniczego)	145,96
USG Doppler tętnic szyjnych	113,16
USG Doppler żył obu kończyn dolnych	170,40
USG Doppler tętnic obu kończyn dolnych	170,40
ECHO serca przezklatkowe	171,90
Spirometria	59,90
Spirometria z próbą rozkurczową	106,00
Biopsja aspiracyjna cienkoigłowa tarczycy celowana do 2 procedur (u dorosłych)	424,75
Biopsja aspiracyjna cienkoigłowa tarczycy celowana (u dorosłych) co najmniej 3 procedury	852,77
Konsultacja z lekarzem specjalistą (lekarz POZ – lekarz specjalista)	86,95
Konsultacja z lekarzem specjalistą (pacjent – lekarz specjalista)	140,90
Porada edukacyjna	49,00
Konsultacja dietetyczna	58,90
Porada kompleksowa	200,60



Baza przychodni realizujących opiekę koordynowaną

NFZ przygotował specjalną stronę, na której można sprawdzać listę placówek, które realizują OK. Lista zawiera informacje dotyczące zakresów OK (diabetologia, endokrynologia, kardiologia, pulmonologia). Moż-

na ją sortować np. według kryterium województwa, powiatu i miasta.

Kliknij tutaj, aby sprawdzić, które placówki POZ realizują OK →

PRZYCHODNIE POZ REALIZUJĄCE OPIEKĘ KOORDYNOWANĄ



Opieka koordynowana w placówkach POZ



Informacje według stanu na dzień 01.07.2023 r.

Województwo
Wszystkie

Powiat
Wszystkie

Miasto
Wszystkie

Nazwa świadczeniodawcy
Wszystkie

Nazwa placówki POZ
Wszystkie

Świadczenia, które można realizować w zakresie budżetu powierzonego opieki koordynowanej

Kod świadczenia wg NFZ

Nazwa jednostki sprawozdawczej

Kardiologia	nadciśnienie tętnicze
	niewydolność serca
	przewlekła choroba niedokrwienna serca
	migotanie przedsionków
5.01.00.0000180	EKG wysiłkowe (próba wysiłkowa EKG)
5.01.00.0000181	Holter EKG 24
5.01.00.0000203	Holter EKG 48
5.01.00.0000198	Holter EKG 72
5.01.00.0000182	Holter RR
5.01.00.0000183	USG Doppler tętnic szyjnych
5.01.00.0000184	USG Doppler naczyń kończyn dolnych
5.01.00.0000185	ECHO serca przezklatkowe
5.01.00.0000174	BNP (NT-pro-BNP)
5.01.00.0000175	albumina (stężenie albumin w moczu)
5.01.00.0000176	UACR (wskaźnik albumia/kreatynina w moczu)
5.01.00.0000200	konsultacja z lekarzem specjalistą w dziedzinie kardiologii (lekarz poz – lekarz specjalista)
5.01.00.0000192	konsultacja z lekarzem specjalistą w dziedzinie kardiologii (pacjent – lekarz specjalista)
Diabetologia	cukrzyca
	albumina (stężenie albumin w moczu)
	UACR (wskaźnik albumia/kreatynina w moczu)
	USG Doppler naczyń kończyn dolnych
	konsultacja z lekarzem specjalistą w dziedzinie diabetologii (lekarz poz – lekarz specjalista)
	konsultacja z lekarzem specjalistą w dziedzinie diabetologii (pacjent – lekarz specjalista)
Pulmonologia / alergologia	astma oskrzelowa
	przewlekła choroba obturacyjna płuc
	spirometria
	spirometria z próbą rozkurczową
	konsultacja z lekarzem specjalistą w dziedzinie pulmonologii (lekarz poz – lekarz specjalista)
	konsultacja z lekarzem specjalistą w dziedzinie pulmonologii (pacjent – lekarz specjalista)
	konsultacja z lekarzem specjalistą w dziedzinie alergologii (lekarz poz – lekarz specjalista)
Endokrynologia	niedoczynność tarczycy
	guzki pojedyncze i mnogie tarczycy
	celowana biopsja aspiracyjna cienkoigłowa tarczycy celowana do 2 procedur (u dorosłych)
	celowana biopsja aspiracyjna cienkoigłowa tarczycy celowana do 3 procedur (u dorosłych)
	anty TPO (przeciwciała przeciw peroksydazie tarczycowej)
	anty TSHR (przeciwciała przeciw receptorom TSH)
	anty Tg (przeciwciała przeciw tyreoglobulinie)
	konsultacja z lekarzem specjalistą w dziedzinie endokrynologii (lekarz poz – lekarz specjalista)
Dla wszystkich dziedzin	leczenie i badania diagnostyczne
	porada edukacyjna
	porada dietetyczna
	porada kompleksowa
	porada wstępna

Jak złożyć wniosek do NFZ i jakie kryteria decydują o jego przyjęciu?

Tłumaczy Andrzej Troszyński, p.o. rzecznika prasowego Centrali NFZ.

Na jakie elementy trzeba zwrócić uwagę wypełniając wniosek o zawarcie umowy z NFZ w ramach opieki koordynowanej?

Wymagania dotyczące składania wniosków o zawarcie umowy będą zależne od statusu, jaki posiada podmiot leczniczy. W przypadku:

- świadczeniodawców, mających podpisaną umowę na realizację świadczeń zdrowotnych w POZ, będzie to wniosek o rozszerzenie już zawartej umowy o realizację świadczeń w budżecie powierzonym opieki koordynowanej w POZ;
- podmiotu, który przystępuje po raz pierwszy do zawarcia umowy o udzielanie świadczeń w POZ, będzie to wniosek o zawarcie umowy na podstawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna.

W obu przypadkach realizacja świadczeń zdrowotnych w ramach budżetu powierzonego opieki koordynowanej w POZ jest dobrowolna i jest decyzją świadczeniodawcy.

Świadczeniodawcy **posiadający umowę**, ubiegający się o jej rozszerzenie o zakres świadczeń: świadczenia w budżecie powierzonym opieki koordynowanej, powinni podjąć następujące działania:

1. zaktualizować na portalu świadczeniodawcy/SZOI informacje odnoszące się do potencjału wymaganego do realizacji nowego zakresu świadczeń, a dotyczące:
 - a) wykazu personelu medycznego, który będzie realizował świadczenia w jednostkach organizacyjnych świadczeniodawcy, np. dietetyk, czy lekarz specjalista (np. kardiolog itp.);
 - b) wykazu średniotygodniowego harmonogramu pracy personelu medycznego;
 - c) wykazu lekarzy specjalistów, którzy będą konsultować pacjentów przewlekle chorych, działających w formie odrębnego podmiotu leczniczego poza miejscem udzielania świadczeń wnioskodawcy, np. praktyka lekarska, czy inny podmiot leczniczy (tzw. podwykonawcy);
 - d) sprzętu niezbędnego do realizacji nowych świadczeń.
2. pobrać z portalu Funduszu aplikację do przygotowania wniosków zgodnie z pobranym ze strony OW NFZ lub przeglądarki postępowań (**kliknij tutaj →**) zapytaniem ofertowym;
3. wypełnić wniosek, który powinien zawierać informacje w zakresie:
 - a) danych identyfikujących wnioskującego,
 - b) przedmiotu umowy, którego dotyczy wniosek,
 - c) wykazu podwykonawców realizujących wyłącznie świadczenia w budżecie powierzonym opieki koordynowanej,
 - d) wykazu wszystkich miejsc udzielania świadczeń,
 - e) wykazu personelu,
 - f) wykazu sprzętu zawierającego uszczegółowienie w cechach dodatkowych, np. dla USG – opcja Dopplera,
 - g) wykazu sprzętu mającego zastosowanie w nowym zakresie, np. USG, Holter RR.

Podmioty lecznicze **wnioskujące o zawarcie umowy** na podstawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna powinny podjąć następujące działania:

1. uzyskać dostęp do portalu świadczeniodawcy/portalu SZOI w zależności od oddziału wojewódzkiego na terenie, którego mają być realizowane świadczenia gwarantowane w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna. W celu uzyskania dostępu do portalu należy złożyć odpowiedni wniosek zgodnie z informacjami umieszczonymi na stronach internetowych poszczególnych oddziałów;
2. w portalu świadczeniodawcy/SZOI przekazać aktualne o informacje dotyczące podmiotu i jego działalności, tj.:
 - a) miejsc udzielania świadczeń,
 - b) danych personelu mającego udzielać świadczenia,
 - c) wykazu posiadanego przez wnioskodawcę sprzętu do realizacji umowy.

W przypadku podmiotów leczniczych należy pamiętać, aby dla miejsca udzielania świadczeń wskazać właściwe kody komórek organizacyjnych, zgodnie z posiadanym wpisem do RPWDL (dotyczy kodów resortowy stanowiących część VII oraz VIII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych).

3. pobrać z portalu Funduszu aplikację do przygotowania wniosków zgodnie z zapytaniem ofertowym, pobranym ze strony OW NFZ lub przeglądarki postępowania (**kliknij tutaj →**);
4. utworzyć wniosek – formularz wnioskującego powinien zawierać informacje w zakresie:
 - a) danych identyfikujących wnioskującego,
 - b) przedmiotu umowy, którego dotyczy wniosek,
 - c) wykazu podwykonawców realizujących wyłączenie świadczenia w budżecie powierzonym opieki koordynowanej,
 - d) wykazu wszystkich miejsc udzielania świadczeń,
 - e) wykazu personelu,
 - f) wykazu sprzętu zawierającego uszczegółowienie w cechach dodatkowych, np. dla USG – opcja Dopplera,
 - g) wykazu sprzętu mającego zastosowanie w nowym zakresie, np. USG, Holter RR.

Niezbędne jest też dołączenie do wniosku dokumentów formalno-prawnych w formie oświadczeń oraz dodatkowych dokumentów, tj. potwierdzających posiadane kwalifikacje przez lekarza specjalistę i dietetyka oraz umowy z podwykonawcami, określonych w §79 zarządzenia.

Spełnienie opisanych wymogów warunkuje przyjęcie do rozpatrzenia przez OW NFZ wniosków zgodnie z właściwościami.

Jakie elementy decydują o przyjęciu wniosku?

Decyzja o realizacji świadczeń zdrowotnych w opiece koordynowanej w ramach budżetu powierzonego w POZ jest oparta o warunki danego podmiotu leczniczego. Należą do nich:

1. spełnienie określonych zarządzeniem wymagań formalno-prawnych;
2. pozyskanie do współpracy pracowników medycznych, realizujących zadania opieki koordynowanej:
 - a) lekarzy specjalistów wybranych specjalności z określonych grup dziedzinowych,
 - b) dietetyka,
 - c) koordynatora realizacji świadczeń;
3. pozyskanie dodatkowego sprzętu;
4. uzyskanie możliwości realizacji rozszerzonej diagnostyki;
5. ustalenie nowych zasad organizacyjnych i funkcjonalnych w podmiocie leczniczym dotyczących sposobu realizacji świadczeń opieki koordynowanej:
 - a) zmiana dostosowawcza harmonogramu udzielania świadczeń,
 - b) ewentualne dostosowanie pomieszczeń, w których będą realizowane świadczenia,
 - c) zmiany w regulaminie organizacyjnym placówki odzwierciedlające zaistniałe ustalenia i zmiany,
 - d) wdrożenie szkoleń dla pracowników podmiotu leczniczego. ●





Ryczałt to szklany sufit dla jakości i efektywności opieki nad pacjentem

Opieka koordynowana będzie rozszerzana o nowe obszary, a docelowo obowiązkowa – mówi prof. UMW Agnieszka Mastalerz-Migas, pełnomocnik Ministra Zdrowia ds. wdrożenia opieki koordynowanej, konsultant krajowa w dziedzinie medycyny rodzinnej.

W skrócie:

- Model opieki oparty na stawce kapitałowej wyczerpał się. Lekarze pracują coraz więcej, ale nie przekłada się to na efekty i zadowolenie pacjenta.
- Za dodatkowymi pieniędzmi musi teraz iść dodatkowa jakość. W pierwszym roku na OK przeznaczono ponad 1 mld zł.
- Stawka za poradę kompleksową wynosi 200,60 zł, a roczny ryczałt na pacjenta – 204,36 zł. Przy odpowiedniej skali i płynnej organizacji, OK może stać się istotną pozycją w budżecie.
- W lipcu pojawiły się dodatki za opiekę nad pacjentami z wielochorobowością.
- Aby rozwiązać problem z dostępem do specjalistów, być może trzeba będzie rozważyć dopuszczenie w określonych przypadkach zdalnej opieki.
- Zespół ds. opieki koordynowanej ma w planach m.in. dopracowanie Indywidualnego Planu Opieki Medycznej. Priorytetem jest m.in. informatyczne wsparcie koordynacji i poszerzenie zakresu OK oraz profilaktyka.

Jak ocenia Pani zainteresowanie OK w POZ?

Jest większe niż się spodziewano. Z danych Narodowego Funduszu Zdrowia wynika, że już ponad 600 podmiotów złożyło wnioski o aneksy do umowy z NFZ, podpisano blisko 350 umów. To ok. 10% wnioskujących świadczeniodawców (red.: stan na sierpień 2023 to 24%).

Lepsza opieka nad pacjentem chorym przewlekłym to podstawowy argument za opieką koordynowaną. Ale czy taki model opłaca się placówkom medycznym, które muszą dbać o stabilną sytuację finansową?

Przez lata przyzwyczailiśmy się do funkcjonowania w warunkach stawki kapitałowej. Ten model jest tak mocno zakorzeniony, że wielu podmiotom trudno przejść do modelu mieszanego, uwzględniającego finansowanie zadaniowe.

W systemie opartym na ryczałcie, wszyscy dostają takie samo finansowanie, niezależnie od tego, jak realizowana była opieka. Taki model ma swoje plusy, bo dla płatnika jest wygodny, prosty w obsłudze i przewidywalny. Tak samo dla świadczeniodawcy – ryczałt jest płatny niezależnie od nakładu pracy, jakości i zaangażowania. Dla obu stron, sytuacja „win-win”, która przez lata się sprawdzała.

Jednak ta formuła wyczerpuje się. Są podmioty, które mają pomysł na opiekę nad pacjentem, a wówczas ryczałt to za mało. W przypadku opieki koordynowanej, płatnik kładzie na stół konkretne pieniądze – w pierwszym roku ponad 1 mld zł – ale wymagając więcej. Aby po nie sięgnąć, konieczna jest zmiana myślenia i funkcjonowania. Wkrótce pójdziemy o krok dalej, bo czekają nas dyskusje o premiach za jakość i efektywność.

To naprawdę nie są małe pieniądze. Przykładowo, stawka za wizytę kompleksową to 200,60 zł. Są to środki, które w całości pozostają w POZ. Z kolei bazowa roczna stawka kapitałowa za pacjenta to ok. 204 zł. Moim zdaniem, to całkiem dużo za jedną poradę. Wyzwaniem pozostaje organizacja całego systemu i efekt skali, aby po pewnym czasie opieka koordynowana stała się zauważalną pozycją w budżecie podmiotu.

Do tego stary mnożnik stawki kapitałowej 3.2 będzie zmieniony na dodatek kwotowy, uwzględniający wielochorobowość pacjenta niezależnie od wieku. To będzie duży plus dla placówek ze starszą i schorowaną populacją pacjentów (red.: zmiana weszła w lipcu 2023 r.).

Jakie argumenty powinny wziąć pod uwagę placówki, które nadal wahają się, czy wejść do OK?

Inne argumenty przekonają lekarza z 40-letnim stażem, którego otwartość na zmiany jest mniejsza. Będzie on oczekiwał prostego procesu organizacji oraz rozliczenia opieki koordynowanej. Z kolei dla młodszych lekarzy rodzinnych istotne będzie poczucie sprawczości i wpływu na to, co się dzieje z pacjentem – opieka holistyczna, skoordynowana i kompleksowa to istota medycyny ro-

»Czekają nas dyskusje o premiach za jakość i efektywność.«

dzinnej. Dla świadczeniodawcy liczy się, czy taki model przyniesie dochód i jaki wysiłek organizacyjny się z nim wiąże. Stąd tak ważne jest pokazanie aspektu finansowego i wytłumaczenie całego procesu.

OK to dla personelu medycznego i podmiotu nowy standard pracy zespołowej i porządkowania organizacji opieki nad pacjentem. Często mówię, że pracujemy tak szybko, że nie nadążamy ładować taczek, czyli pracujemy nieefektywnie. I mimo, że zapewniamy dostępność do opieki, nie przekłada się to ani na satysfakcję pacjenta, ani personelu medycznego. Wszyscy są zmęczeni i sfrustrowani.

Trzeba powiedzieć stop i zacząć robić rzeczy po nowemu – opiekować się pacjentem chorym przewlekłe nie czekając, aż jego stan zdrowia będzie tak zły, że sam do nas przyjdzie z zaostrzeniem choroby przewlekłej, ale też ustalić mu plan opieki, żeby miał poczucie, że ktoś czuwa nad jego chorobą i nie jest zostawiony sam sobie.

Jestem realistką i zdaję sobie sprawę, że opieka koordynowana to nie wszystko – musimy zapewnić dostępność pacjentom zgłaszającym się w ostrych stanach i z wielu innych przyczyn. A to wymaga żonglerki organizacyjnej, aby pogodzić przypadki pilne z profilaktyką, szczepieniami, opieką kompleksową, przedłużaniem recept i szeregiem działań, które codziennie realizuje POZ.

I na koniec: można założyć, że jest tak źle, że lepiej nie zmieniać, robić swoje, starając się przetrwać. Ale moim zdaniem to ślepa uliczka, prowadząca z czasem do głębokiej frustracji i trzeba działać na rzecz zmian, w ramach możliwości, które mamy. A OK jest właśnie taką nową szansą, choć wymagającą czasu i cierpliwości.

»Wprowadzenie dodatku kwotowego będzie dużym plusem dla placówek ze starszą i schorowaną populacją pacjentów.«

»Cyfryzacja jest kluczowa.
Nie ma koordynacji opieki bez
pełnej informacji o pacjencie.«

A tej brakuje, zwłaszcza, że na efekty OK przyjdzie poczekać.

Politycy chcieliby widzieć szybki efekt, świadczeniodawcy są nieufni. A OK to projekt na lata. Na razie jest fakultatywna, ale przyjdzie czas, że stanie się obligatoryjna. Kiedy? To kwestia otwarta. Trzeba zobaczyć, jakie będzie tempo przystępowania podmiotów do programu, jakie będą wnioski z ewaluacji.

Duże placówki mające w swojej strukturze lekarzy specjalistów bez większego problemu wdrożą OK. Jednak problem z tym mają mniejsze placówki, często poza dużymi miastami. Dlatego monitorujemy wdrażanie opieki koordynowanej i będziemy się zastanawiać, jak rozwiązać istniejące bariery. Przykładowo, być może trzeba będzie rozważyć szerszy zakres realizacji wizyt w formule zdalnej. Moim daniem OK powinna być też poszerzona o kolejne obszary, ponad te cztery uruchomione na start.

O tych kwestiach dyskutujemy, nie da się wszystkiego idealnie zaplanować od początku, bo OK to proces. Upłynie co najmniej kilka lat, zanim będziemy mogli powiedzieć, że mamy sprawnie działającą, dostępną dla każdego opiekę koordynowaną w podstawowej opiece zdrowotnej.

W tej chwili NFZ refunduje konsultacje zdalne pacjenta z dietetykiem i lekarza POZ ze specjalistą w formie mini-konsylium. A co z konsultacjami pacjenta ze specjalistami?

Obecne stanowisko NFZ jest takie, że powinna to być konsultacja stacjonarna.

Moim zdaniem, pierwszorazowa porada, gdy lekarz musi poznać pacjenta, powinna być w formule stacjonarnej. W kolejnych etapach można zastanowić się nad konsultacjami zdalnymi, ale określając jasno wskazania. To zwiększyłoby dostęp. Będziemy o tym na pewno dyskutować, kiedy po pierwszym półroczu przeprowadzimy bilans programu.

Jako przewodnicząca zespołu ds. wdrożenia opieki koordynowanej i pełnomocnik Ministra Zdrowia w tym zakresie, jakie zmiany będzie Pani rekomendowała, aby udoskonalić program?

Do dokończenia jest kilka wątków, w tym zmiana formuły profilaktyki w POZ. W międzyczasie pojawił się temat centralnej rejestracji na profilaktykę. Ważnym tematem jest rozszerzenie opieki koordynowanej, na pewno trzeba porozmawiać o tym, co opieka koordynowana ma do zaoferowania w pediatrii. Tak aby koordynator mógł też pracować z pacjentami poniżej 18 roku życia, pomagając umawiać, np. na szczepienia i bilanse zdrowia (red.: zmiana weszła w życie w lipcu 2023).

Będziemy dopracowywać szczegóły Indywidualnego Planu Opieki Medycznej. Chodzi o to, aby był zawsze dostępny na platformie P1, a pacjent mógł go udostępnić specjalistom, z którymi się konsultuje. Cała cyfryzacja jest bardzo ważna – nie ma koordynacji opieki bez pełnej informacji o pacjencie. Stąd obecność dwóch członków Centrum e-Zdrowia w zespole, aby obudować i wzmacniać informatycznie proces koordynacji.

Do tego dochodzi zwiększenie roli położnej w profilaktyce. Kilka tematów zostało zainicjowanych podczas pracy ostatniego zespołu i wymaga dokończenia. Będziemy monitorować cały proces i wyjaśniać pojawiające się wątpliwości. ●



60+ stron o cyfryzacji
ochrony zdrowia.

Nowe e-wydania czasopisma
OSOZ Polska możesz pobrać na

blog.osoz.pl



Pierwsze kroki z OK w POZ

Tomasz Zieliński, lekarz medycyny rodzinnej i wiceprezes Federacji Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie”, radzi, na co zwrócić uwagę podczas wdrażania opieki koordynowanej.

Wyzwanie 1. Specjaliści i umowa z NFZ

Jeżeli podejmimy decyzję o wejściu w opiekę koordynowaną, to musimy pozyskać do współpracy lekarzy odpowiednich specjalności i dietetyka oraz zapewnić realizację badań, które są określone w rozporządzeniu „koszykowym” wprowadzającym opiekę koordynowaną.

Do wyboru są dwie metody współpracy: zatrudnienie specjalistów albo współpraca z podwykonawcą, który udostępni nam swoje zasoby. Podobnie w kwestii diagnostyki – możemy mieć swój sprzęt (np. Holter RR czy spirometr), ale możemy część lub wszystkie badania zlecać podwykonawcy.

Kolejny etap to złożenie wniosku z ofertą do NFZ. To wymaga wprowadzenia danych o lekarzach specjalistach, dietetyku i sprzęcie do badań dodatkowych na Portalu Świadczeniodawcy lub SZOI i potem wypełnienia oferty w aplikacji ofertowej udostępnionej przez NFZ.

Po złożeniu oferty do NFZ czekamy na jej rozpatrzenie, ewentualnie wprowadzamy poprawki, jeśli coś zrobiliśmy błędnie. Po zaakceptowaniu naszego wniosku, NFZ przygotowuje aneks rozszerzający naszą umowę o opiekę koordynowaną.

Wyzwanie 2.

Powołanie koordynatora i planowanie budżetu

Koordynacja obejmuje dwa elementy:

- Osobę koordynatora
- Budżet powierzony opieki koordynowanej

Koordynator to nowa osoba w zespole POZ lub nowa funkcja dla osób już będących w naszym zespole. Jego rolą jest dopilnowanie procesu koordynacji w taki sposób, żeby pacjent miał zrealizowane wszystkie świadczenia zalecone w Indywidualnym Planie Opieki Medycznej (IPOM) przez lekarza POZ.

Koordynator umówi, przypomni i podpowie pacjentowi, co dalej. Dzięki temu lekarz wchodząc w koordynację nie powinien mieć większego obciążenia biurokracją i czynnościami administracyjnymi. A pacjent ma mieć przewodnika, do którego zawsze może zwrócić się o pomoc, zapytać o techniczną stronę realizacji IPOM-u.

Budżet powierzony opieki koordynowanej to środki, które NFZ przeznacza na realizację świadczeń dla pacjenta z chorobami przewlekłymi. Zakres świadczeń niezbędnych danemu pacjentowi ustala lekarz POZ zgodnie z zapisami rozporządzenia „koszykowego” oraz wiedzą medyczną. Środki te są ograniczone, więc lekarz musi racjonalnie nimi gospodarować.

Wyzwanie 3.

IPOM, czyli Indywidualny Plan Opieki Medycznej

Centralną pozycję w koordynacji ma porada kompleksowa. Z założenia jest to porada wykonywana raz w roku u pacjenta chorującego przewlekłe na przynajmniej jedną z chorób podlegających koordynacji. Taka porada ma być taką dokładniejszą, podczas której – oprócz standardowo wykonywanych elementów, czyli wywiadu, badania pacjenta, oceny dotychczasowej diagnostyki i leczenia, wydania zaleceń i jeśli potrzebne to skierowań – lekarz opracowuje IPOM.

W IPOM-ie zawarte są elementy ze standardowej porady, ale zebrane w jeden dokument. IPOM jest wskazówką dla pacjenta, co ma robić przez najbliższy rok. Jednocześnie stanowi wytyczną dla koordynatora, w czym ma pomóc pacjentowi. ●

» Jeśli stan zdrowia pacjenta jest stabilny, IPOM jest aktualizowany co roku podczas porady kompleksowej.«



Poznaj przepisy i zacznij powoli

Na początku bardzo ważne jest, aby dobrze poznać zapisy prawne i wytyczne, które się pojawiają. Następnie powinno się ustalić role w zespole POZ, sposób komunikacji pomiędzy członkami zespołu oraz przygotować narzędzia informatyczne wspierające proces, w tym pracę koordynatora. Istotne jest, żeby wszyscy członkowie zespołu POZ i współpracujący specjaliści-konsultanci, dietetycy oraz wykonawcy badań również dokładnie znali prawo i zasady współpracy.

Najlepiej zaczynać od pacjentów z mniej skomplikowanymi przypadkami i stopniowo, wraz z nabieraniem wprawy, podejmować wyzwania z pacjentami o bardziej skomplikowanym przebiegu schorzeń. Pacjent wychodzący z poradni POZ powinien wiedzieć, co dalej, co ma zrobić w kolejnym kroku i w tym pomagać mu powinien koordynator. ●



Często zadawane pytania

Czy opieka koordynowana opłaca się placówce medycznej?

Wszystkie świadczenia w koordynacji są płacone za usługę, więc to co zrobimy w ramach podmiotu, to jest dodatkowy dochód. Problemem są usługi, które wykonuje nam podwykonawca. Jeśli znajdziemy realizatora tańszego niż to, co płaci NFZ, wtedy możemy mieć dochód, a jeżeli nie znajdziemy, to może być nawet na tym strata. Globalnie powinien podmiot wyjść na plus.

Czym różni się standardowa wizyta pacjenta od wizyty w ramach opieki koordynowanej?

Niewiele, wizyta jest podobna do dotychczasowej obsługi pacjenta z chorobą przewlekłą. Musimy tylko wybrać raz w roku jedną poradę jako główną (kompleksową). Podczas tej porady należy głębiej się zastanowić nad pacjentem oraz wygenerować Indywidualny Plan Opieki Medycznej (IPOM), czyli spis naszych zaleceń dla pacjenta na kolejny rok. ●



Pierwsze trudności i sposób ich pokonania

Problem. Nie mogłem znaleźć podwykonawców, którzy zapewnią odpowiednie usługi (konsultacje i badania), których podmiot nie może zapewnić samodzielnie.

Rozwiązanie. Skontaktowałem się z centrum medycznym, które świadczyło dotąd prywatnie poszukiwane przeze mnie usługi. Miało odpowiednie zasoby, aby zostać w tych zakresach podwykonawcą.

Problem. Stworzenie wniosku i jego złożenie w NFZ zgodnie z wymogami zarządzenia Prezesa NFZ oraz ograniczeniami technicznymi portalu SZOI oraz aplikacji ofertowej.

Rozwiązanie. Może się okazać, że trzeba zmienić wstępną koncepcję i złożyć wniosek tak, żeby systemy informatyczne go przepuściły. Ostatecznie mój wniosek nie był w zgodzie z moim pomysłem na OK, więc musiałem elastycznie dopasować się do formularza.

Problem. Lekarze mają napięte grafiki pracy i brak czasu na koordynację.

Rozwiązanie. Tutaj pomocna jest zmiana punktu widzenia. Pacjent do koordynacji to pacjent, który jest chory przewlekłe, więc bywa systematycznie u lekarza POZ. Dzięki koordynacji powinniśmy w sposób usystematyzowany poświęcić mu trochę więcej czasu jednorazowo, ale dzięki temu potencjalnie zmniejsza się liczba pojedynczych wizyt w ciągu roku. Na początek warto zacząć od prostszych przypadków, dla których czas poświęcony na poradę kompleksową będzie bardzo zbliżony do standardowej porady. ●

Obsługa pacjenta

Przykładowa ścieżka pacjenta w Opiece Koordynowanej oraz jak można ją wspomóc stosując rozwiązania informatyczne.

DZIAŁANIE

SCENARIUSZ 1. Wybór do programu pacjentów już zdiagnozowanych

Opieka koordynowana bazuje na programach profilaktycznych, a jednym z zadań koordynatora jest zachęcanie pacjentów do korzystania z nich. Po to, by diagnozować wcześniej choroby, które mogą być objęte OK.

Pacjent z chorobą przewlekłą może być wcześniej zdiagnozowany na podstawie badań przesiewowych lub standardowych usług realizowanych w POZ z koszyka usług gwarantowanych. Drugą opcją jest diagnoza realizowana w ramach budżetu powierzonego OK.

SCENARIUSZ 2. Diagnoza pacjenta podczas wizyty

Pacjent zgłasza się do lekarza z objawami, ale jeszcze nie wiemy, na co choruje.

W takim przypadku można zrealizować poradę wstępną w ramach OK i zlecić badania w ramach budżetu powierzonego. Rejestracja porady wstępnej daje dostęp do realizacji badań specjalistycznych w ramach OK. I to mimo, że pacjent nie jest jeszcze objęty OK. Nawet, jeśli podejrzenie się nie potwierdzi, badania można rozliczyć w ramach OK.

Rozpoznanie choroby przewlekłej

Wyniki badań potwierdzają chorobę przewlekłą u pacjenta. Pacjent zostaje zaproszony do placówki na konsultację, która będzie pierwszą poradą kompleksową (można ją wykonać raz w roku).

Przygotowanie strategii opieki

30-minutowa wizyta kompleksowa, podczas której lekarz POZ określa dalszy plan diagnostyczno-terapeutyczny. Przeprowadzony zostaje wywiad, badania przedmiotowe, analiza wyników badań i dotychczasowego leczenia oraz zlecane są konsultacje specjalistyczne i dalsze badania laboratoryjne. Przygotowany zostaje Indywidualny Plan Opieki Medycznej IPOM (podczas kolejnej wizyty kompleksowej – realizowanej co rok – IPOM będzie już tylko modyfikowany). Plan przekazywany jest pacjentowi, a nadzór nad jego realizacją przejmuje koordynator.

Pacjent realizuje zlecony plan opieki. Pomaga mu w tym koordynator

IPOM trafia do koordynatora. Zlecone wizyty u specjalistów i dietetyka oraz badania laboratoryjne są dokładnie planowane. Od tej chwili, koordynator przez kolejny rok będzie monitorował realizację planu i wspierał pacjenta, przykładowo dobierając terminy wizyt u specjalistów. Po 12 miesiącach pacjent zapraszany jest na kolejną wizytę kompleksową.

START

ETAP

KTO

OBSŁUGA IT





14 punktów opieki wspomaganych przez oprogramowanie

Po pierwszych miesiącach wdrażania opieki koordynowanej krystalizują się oczekiwania w stosunku do systemów IT. Podczas gdy są one na bieżąco wdrażane w systemach KAMSOFT, podpowiadamy jak wykorzystać już dostępne bazowe funkcjonalności.

1. Generuj bazowe dokumenty – IPOM i HARMONOGRAM – zgodnie z wytycznymi

Indywidualny Plan Opieki Medycznej generowany z systemu informatycznego przez lekarza to dokument podsumowujący wskazania terapeutyczne: leki, wizyty u specjalistów, badania diagnostyczne i zalecenia edukacyjne. IPOM można łatwo przygotować w systemie KS-SOMED, KS-PPS oraz Serum, a następnie przesłać do centralnego systemu P1 (wymagane).

IPOM trafia do koordynatora, który uzupełnia go m.in. o daty wizyt u specjalistów. W ten sposób pacjent otrzymuje jeden plan leczenia na następny rok. Harmonogram drukowany jest pacjentowi i służy jako mapa drogowa terapii.

2. Wyszukaj pacjentów kwalifikujących się do OK, poznaj populację pacjentów

W modułach statystycznych można sortować listy pacjentów m.in. według kryterium jednostki rozpoznania, daty wizyty, zrealizowanej usługi itd. Dobierając odpowiednie warunki wyszukiwania, stworzysz bazę chorych przewlekle, potencjalnie kwalifikujących się do OK. Tych pacjentów można zaprosić na wizyty wstępne. W zależności od już dostępnych danych, można to zrobić wysyłając zaproszenia pocztą, mailem lub sms-em.

3. Zaproponuj pacjentom aplikację mobilną VisiMed

Pomoże nie tylko pacjentom objętym OK. VisiMed pozwala zarządzać wizytami, realizować recepty. Pacjent ma zawsze pod ręką m.in. plan dalszych konsultacji i wyniki badań laboratoryjnych, a apka przypomni np. o zażywaniu leków. Rejestracja placówki może zachęcać pacjentów do instalacji VisiMed lub może to zrobić dodatkowo koordynator.

4. Monitoruj zdrowie przez cały rok

Koordynator może stworzyć listę pacjentów już objętych koordynacją, nadzorując wykonywanie kolejnych, indywidualnie określonych procedur, jak kontakt telefoniczny w celu sprawdzenia realizacji planu leczenia. Dane dotyczące realizacji zadań koordynatora można wprowadzać w różny sposób, przykładowo na kartotece pacjenta z pomocą specjalnego formularza.

5. Stwórz sieć komunikacyjną ze specjalistami i laboratorium

Placówki POZ posiadające w swojej strukturze także poradnię specjalistyczną i laboratorium, korzystające z jednego systemu zintegrowanego (KS-SOMED), mają ułatwione zadanie. Kiedy pacjent wykona badanie laboratoryjne, wyniki będą od razu widoczne na jego kartotece. Podobnie jak realizacja wizyt specjalistycznych i wprowadzone przez nich zalecenia. Jeśli do tego pacjent ma już aplikację VisiMed, powstaje płynny ekosystem wymiany danych pomiędzy lekarzem POZ, pielęgniarką, specjalistą (oraz dietetykiem), koordynatorem i pacjentem.

6. Zarządzaj budżetem OK dla płynności finansowej

Rozliczenie opieki koordynowanej jest podobne do realizowanych dotychczas rozliczeń z NFZ. Jednak rozdysponowanie tzw. budżetu powierzonego wymaga planowania sposobu realizacji usług wchodzących w OK. Przykładowo, usługi świadczone w ramach porady wstępnej mogą być rozliczane w ramach standardowego kontaktu z NFZ lub budżetu na OK. Obserwuj na bieżąco stan realizacji kontraktu w systemie IT i ustal z lekarzami najbardziej optymalną strategię.

7. Planuj terminowo wizyty kompleksowe

Realizowana raz w roku 30-minutowa wizyta kompleksowa jest centralnym elementem OK, posiadającym oddzielną jednostkę rozliczeniową. Dodanie kryterium wyszukiwania według czasu ostatniej wizyty w bazie pacjentów objętych OK pomoże koordynatorowi na czas umówić jej termin. Wprowadzona do terminarza KS-SOMED lub KS-PPS data, będzie automatycznie widoczna w aplikacji VisiMed.

8. Ułatwij pacjentowi konsultacje z diabetologiem

Gdy w okolicy POZ realizującego OK brakuje diabetologa, alternatywą są teleporady diabetologiczne. Pacjent także zrealizuje je bezpiecznie i wygodnie w aplikacji VisiMed. W ten sposób nie musi instalować dodatkowych narzędzi.

9. Wygeneruj zrozumiałe dla pacjenta wydruki

Stosowanie się do zaleceń lekarza przez chorego przewlekle zależy od czytelności przekazywanych mu informacji. Dlatego też w ramach OK wprowadzono spójny plan leczenia w postaci IPOM. Wydrukowane za pomocą systemów KAMSOFT dokumenty są zgodne z wymaganiami Płatnika i czytelne dla pacjenta. Ale lekarz może też tworzyć własne wydruki, już poza IPOM, przykładowo objaśniające sposób dawkowania.

10. Pomóż w wykupieniu leków

Skuteczność zaleconej terapii zależy od przestrzegania jej założeń. Gdy występują braki leków w aptekach, w systemach KAMSOFIT lekarz może sprawdzić dostępność leków i w razie problemów – zasugerować inny odpowiednik. Do tego e-recepta będzie od razu widoczna w aplikacji VisiMed.

11. Zwiększ bezpieczeństwo farmakoterapii

Zastosuj narzędzia kontroli i wykrywania interakcji leków, aby minimalizować ryzyko interakcji pomiędzy lekami. Osoby chore przewlekłe, które z reguły zażywają kilka leków naraz (polipragmazja), są grupą szczególnie narażoną.

12. Ułatw lekarzom i pielęgniarkom przeprowadzenie wywiadu

Jednym z elementów 30-minutowej wizyty kompleksowej jest szczegółowy wywiad lekarski. Można go przeprowadzić na podstawie wprowadzonego w systemie szablonu wywiadu, aby przyspieszyć rejestrację danych. Formularz wywiadu każda placówka może personalizować pod swoje potrzeby.

13. Aktualizuj system i monitoruj nowości

Wraz z dojrzewaniem opieki koordynowanej, do systemów KAMSOFIT są wprowadzane na bieżąco nowe funkcjonalności. Aktualizuj regularnie oprogramowanie, aby mieć dostęp do wszystkich nowości. Nawet jeśli niektóre z nich nie odnoszą się bezpośrednio do OK, pomogą w codziennej pracy.

14. Zaprojektuj procedury działania w OK zanim zaczniesz je realizować w systemie IT

Stwórz własną ścieżkę opieki nad pacjentem w ramach OK i zapytaj konsultanta KAMSOFIT S.A., jak wykorzystać systemy IT do jej realizacji. Każda placówka – w zależności od struktury organizacyjnej, posiadanego zaplecza medycznego i personalnego – inaczej wdraża OK. Nie ma jednego szablonu. Szeroka funkcjonalność i łatwa personalizacja KS-PPS, KS-SOMED oraz Serum pozwolą zaadaptować obsługę pacjenta w OK do systemu.

Jak systemy IT
KAMSOFIT wspierają
opiekę koordynowaną?

Sprawdź nowe funkcjonalności,
skorzystaj z porady konsultanta
lub otrzymaj pomoc w doborze
odpowiedniego oprogramowania.

Napisz do nas:
medycyna@kamsoft.pl





Dołącz do nas i bądź na bieżąco



- ✓ Informacje z Rynku Ochrony Zdrowia
- ✓ Nowości w systemach KAMSOFT
- ✓ Filmy szkoleniowe





Integracja opieki to DNA naszych rozwiązań IT

Aby skoordynować ścieżkę pacjenta potrzebne są zintegrowane rozwiązania IT, tworzące jeden spójny ekosystem cyfrowy łączący pacjentów, lekarzy, pielęgniarki, koordynatorów opieki, farmaceutów i płatników.

O rozwoju systemów informatycznych, które są krwiobiegiem systemu zdrowia, opowiada Grzegorz Mródź, Prezes Zarządu KAMSOF S.A.

Jak placówki POZ stosujące systemy IT KAMSOF wykorzystują je do koordynacji opieki?

KAMSOF S.A. od początku swojej działalności tworzy rozwiązania, dzięki którym placówki medyczne mogą płynnie koordynować wewnętrzne procesy organizacyjne placówki i opiekę nad pacjentami. Taka filozofia łączenia różnych punktów opieki nad pacjentem jest zresztą zapisana w naszej filozofii i znana jako Otwarty System Ochrony Zdrowia.

Dzięki tej strategii, nie musimy w pośpiechu budować pojedynczych rozwiązań dla opieki koordynowanej, a konsekwentnie dodajemy kolejne puzzle e-zdrowia do tych już istniejących.

Podam przykład. Takie systemy jak KS-SOMED czy KS-PPS, w efekcie przemyślanego wdrożenia, stają się sy-

stemami zintegrowanymi wewnątrznie a poprzez szeregi interfejsów integracyjnych wkomponowują się w referencyjne modele e-zdrowia. Oznacza to, że placówka ochrony zdrowia może stopniowo rozwijać infrastrukturę IT o kolejne elementy, które zawsze będą do siebie pasowały, wdrażając je we własnym tempie.

Dojrzała, wypracowana przez lata praktycznych doświadczeń architektura cyfrowa jest bazą do koordynacji przepływu danych i w efekcie – koordynacji opieki.

Jeszcze ważniejsze jest informacyjne połączenie placówki z innymi elementami systemu zdrowia – aptekami, placówkami specjalistycznymi, szpitalami, laboratoriami, płatnikiem itd. I przede wszystkim pacjentem, aby placówka medyczna mogła go nieustannie wspierać nawet po zakończeniu wizyty, gdy zostaje ze swoją chorobą przewlekłą w domu.

Ten paradygmat opieki świadczonej wirtualnie stał się ważny w czasie pandemii i teraz – wraz z wchodzeniem do POZ opieki koordynowanej – nabiera szczególnego znaczenia.

Wracając do pytania: nasi klienci już od pierwszych dni formalnego wprowadzenia opieki koordynowanej wykorzystują systemy KAMSOF do tego, aby zorganizować płynnie cały proces. Wszelchstronność i elastyczna architektura naszych systemów daje im zauważalną przewagę. A my oczywiście stopniowo uzupełniamy systemy IT o nowe funkcjonalności pozwalające jeszcze łatwiej obsłużyć pacjentów objętych opieką koordynowaną, zwykle wyprzedzając o kilka lat potrzeby naszych klientów.

Dzisiaj potrzebne są podstawowe funkcjonalności, a za rok, dwa okaże się, że – na przykład – optymalizacja i automatyzacja procesów koordynacji będą podstawowym wymaganiem na rynku. Dlatego my pracujemy już nad tym od jakiegoś czasu. Takich przykładów można znaleźć wiele.

Zainteresowanie OK jest duże i wiele placówek POZ dopiero eksperymentuje z logistyką obsługi pacjenta, szukając wsparcia w informatyzacji.

Na razie prawie każda placówka POZ w inny sposób wprowadza opiekę koordynowaną. Dla nas najważniejsze jest to, że nasi klienci mają już teraz w systemach informatycznych całą skrzynkę z narzędziami – czyli funkcji – z pomocą których mogą zaprojektować i wdrożyć model opieki zgodny z założeniami OK, aby uzyskać pomoc wykraczającą daleko poza rozliczenie umowy z NFZ.

Bardzo szybko zaimplementowaliśmy Indywidualne Plany Opieki Medycznej (IPOM) oraz harmonogramy wizyt. Kolejne rozwiązania będą wprowadzane strategicznie, bo na razie rynek jest na etapie uczenia się OK. Potrzeba czasu, aby nowe reguły wkomponowały się w pracę POZ-tów. Tak jak wspominałem wcześniej, wiele rozwiązań, które były przedstawiane nawet kilka lat temu, dopiero znajdują swoje miejsce w codziennej pracy.

»Dojrzała, wypracowana przez lata architektura cyfrowa jest bazą do koordynacji przepływu danych.«

Stworzyliśmy zespół, który razem z naszymi klientami, lekarzami, pielęgniarkami, farmaceutami, koordynatorami opieki, menedżerami placówek i organizacjami ochrony zdrowia pracuje nad kolejnymi rozwiązaniami. Obserwujemy pracę zespołu ds. opieki koordynowanej powołanego przez Ministra Zdrowia. W razie konieczności jesteśmy w kontakcie z Centrum e-Zdrowia.

Jedno jest pewne – nasi klienci na bieżąco będą mieli dostęp do nowości związanych z OK, a dodatkowo pewność, że będą to rozwiązania dobrze przemyślane, udostępniane na czas. Zamierzamy być tymi, którzy dostarczając narzędzia jako pierwsi na rynku, nadal będą umożliwiać naszym klientom bycie pionierami i liderami nowoczesnych rozwiązań e-zdrowia.

Dużym wyzwaniem jest organizacja pracy koordynatora, który musi mieć kontrolę nad całym procesem opieki nad pacjentem. A w niektórych placówkach to może być kilka tysięcy chorych przewlekłe.

To może zabrzmieć zaskakująco, ale jeszcze na długo przed wprowadzeniem przepisów dotyczących koordynacji opieki w POZ, nasi klienci już koordynowali usługi i wspierali pacjenta w poruszaniu się po systemie zdrowia.

Przykładowo, wiele POZ-tów wykorzystywało do tego Otwarty System Ochrony Zdrowia OSOZ, w tym poprzez aplikację mobilną VisiMed ułatwiającą pacjentowi umawianie kolejnych wizyt, kontakt z lekarzem rodzinnym, zamawianie i następnie realizację e-recept, farmakoterapię; oferującą programy profilaktyczne prosto w smartfonie.

W czasie, kiedy dostępność wielu leków jest ograniczona, z pomocą pacjentom i lekarzom przychodzi możliwość zlokalizowania apteki, w której można otrzymać przepisany lek, a to wszystko zarówno w VisiMed jak i na KtoMaLek.pl, z którym współpracuje ponad 90% aptek w Polsce.

A tak przy okazji: czy wie Pan, że od jakiegoś czasu lekarz może „przepisać” pacjentowi aplikację VisiMed na receptę? Niektórzy już w ten sposób zachęcają pacjentów do jej zainstalowania. Wiem, jest to pionierskie rozwiązanie i może na początku budzić wątpliwości, ale przecież tak jest z większością innowacji.

»Zaniedbanie cyfryzacji to też decyzja, która ma poważne konsekwencje.«

W pełnym, sformalizowanym modelu OK pacjent dodatkowo otrzymuje m.in. wsparcie koordynatora. Już dziś może on w systemie, np. generować listę pacjentów kwalifikujących się do OK i wysyłać im zaproszenia na porady wstępne, umawiać wizyty do specjalistów z pomocą e-rejestracji czy telekonsultacje z dietetykiem. Ważne informacje – jak terminy wizyty czy wyniki badań – są dostępne w aplikacji mobilnej VisiMed. W ten sposób koordynator ma do dyspozycji narzędzie komunikacji z pacjentem, a pacjent może monitorować przyjmowanie leków i prowadzić notatki dotyczące przebiegu leczenia.

Pracujemy obecnie nad ułatwieniami w pracy koordynatorów, aby m.in. niektóre czynności administracyjne outsourcinogować na oprogramowanie, pomóc w zarządzaniu listą pacjentów objętych OK czy monitorować postępy.

OK i ustawa o jakości w ochronie zdrowia pokazują, że nie wystarczą już proste i pojedyncze funkcjonalności systemów IT. Jakie rady ma Pan dla placówek chcących strategicznie budować dojrzałość cyfrową?

Informatyzacja placówki medycznej musi opierać się na solidnej strategii, pod którą dobierane są kolejne elementy rozwiązań IT. Łatwo jest kupić sprzęt czy licen-

cje, ale tak naprawdę o jakości będzie decydować profesjonalne wdrożenie i doświadczony partner, na wsparcie którego można liczyć.

Gdyby na chwilę odwrócić role i umieścić placówkę medyczną w roli pacjenta, to czy przypadkiem nie nasunie się analogia i czy placówka nie skorzystałaby na tym, żeby dostawca pełnił rolę koordynowanej opieki nad wdrożeniem rozwiązania IT w podmiocie? KAMSOF S.A. ma bogate doświadczenie właśnie w pełnieniu takiej funkcji koordynatora.

Zawsze przestrzegam przed zakupami z potrzeby chwili i podobną radę mam w przypadku opieki koordynowanej. Cyfryzację przyrównałbym do budowy sieci dróg, po której poruszają się dane. Każda droga wybudowana poza planem może być drogą ślepą albo taką, która po kilku latach będzie już nieprzejezdna.

Ale gdy już stworzymy plan, dużo łatwiej będzie go realizować i uzupełniać na bieżąco. Do tego jest potrzebny zaufany partner, czyli firma informatyczna oferująca wysokiej jakości system, który będzie na bieżąco aktualizowany, nie tylko za rok, ale i za 10 lat.

Dojrzewanie cyfrowe podmiotu medycznego wymaga koordynatora. Przykładowo, znam placówki medyczne, które wśród lekarzy i pielęgniarek znalazły entuzjastów IT i powierzyły im monitorowanie i rozwój cyfryzacji, we współpracy z informatykami. Efekty mogą być zaskakujące.

Trzeba mieć też jasną wizję tego, co chce się osiągnąć dzięki cyfryzacji. Nasze systemy informatyczne mają tysiące funkcji i dziesiątki opcji pozwalających indywidualizować pracę poza dostępnym dla wszystkich standardem.

Kiedy ma się pomysł i plan, łatwiej jest wykazać osiągnięcie konkretnych korzyści. Te z kolei wzmacniają akceptację dla zmian wprowadzanych w ramach transformacji cyfrowych.

I na koniec: zaniedbanie cyfryzacji to też decyzja, która ma swoje określone konsekwencje. Wiedzą to już na przykład ci, którzy próbowali na szybko skorzystać z możliwości, jakie w poprzednim roku dawał projekt Profilaktyka 40+. Właściwie nie było to możliwe dla podmiotów, które w przeszłości traktowały IT jako dodatkowy koszt swojej działalności, najczęściej ograniczając się do absolutnego minimum. Z każdym rokiem będzie to coraz bardziej dotkliwie. Przekonały się o tym najpierw takie branże jak bankowość, potem przemysł, nie inaczej jest obecnie z ochroną zdrowia.

Jak systemy KAMSOF będą rozwijane w przyszłości, aby wspierać opiekę nad pacjentami?

Odpowiedź jest krótka: tak, aby wyprzedzać to, czego oczekują menedżerowie i pracownicy ochrony zdrowia, placówki medyczne, farmaceuci i pacjenci; zawsze zgodnie z wymaganiami prawnymi i administracyjnymi oraz standardami pozwalającymi najlepiej jak to możliwe zadbać o bezpieczeństwo informacji.

System musi spełniać konkretne zadania. Przykładowo, aby pomóc pacjentom znaleźć wolny termin wizyty czy lek w aptece, wiele lat temu uruchomiliśmy serwisy LekarzyBezKolejki.pl i KtoMaLek.pl. Kiedy pacjenci zaczęli oczekiwać wygodnego dostępu do usług zdrowotnych, chcąc lepiej zarządzać swoim zdrowiem, odkryli, że stworzyliśmy aplikację VisiMed. Wraz ze zmieniającym się charakterem pracy rozwija się aplikacja mobilna dla lekarzy, pielęgniarek i położnych. W tym roku na rynek trafi jej zupełnie nowa, nowoczesna odsłona, znacząco podnosząca efektywność pracy: VisiPro i VisiPro Premium.

Mógłbym wymieniać jeszcze długo. Dzięki nowym technologiom – sztucznej inteligencji, inteligentnym czujnikom – możemy wprowadzać innowacje w systemach IT jeszcze szybciej. Wyzwań jest dużo. Brakuje lekarzy, dlatego systemy IT muszą wyręczać ich w pracy administracyjnej i eliminować powtarzalne czynności. Rośnie liczba pacjentów z niezakaźnymi chorobami przewlekłymi, stąd będziemy rozwijać narzędzia pomagające im dbać o zdrowie. Udoskonalamy narzędzia typu business intelligence, aby wspierać menedżerów ochrony zdrowia w zarządzaniu.

Zrównoważony rozwój systemów, w połączeniu z wykorzystaniem możliwości jakie daje chmura obliczeniowa, gwarantuje kurs w stronę coraz wyższej jakości i efektywności w codziennej pracy specjalistów.

Technologia nigdy nie jest celem samym w sobie. Modyfikują, a przemyślane rozwiązania służą przez lata. ●



Poznaj populację pacjentów, zaplanuj budżet i szkolenia, przygotuj procedury pracy

W skrócie:

- Wyzwania OK to zmiana mentalności, wprowadzenie pracy zespołowej, procesowe podejście do pacjenta i uporządkowanie koordynacji w systemie informacyjnym.
- Bariere mentalnościową można przełamać m.in. organizując szkolenia, umieszczając schematy postępowania na biurkach, tworząc grupy w komunikatorach na smartfony.
- Na początek należy przeprowadzić dyspenseryzację pacjentów (grupowanie według chorób) i ich stratyfikację (określenie ciężkości chorób). Dla każdej podgrupy tworzona jest ścieżka postępowania.
- Dobra znajomość populacji pozwoliła nam dokładnie rozdysponować budżet powierzony.
- Zadania koordynatora muszą być z góry znane. NFZ dopuścił dla placówek poniżej 5000 pacjentów stworzenie osobnego etatu.
- Zmiany związane z OK doprowadzą do transformacji opieki specjalistycznej.

– Szacuję, że do końca roku 2023 do OK przystąpi 40–50% POZ-tów, bo program jest dobrze skrojony do ich potrzeb – mówi Dr Paweł Żuk, Pełnomocnik Zarządu do spraw edukacji i rozwoju w grupie Centrum, wiceprzewodniczący ministerialnej komisji zdrowia do spraw wdrażania opieki koordynowanej w POZ.

Dlaczego placówki grupy Centrum przystąpiły do programu OK w POZ?

Wynika to z naszego postrzegania roli podstawowej opieki zdrowotnej i wniosków z pilotażu programu POZ Plus. Medycyna rodzinna w dotychczasowej formie miała głównie rolę czysto interwencyjną, a próby wprowadzenia profilaktyki były szczątkowe. Do tego jeszcze trzeba dodać duży nacisk na leczenie specjalistyczne. Wszyscy widzimy, jak – w efekcie takiego podejścia – system zdrowia funkcjonuje.

Doszliśmy do wniosku, że OK jest rozwiązaniem atrakcyjnym dla pacjentów, bo skraca drogę do badań diagnostycznych. Ale też dla lekarzy, ponieważ stają się oni decydentami opieki. Dodatkowo mamy szansę odciążyć opiekę specjalistyczną i szpitalnictwo, gdy pacjent nie będzie się już musiał „błąkać” po systemie zdrowia.

Na jakie przeszkody natrafiliście Państwo podczas implementacji koordynacji w życie i jak udało się je rozwiązać?

Po pierwsze, najtrudniejsze jest przełamanie bariery mentalnościowej. Jeśli to się uda, łatwiej rozwiązać inne problemy. Projekt OK wymaga zmiany sposobu myślenia i przyzwyczajień.

Lekarze rodzinni nie są przygotowani do podejmowania poważnych decyzji klinicznych. Przez lata byli „zmuśzani” do leczenia prostych jednostek chorobowych, nie mogąc nawet skierować chorego na podstawowe badania. W efekcie pacjent trafiał do specjalisty, bo taką ścieżkę narzucał system zdrowia. W OK jest odwrotnie: lekarz rodzinny musi się zaangażować, ma odpowiednie narzędzia, czyli badania diagnostyczne, i może prowadzić pacjenta korzystając w razie potrzeby z konsultacji lekarzy specjalistów.

» Jeśli przejdzie się proces budowania nowych relacji w zespole, co narzuca OK, placówka już nie będzie taka sama. Zyska na jakości i lepszej komunikacji.«

Drugą barierą jest praca zespołowa. Nie można prowadzić opieki koordynowanej samemu – do tego potrzebna jest komunikacja z członkami zespołu: pielęgniarką, konsultantami dziedzinowymi, dietetykiem, koordynatorem. A to jest duży problem w polskiej ochronie zdrowia.

Po trzecie, pacjenci mają problem z dyscypliną poruszania się po podstawowej opiece zdrowotnej – regularnym przychodzeniem na badania, porady edukacyjne, stosowaniem się do zaleceń. To kwestia przyzwyczajenia.

Po czwarte, informatyzacja. Przez lata oprogramowanie dla placówek zdrowia tworzone było pod system zdrowia nastawiony na jednorazowe wizyty lekarskie. A OK to procesowa obsługa pacjenta oparta na kaskadzie kolejno następujących po sobie zdarzeń. Nasze systemy IT też dopiero się do tego dostosowują.

Co zrobiliście Państwo, aby przełamać barierę mentalnościową?

Trzeba zacząć od ogólnych szkoleń. Pracownicy muszą wiedzieć, na czym polega OK. Zalecam, aby na pierwszych spotkaniach był cały zespół, aby pokazać pełny proces opieki.

Następnie zorganizowaliśmy szkolenia dla lekarzy, obejmujące postępowanie z określonymi przypadkami klinicznymi. Lekarze muszą czuć się bezpiecznie i pewnie podczas pracy z pacjentem. Podobnie w przypadku pielęgniarek, które z kolei muszą wiedzieć, jak kontynuować opiekę świadczoną przez lekarza. Aby utrwalić nowe procesy, przygotowaliśmy schematy postępowania na biurka, broszury, grupy w komunikatorach na smartfonach.

Do tego dochodzi indywidualny coaching prowadzony przez osoby dokładnie znające OK. Najlepiej zastosować kilka technik jednocześnie, aby osiągnąć efekt.

Umowa z NFZ została podpisana i co dalej? Czy stworzyliście Państwo najpierw procedury, przykładowo dla koordynatora i lekarza?

Najważniejsze na początek jest zbudowanie scenariuszy ścieżek dla konkretnych grup pacjentów. To wymaga dyspenseryzacji pacjentów (grupowanie według chorób) i ich stratyfikacji (określenie ciężkości chorób). W zależności od oceny według tych dwóch kryteriów, uruchamiana jest wybrana ścieżka postępowania. Taki scenariusz określa, co trzeba zrobić w przypadku określonego pacjenta, a co jest opcją.

Jestem za tworzeniem takich schematów. Oczywiście, można do nich wprowadzać modyfikacje. Jednak w ten sposób nie trzeba za każdym razem wymyślać wszystkiego od początku. Nasze scenariusze bazują na tzw. schematach drzewkowych, czyli zaleceniach opracowanych przez Polskie Towarzystwo Medycyny Rodzinnej, konsultanta krajowego ds. medycyny rodzinnej i konsultantów dziedzinowych dla poszczególnych chorób.

Wiedząc, że część usług w ramach porady wstępnej można rozliczyć w ramach standardowej umowy z NFZ albo już w ramach OK, jak rozplanować budżet powierzony?

Tu też bazą jest to, o czym mówiłem wcześniej – dokładne poznanie populacji pacjentów pod opieką. Musimy wiedzieć, ilu pacjentów kwalifikuje się do OK oraz ile osób jesteśmy w sposób odpowiedzialny objąć budżetem OK.

Nasi lekarze przygotowują obecnie ok. 2–3 Indywidualne Plany Opieki Medycznej dziennie. I do tej wydolności systemu dopasowujemy budżet, monitorując, ile możemy wykonać badań dla wizyt kompleksowych, zrealizować konsultacji itd.

Osobiście jestem za dokładnym dzieleniem budżetu na jego składowe: jaka część potrzebna jest na wizyty kompleksowe, które wprawdzie są nielimitowane, ale każda placówka ma swoją przepustowość? Jaki będzie poziom diagnostyki związany z wizytami kompleksowymi? Ile będzie potrzebnych konsultacji?

Dopiero się tego uczymy i na razie nie ma jednego wzorca postępowania.

Czy podobne planowanie dotyczy też pracy koordynatora?

W ramach grupy Centrum mamy bardzo małe placówki i duże przychodnie mające kilkanaście tysięcy pacjentów pod opieką. W tych małych, gdzie jest 1000–1500 pacjentów, wystarczy przypisanie zadań koordynatora do pielęgniarki lub rejestratorki. W dużych placówkach będzie to zazwyczaj nowa osoba.

»Po pierwszych 2 miesiącach każdy z naszych lekarzy wystawił przynajmniej jeden IPOM.«

Wyszliśmy od określenia roli koordynatora i zmierzania czasu realizacji jego zadań. Na tej podstawie wyznaczamy potrzebne etaty. Warto wspomnieć, że Narodowy Fundusz Zdrowia wprowadził korzystne dla małych placówek rozwiązanie – do 5000 pacjentów można otrzymać środki na pokrycie całego etatu koordynatora.

Ile czasu potrzeba od momentu podpisania umowy z NFZ do chwili, gdy OK zacznie w miarę płynnie funkcjonować w podmiocie?

Po dwóch miesiącach nadal jesteśmy na etapie uczenia się. Wystartowaliśmy w listopadzie, choć już przed podpisaniem umowy przygotowywaliśmy się do OK. Porady edukacyjne dla pacjentów uruchomiliśmy dopiero w styczniu, bo chcieliśmy dokładnie zaplanować cały proces.

Moim celem do końca grudnia było, aby każdy lekarz wystawił przynajmniej jeden IPOM. I to się udało. A to już duży postęp, bo każdy z naszych ponad 80 lekarzy przećwiczył OK w praktyce. ●

Podsumowanie OK po kilku miesiącach od wdrożenia

Po pierwsze, warto wejść w opiekę koordynowaną, mimo że na pierwszy rzut oka jest skomplikowana. Po drugie, dostępnych jest już sporo materiałów i szkoleń, co bardzo pomaga w przygotowaniu.

Komisja ds. opieki koordynowanej, której jestem członkiem, ma za zadanie ewaluować cały proces i ustalić, co dalej. Jestem mocno podbudowany statystykami – po trzech miesiącach już 10% POZ-tów weszło w OK. Szacowałem, że zajmie to pół roku. A to znaczy, że model jest dobrze skrojony pod potrzeby rynku. Myślę, że na koniec roku realne jest osiągnięcie poziomu 40–50%.

Zmiany, które OK wywoła w POZ-tach, doprowadzą do transformacji całego procesu obsługi pacjenta. W efekcie, prawdopodobnie będziemy musieli przebudować opiekę specjalistyczną.

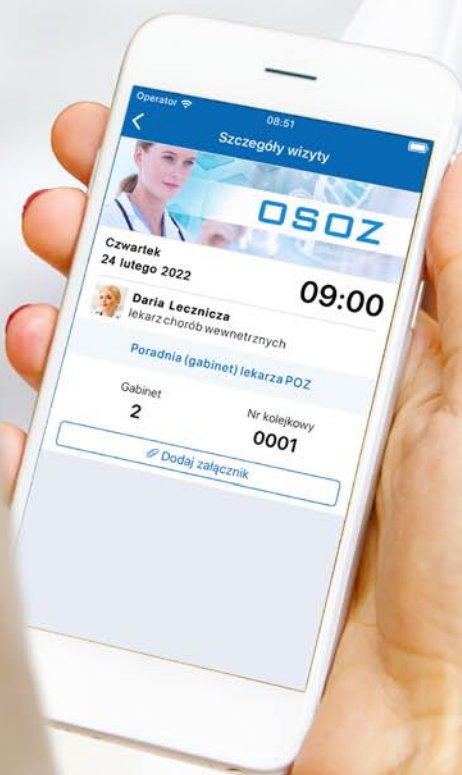
Nie zapominajmy, że Komisja wypracowała cały pakiet usług pielęgniarских, które nie weszły dotąd w życie, bo na początku byliśmy skoncentrowani na uruchomieniu OK. Jednak Minister Zdrowia podpisał już zarządzenie dotyczące trzech usług pielęgniarских tzw. opieki przejściowej. Ten nowy produkt w polskiej ochronie zdrowia pozwala zająć się pacjentami, którzy wcześniej wychodząc ze szpitali wpadali w próżnię systemu.

Czekamy też na ustawę o jakości w ochronie zdrowia, która też powinna uwzględniać pewne elementy związane z OK.

Buduj relacje z pacjentami dzięki **aplikacji**



- ✓ Ułatwiasz pacjentom rezerwację wizyt
- ✓ Zmniejszasz kolejki i liczbę telefonów do rejestracji
- ✓ Realizujesz porady on-line i zamówienia na e-Recepty
- ✓ Redukujesz liczbę niezrealizowanych wizyt
- ✓ Dbasz o dyskrecję obsługi pacjenta





Mobilny asystent pacjenta, czyli koordynacja ścieżki pacjenta w placówce zdrowia

Jak ułatwić pacjentom korzystanie z usług zdrowotnych oraz postawić kropkę nad i w koordynacji opieki? Wdrażając aplikację mobilną łączącą pojedyncze usługi w jedną całość.

W skrócie:

- Z danych Centrum e-Zdrowia wynika, że tylko 4,5% polskich placówek medycznych korzysta z rozwiązań m-zdrowia (aplikacji mobilnych).
- Wśród przeszkód ich wprowadzenia są m.in. koszty, brak czasu i kompetencji cyfrowych.
- Na rynku są aplikacje mobilne wspierające pacjentów od momentu umówienia wizyty, przez realizację e-recepty do kontroli stanu zdrowia.
- Taka koordynacja m.in. ułatwia administrowanie wizytami i poprawia komunikacją z pacjentami.
- Jak to działa, pokazujemy na przykładzie aplikacji VisiMed.
- Placówka medyczna może ją spersonalizować, oferując pod własnym logo unikalne funkcje dla pacjenta jak m.in. realizacja telekonsultacji czy zamawianie leków w aptekach.

Jedna spójna ścieżka od szukania pomocy po leczenie

Po okresie wdrażania pojedynczych usług e-zdrowia, wyzwaniem jest ich spięcie w spójny ciąg. Tak, aby pacjent otrzymał cyfrowe wsparcie na każdym etapie ścieżki profilaktyki i leczenia.

Z perspektywy pacjenta – najlepiej za pomocą aplikacji mobilnej. I to takiej, która jest zintegrowana z systemem informatycznym placówki medycznej, co z jednej strony pozwoli zbudować zaufany kanał komunikacji z pacjentem, a z drugiej – usprawnić procesy organizacji wizyt i zarządzać ścieżką pacjenta.

Jak to zrobić w praktyce, omówimy na przykładzie aplikacji VisiMed (KAMSOFT S.A.), zintegrowanej z systemami gabinetowymi firmy. Jest ona bezpłatna i można ją w prosty sposób spersonalizować pod placówkę medyczną wybierając własne logo czy kolorystykę.

Aby zapewnić pełną koordynację ścieżki pacjenta, aplikacja pozwala pacjentowi poruszać się po usługach oferowanych także przez inne placówki. Ta otwartość jest ważna – dzięki niej, pacjent nie jest ograniczony silosowym rozwiązaniem, ale może umówić się też np. do specjalisty obsługującego poza podmiotem oferującym aplikację.

Jednak placówka, która zaoferowała pacjentowi aplikację, nadal posiada najwyższy priorytet. Przykładowo, podczas wyszukiwania wolnych terminów (lekarze z placówki będą na samej górze listy). W ten sposób otwartość aplikacji idzie w parze z realizacją celów podmiotu medycznego.



Spersonalizowana
aplikacja mobilna
VisiMed

Sama aplikacja została tak zbudowana, aby płynnie prowadzić pacjenta po ścieżce opieki, także tej wyznaczonej przez koordynatora. Z jej pomocą można m.in. sprawdzać terminy wizyt, wprowadzić objawy, szybciej zarejestrować się w placówce medycznej, otrzymać i zrealizować e-receptę, wyszukać aptekę, gdzie można wykupić lek oraz wprowadzać wyniki pomiarów parametrów zdrowia i objawy, aby lepiej zarządzać zdrowiem.

Co jeszcze zyskują placówki medyczne dzięki aplikacji?

- **Przejrzyste zarządzanie terminami wizyt.** Pacjent może łatwo umówić i odwołać wizytę, co pomaga zredukować liczbę niezrealizowanych terminów. Koordynator widzi np. odwołane wizyty i może odpowiednio reagować.
- **Płynna integracja telekonsultacji z usługami stacjonarnymi.** Pacjent może w bezpieczny sposób korzystać z telekonsultacji np. z dietetykiem w ramach OK (forma zdalna jest dopuszczona prawnie).
- **Poprawa stopnia przestrzegania zaleceń lekarza.** Aplikacja przypomina m.in. o konieczności zażycia leku, co dodatkowo pomaga w osiąganiu lepszych wyników leczenia pacjentów chorych przewlekłe.
- **Wzmocnienie lojalności pacjenta i jego zaangażowania.** Pacjent może notować informacje o objawach czy wynikach parametrów zdrowia i przekazać je lekarzowi podczas kolejnej wizyty kompleksowej. Z pomocą aplikacji może też pozostać w kontakcie z koordynatorem.
- **Kontrola lekoterapii.** Aplikacja zawiera dodatkowo praktyczny terminarz dawkowania.

Zintegrowane systemy IT ułatwiają opiekę

Połączone ze sobą usługi zdrowotne – tak jak w przypadku opieki koordynowanej – będą stopniowo zastępowały poszatkowane etapy opieki zdrowotnej.

Koordynator OK ma być przewodnikiem i doradcą pacjenta. Jednak również ważne jest to, aby pacjent miał narzędzia do zarządzania w jednym miejscu swoim zdrowiem. Aplikacje mobilne są dziś szeroko stosowane m.in. do rezerwacji wakacji czy kupna biletu na pociąg. Teraz pomagają też świadczyć opiekę, pozostawać w kontakcie z pacjentem, wspierać go po zakończeniu wizyty.

Za koordynacją usług opartą na rozwiązaniach mobilnych idą jeszcze dodatkowe korzyści dla placówek zdrowia:

- **Sprostanie rosnącej konkurencji.** Liderzy rynku zdrowia wdrażają cyfrowe technologie zdrowotne, rozwijając wielokanałową, cyfrowo-analogową opiekę i budując unikalne doświadczenia pacjenta. To także kwestia wzmocnienia lojalności pacjentów, ważnej z punktu widzenia wyników leczenia.
- **Mocne, zaufane marki w ochronie zdrowia to marki cyfrowe.** Stosowanie rozwiązań e-zdrowia wzmocnia wizerunek nowoczesnej placówki, który z kolei wpływa na zaufanie pacjentów i znacznie ułatwia współpracę z kontrahentami.

- **Aktywne wykorzystanie nowych możliwości rynkowych.** Przykładem jest opieka koordynowana wymagająca wdrożenia rozwiązań ułatwiających zarządzanie ścieżką pacjenta.
- **Zmniejszenie kosztów administracyjnych.** Rozwiązania zdrowia cyfrowego mogą pomóc zmniejszyć obciążenia administracyjne, dzięki optymalizacji nieefektywnych procesów.
- **Budowanie fundamentów pod nowe modele opieki zdrowotnej.** Rynek zdrowia będzie powoli odchodził od modelu nastawionego na ilość w kierunku jakości. Dobrze przeprowadzona digitalizacja, w tym ucyfrowienie komunikacji z pacjentem, ułatwia dopasowanie się do nowych modeli opieki.

Im wcześniej, tym więcej korzyści

Brak dodatkowych środków finansowych na wdrożenie nowoczesnych technologii, brak umiejętności cyfrowych, braki kadrowe i chroniczny brak czasu na wdrażanie nowości – nawet najbardziej otwarci na nowości świadczeniodawcy trafiają na bariery w adaptacji nowych technologii.

Dlatego o sukcesie decyduje prostota rozwiązania.

Omówiona aplikacja mobilna VisiMed oferuje cały pakiet nowych usług pacjentowi, a placówkom – szybkie uruchomienie nowego kanału opieki nad pacjentami. Koordynacja ścieżki pacjenta z aplikacją mobilną jest jeszcze łatwiejsza. ●

Kliknij tutaj, aby dowiedzieć się więcej o aplikacji VisiMed.

»Aplikacja mobilna jest przewodnikiem ułatwiającym pacjentowi poruszanie się po systemie zdrowia i korzystanie z usług placówki medycznej.«

Ścieżka pacjenta w systemie zdrowia

Widoczność usług dla pacjenta. Wsparcie pacjenta na etapie, gdy wystąpią pierwsze objawy i pacjent szuka pomocy online (obecność w narzędziach wyszukiwania wolnych terminów wizyt).

Umówienie wizyty. Łatwe wyszukanie terminu i jego umówienie (wizyta w placówce lub telekonsultacja). Zarządzanie terminarzem wizyt wraz z opcją zmiany terminu i odwołania w razie potrzeby.

Realizacja świadczenia. Przyspieszona rejestracja w placówce z pominięciem fizycznej rejestracji dzięki aplikacji mobilnej lub łatwa obsługa telewizyty (np. możliwość wprowadzenia objawów, płatności on-line itd.).

Diagnoza. Lekarz ma dostęp do danych pacjenta (historia leczenia, zażywane leki) oraz jego własnych notatek na temat stanu zdrowia. Może sprawdzić dostępność leków w aptece, aby pacjent nie miał problemu z ich wykupieniem. Pacjent otrzymuje e-receptę w swojej aplikacji.

Opieka. Pacjent w domu może notować własne parametry zdrowia i umówić się na konsultację z lekarzem w razie wątpliwości lub niepokojących objawów. Z kolei placówka medyczna może skontaktować się z pacjentem w przypadku, np. akcji profilaktycznych.

Kontrola. Pacjent ma jedno narzędzie (aplikację mobilną), aby zapanować nad całym procesem leczenia. Może zarządzać terminami wizyt, zamawiać recepty, umawiać się na wizyty, prowadzić samokontrolę parametrów zdrowia. W ten sposób łatwiej porusza się po leczeniu i profilaktyce.

Taką ścieżkę pacjenta wspiera aplikacja mobilna VisiMed



Czy wiesz jak chronić dane w placówce ochrony zdrowia?

Czasopismo OSOZ prezentuje nowy raport i webinar „Cyberbezpieczeństwo i RODO w placówkach ochrony zdrowia”

Dowiedz się więcej na temat:

- Aktualnych wymagań RODO
- Metod działania cyberprzestępców
- Kar UODO
- Zaleceń dla ochrony zdrowia
- Przetwarzania danych
- Szkoleń personelu
- Ochrony e-dokumentacji

Pobierz bezpłatny przewodnik na **blog.osoz.pl**





Wydawca: KAMSOF S.A.
40-235 Katowice, ul 1 Maja 133
tel. +48 32 209-07-05
fax +48 32 209-07-15
e-mail: czasopismo@osoz.pl

Redaktor naczelny:
Artur Olesch



Jesteśmy partnerem
European Connected
Health Alliance

Skład i łamanie: Piotr Chamera

Przedruk, kopiowanie, skracanie, wykorzystanie tekstów (lub ich fragmentów) publikowanych w czasopiśmie OSOZ bez zgody wydawcy KAMSOF S.A. jest zabronione.

Redakcja dołożyła wszelkich starań, aby informacje podane w raporcie były precyzyjne i zgodne z wytycznymi legislacyjnymi MZ i NFZ. Poradnik ma wyłącznie charakter informacyjny, a wiążące regulacje dotyczące opieki koordynowanej znajdują się w źródłowych aktach prawnych.

Data pierwszej publikacji: 24 stycznia 2023 r.
Ostatnia aktualizacja: 12 września 2023 r.

Jeszcze więcej praktycznych informacji
znajdziesz na blog.osoz.pl:

