

### Spis treści

I. Cel programu pilotażowego POZ PLUS .....	1
II. Adresaci programu pilotażowego „POZ PLUS” .....	2
III. Opis modelu .....	4
IV. Źródła i metody finansowanie dodatkowych zadań .....	11
V. Korzyści z realizacji programu pilotażowego POZ PLUS .....	12

#### I. Cel programu pilotażowego POZ PLUS

Celem programu pilotażowego POZ PLUS jest weryfikacja założeń modelu opieki koordynowanej POZ. Założeniem modelu jest skoncentrowanie działań zespołu profesjonalistów medycznych na rzeczywistych potrzebach zdrowotnych pacjentów objętych opieką lekarza poz oraz ich realizację w sposób kompleksowy, planowany, ciągły i zintegrowany. Istotą opieki koordynowanej wdrażanej w ramach modelu POZ PLUS jest prowadzenie przez świadczeniodawcę aktywnej opieki nad pacjentem w zdrowiu i chorobie. Pacjent staje się aktywnym partnerem we wspólnym podejmowaniu decyzji dotyczących postępowania w zdrowiu i chorobie, w oparciu o wypracowany razem z nim indywidualny plan opieki medycznej (IPOM). W realizacji planu opieki pacjent uzyskuje wsparcie zespołu profesjonalistów medycznych, w skład którego wchodzi, oprócz lekarza i pielęgniarki, również dietetycy i edukatorzy zdrowotni oraz fizjoterapeuci.

Realizacja modelu POZ PLUS wymaga zmian organizacyjnych u świadczeniodawcy, polegających na wprowadzeniu koordynacji medycznej i administracyjnej. Zarówno płatnik jak i świadczeniodawcy będą monitorować jakość opieki i efektywność kosztową, w oparciu o wypracowane w trakcie pilotażu wskaźniki.

Oczekiwanym wynikiem pilotażu jest również wprowadzenie takiego sposobu kontraktowania i finansowania świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej, który zapewni realizację powyższych celów.

## **II. Adresaci programu pilotażowego „POZ PLUS”**

Program pilotażowy może być realizowany przez podmiot, który spełnia warunki w odniesieniu do miejsca udzielania świadczeń. W przypadku podmiotów leczniczych, które mają więcej niż jedno miejsce udzielania świadczeń, pilotaż może być realizowany w jednym lub kilku miejscach udzielania świadczeń. Każde z miejsc musi spełniać poniższe warunki.

Program pilotażowy może być realizowany przez podmiot, który:

1. ma zawartą umowę z Funduszem na realizację świadczeń poz<sup>1</sup> co najmniej w zakresie: świadczenia lekarza poz;
2. posiada od 2 500 do 10 000 pacjentów na listach aktywnych lekarzy poz w miejscu udzielania świadczeń;
3. dopuszcza się możliwość wzięcia udziału mniejszych jednostek, które obejmują opieką nie mniej niż 2 200 pacjentów na liście lekarza poz oraz większych jednostek z nie więcej niż 20 000 pacjentów na listach aktywnych lekarzy poz w miejscu udzielania świadczeń;
4. zapewnia dostęp (udokumentowana współpraca) do konsultacji specjalisty w dziedzinach:
  - diabetologii (opcjonalnie lekarz: diabetolog - 0740, endokrynolog - 0741, chorób wewnętrznych - 0705)
  - endokrynologii (opcjonalnie lekarz: endokrynolog - 0741, chorób wewnętrznych- 0705)
  - kardiologii (opcjonalnie lekarz: kardiolog - 0748, hipertensjolog - 0788, chorób wewnętrznych- 0705)
  - neurologii (opcjonalnie lekarz: neurolog - 0718),
  - pulmonologii (lekarz: chorób płuc 0739, chorób wewnętrznych- 0705),
  - ortopedii (opcjonalnie lekarz: chirurgii ortopedycznej, chirurgii urazowo-ortopedycznej, lub ortopedii i traumatologii, lub ortopedii i traumatologii narządu ruchu - 0720);
5. zapewnia dostęp (udokumentowana współpraca) do świadczeń rehabilitacyjnych dla pacjentów objętych programem zarządzania chorobą w zespołach bólowych kręgosłupa i zmian zwyrodnieniowych stawów obwodowych.

---

<sup>1</sup> Świadczenia opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna, o których mowa w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, wydanego na podstawie art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, udzielanych świadczeniobiorcom przez świadczeniodawcę w warunkach ambulatoryjnych, a w przypadkach uzasadnionych medycznie – w warunkach domowych.

6. zapewnia dostęp do badań diagnostycznych i laboratoryjnych (udokumentowana współpraca).
7. posiada regulamin organizacyjny opisującym m.in.:
  - a) sposób koordynacji opieki medycznej w zakresie świadczeń będących przedmiotem pilotażu;
  - b) kompetencje i zadania personelu medycznego zespołu POZ PLUS: lekarzy rodzinnych/POZ, konsultujących specjalistów, pielęgniarek, położnych, edukatora zdrowotnego (np. dietetyka, psychologa, asystenta zdrowia), fizjoterapeuty i in. oraz zasady współpracy pomiędzy nimi;
  - c) możliwości wzajemnego komunikowania się osób udzielających świadczeń w procesie opieki, w tym wymiana informacji o zdarzeniach medycznych i dokumentacji medycznej, w oparciu o system informatyczny, wymiany danych o zdarzeniach medycznych i elektronicznej dokumentacji medycznej (EDM);
  - d) przekazywanie pacjentom informacji o zasadach funkcjonowania POZ PLUS;
  - e) sposób monitorowania jakości opieki oraz nadzoru udzielanych świadczeń zdrowotnych w ramach POZ PLUS.
8. zapewnia elektroniczną rejestrację wykonanych świadczeń;
9. prowadzi terminarz wizyt w wersji elektronicznej;
10. weźmie udział w procesie aplikowania o granty na dofinansowanie pilotażu ze środków EFS, których dysponentem będzie NFZ;
11. wyraża zgodę na udział w dwóch spotkaniach szkoleniowych organizowanych przez Centralę NFZ w Warszawie.

Świadczeniodawcy przystępując do pilotażu uzyskają wsparcie od NFZ w obszarze organizacji i zarządzania. Wsparcie będzie polegało na przedstawieniu doświadczeń podmiotów, które realizują opiekę koordynowaną i osiągają pozytywne efekty. Świadczeniodawcy będą mogli na bieżąco wymieniać informacje na temat realizacji programu pilotażowego przez inne placówki i będą brali udział w opracowaniu najlepszych modeli organizacyjnych.

### *III. Opis modelu*

W nowym modelu opieki świadczenia będą udzielane zgodnie z obecnie obowiązującym zakresem świadczeń realizowanych przez lekarza poz, natomiast zwiększeniu ulegnie zakres oraz liczba działań profilaktycznych oraz edukacyjnych, dodatkowych usług dla pacjentów z chorobami przewlekłymi, usług diagnostycznych oraz rehabilitacyjnych.

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

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

#### *Dodatkowe zadania realizowane przez świadczeniodawców*

---

Realizacja dodatkowych zadań wymaga dostosowania systemów informatycznych świadczeniodawców w celu ewidencji i raportowania wykonanych zdarzeń medycznych. Priorytetem opieki koordynowanej w POZ PLUS jest objęcie nią wszystkich pacjentów będących na liście aktywnej lekarza poz oraz zaoferowanie im aktywnej formy sprawowania opieki medycznej, w której nie tylko sam pacjent, ale również świadczeniodawca inicjuje i planuje wizyty pacjenta w przychodni. Podmiot leczniczy świadczący podstawową opiekę zdrowotną, który przystąpi do pilotażu, będzie udzielał, obok standardowej podstawowej opieki, dodatkowych świadczeń. Poszerzony pakiet świadczeń w ramach POZ PLUS obejmuje:

#### *Badania bilansowe osób dorosłych*

---

Zasadniczym celem badań bilansowych jest identyfikacja pacjentów zdrowych i chorych (stratyfikacja populacji), w celu wdrożenia koordynowanej opieki nad pacjentami. Badania bilansowe osób dorosłych będą realizowane w cyklu 5-letnim. Pięcioletni cykl zaproszenia na

badania bilansowe nie może ograniczać pacjentom dostępu do tych badań profilaktycznych, których wykonywanie jest zalecane w krótszych odstępach czasowych (m.in. cytologia, mammografia). Rekrutacja na badania bilansowe odbywa się na podstawie listy aktywnej POZ.

**Badanie bilansowe obejmuje:**

1. **badania podstawowe** – wykonywane standardowo wszystkim pacjentom:
  - wywiad medyczny, w tym wywiad rodzinny w kierunku obciążeń dziedzicznych (badanie podmiotowe),
  - badanie fizykalne (przedmiotowe),
  - podstawowe badania antropometryczne i parametry życiowe (wzrost, masa ciała, BMI, ciśnienie tętnicze krwi, tętno),
  - podstawowe badania diagnostyczne (morfologia, OB, badanie ogólne moczu, glukoza, RTG klatki piersiowej?),
2. **badanie pogłębione** - w przypadku odnotowania czynników ryzyka na podstawie danych z wywiadu medycznego, wskazujących na podejrzenie występowania choroby, pacjent jest kierowany również do diagnostyki pogłębionej (w zależności od wskazań klinicznych i wieku pacjenta istnieje możliwość wykonania badań dodatkowych przypisanych danej grupie wiekowej). Do katalogu pogłębionych badań bilansowych będą wchodziły np.: USG węzłów chłonnych, USG jamy brzusznej, USG piersi, USG prostaty, ALAT, ALT ASPAT, AST, badanie w kierunku HPV, HBV, HCV, PSA, EKG, echo serca.

Po przeprowadzeniu badań pacjentowi jest nadawany status (zdrowy bez czynników ryzyka, zdrowy ze stwierdzonymi czynnikami ryzyka zachorowania na choroby przewlekłe, chory z podejrzeniem lub rozpoznaniem choroby przewlekłej). Integralną częścią badania bilansowego jest edukacja pacjenta w obszarach związanych z rozpoznanymi czynnikami ryzyka (porady edukacyjne, porady dietetyczne). Badania bilansowe będą również wykorzystywane do kwalifikacji pacjentów do szczepień ochronnych (przeciw grypie, przeciw WZW A i B). Decyzja o skorzystaniu ze szczepienia bądź nie, należy do pacjenta.

Podział zadań do wykonania zależy od danego świadczeniodawcy, ale rekomenduje się następujący schemat działań/podział pracy:

1. czynności administracyjne, wstępna kwalifikacja do badań bilansowych, prowadzenie terminarza i umawianie wizyt - koordynator administracyjny;

2. wizyta/y bilansowe:
  - a. wstępny wywiad medyczny - wypełnienie kwestionariusza bilansowego w części ogólnej - pielęgniarka/edukator zdrowotny,
  - b. pogłębiony wywiad medyczny – wypełnienie kwestionariusza bilansowego w części szczegółowej i badanie przedmiotowe – lekarz poz,
  - c. wykonanie badań podstawowych i dodatkowych na podstawie zidentyfikowanych czynników ryzyka – pielęgniarka i lekarz POZ,
  - d. wizyta podsumowująca - omówienie wyników i ustalenie dalszego postępowania medycznego – lekarz poz,
  - e. edukacja pacjenta – pielęgniarka /edukator zdrowotny,
3. sprawozdanie bilansu - koordynator administracyjny.

W ramach edukacji pacjentom, proponuje się Indywidualny Plan Postępowania Zdrowotnego (IPPZ), ukierunkowany na m.in.:

- odpowiednie zachowania zdrowotne (żywieniowe, nikotynowe, alkoholowe, związane z aktywnością fizyczną,
- interwencje behawioralne, w tym udział w programach edukacyjnych zdrowego stylu życia, m.in. z wykorzystaniem materiałów edukacyjnych, także w formule e-learningowej,
- kontrolę pomiarów, badań i porad profilaktycznych.

Realizacja świadczeń profilaktycznych i edukacyjnych powinna w głównej mierze spoczywać na przeszkolonych pielęgniarkach i położnych, wspieranych przez dodatkowy personel (np. edukatora zdrowotnego, dietetyka, psychologa, koordynatora, asystenta medycznego, itp.).

### ***Program zarządzania chorobą (DMP)***

---

Pacjent może zostać zakwalifikowany do udziału w programie **DMP** (ang. **disease management program**) na podstawie przeprowadzonego badania bilansowego dla dorosłych lub na podstawie dotychczasowej historii choroby (udokumentowanej). W ramach pilotażu program zarządzania chorobą obejmuje pacjentów z co najmniej jedną z **11 chorób przewlekłych**:

- 1) Nadciśnienie tętnicze samoistne
- 2) Cukrzyca typu 2
- 3) Przewlekła choroba wieńcowa
- 4) Utrwalone migotanie przedsionków

- 5) Przewlekła niewydolność serca
- 6) Astma oskrzelowa
- 7) POCHP
- 8) Wole mięsiste i guzowate tarczycy
- 9) Niedoczynność tarczycy
- 10) Choroba zwyrodnieniowa stawów obwodowych
- 11) Zespoły bólowe kręgosłupa

W przypadku podejrzenia lub stwierdzenia co najmniej jednej z ww. chorób pacjent powinien być objęty opieką w ramach DMP właściwego dla danej jednostki chorobowej. W ramach DMP lekarz poz ma możliwość konsultacji z lekarzami wybranych specjalności oraz kierowania pacjentów na zabiegi fizjoterapeutyczne.

W ramach DMP pacjentowi przysługuje:

- **porada diagnostyczna** – porada lekarska zrealizowana w celu przeprowadzenia diagnostyki różnicowej w zespołach objawowych do czasu rozpoznania choroby przewlekłej.
- **porada edukacyjna** - kontakt z pacjentem w celu poszerzenia wiedzy pacjenta i jego rodziny o chorobie oraz sposobach radzenia sobie z nią w trakcie jej trwania. Elementem tej porady jest uświadamianie celowości przyjętego IPOM i wynikającego z niego postępowania diagnostyczno-terapeutycznego.
- **porada kompleksowa** - porada lekarska zrealizowana w oparciu o zdefiniowany w ŚPDT zakres badania podmiotowego, przedmiotowego i badań diagnostycznych, podczas której lekarz ocenia stopień zaawansowania choroby i samodzielności pacjenta, kwalifikuje go do odpowiedniej grupy dyspenseryjnej (dokonuje stratyfikacji), opracowuje i uzgadnia z pacjentem indywidualny plan opieki medycznej (IPOM) oraz zleca niezbędne kontrolne badania diagnostyczne i konsultacje specjalistyczne. W przypadku kilku współistniejących jednostek chorobowych z katalogu 11 chorób przewlekłych DMP opracowuje się jeden IPOM.

Pacjent musi wyrazić pisemną zgodę na udział w programie zarządzania chorobą. Wyrażenie zgody wiąże się również z wyrażeniem zgody na przetwarzanie danych osobowych przez Świadczeniodawcę oraz Podwykonawców, w szczególności przez lekarzy specjalistów oraz

z wyrażeniem zgody na wymianę danych medycznych pomiędzy Świadczeniodawcą a Podwykonawcami.

Zasadniczą zmianą związaną z wprowadzeniem DMP jest planowanie kolejnych zdarzeń zdrowotnych z wyprzedzeniem oraz aktywny nadzór ze strony świadczeniodawcy nad realizacją zaleceń przez pacjenta i monitorowanie jakości opieki. Nieodzownym elementem DMP jest okresowe (np. raz w roku) wykonywanie pogłębionego badania stanu zdrowia w trybie tzw. porady kompleksowej. Celem porady kompleksowej jest:

1. ocena stanu zdrowia pacjenta i czynników go warunkujących, m.in.:
  - a) stopnia klinicznego zaawansowania choroby podstawowej i ewentualnych chorób współistniejących,
  - b) występowanie ewentualnych powikłań narządowych oraz niewydolności układowych,
  - c) stopnia samodzielności pacjenta – m.in. umiejętności realizacji dotychczasowych zaleceń lekarskich i pielęgniarских, samokontroli i ewentualnych pomiarów oraz sprawności psychoruchowej i ewentualnej potrzeby korzystania z pomocy innych osób,
  - d) stylu życia i warunków socjalnych – m.in. nałogi, aktywność fizyczna, nawyki żywieniowe, sytuacja rodzinna i materialna;
2. ocena skuteczności dotychczasowych interwencji medycznych, m.in.:
  - a) leczenia farmakologicznego,
  - b) postępowania niefarmakologicznego, w tym porad edukacyjnych;
3. aktualizacji statusu zdrowotnego;
4. określenie indywidualnego planu opieki medycznej (IPOM), m.in.: zawierającego zalecenia i ewentualne terminy realizacji w zakresie:
  - a) kontrolnych badań diagnostycznych,
  - b) konsultacji specjalistycznych,
  - c) leczenia (farmakologicznego i niefarmakologicznego) i/lub rehabilitacji,
  - d) edukacji,
  - e) samokontroli,
  - f) wizyt kontrolnych lekarskich i pielęgniarских.



W ramach realizacji IPOM pacjent jest zachęcany do prowadzenia samokontroli stanu zdrowia (np. pomiary ciśnienia tętniczego, glukozy we krwi), z ewentualnym wykorzystaniem narzędzi telemedycznych. Każdy pacjent z rozpoznaniem choroby przewlekłej objęty DMP powinien uczestniczyć w programach edukacyjnych radzenia sobie z chorobą, m.in. z wykorzystaniem materiałów edukacyjnych, w tym narzędzi e-learningowych.

Zasadnicze decyzje kliniczne dotyczące postępowania diagnostyczno-terapeutycznego, w tym wykonywanie porad kompleksowych i opracowywanie IPOM, powinien podejmować lekarz rodzinny/poz uprawniony do przyjmowania deklaracji pacjentów. W ramach DMP pacjentowi przysługuje poszerzony zakres badań diagnostycznych, zgodnych z tabelą nr 1.

*Tabela 1 Wykaz dodatkowych badań diagnostycznych DMP*

<b>Badanie/konsultacja</b>	<b>Badanie przysługuje w DMP – wg listy*</b>
Badanie spirometryczne z próbą rozkurczową	6, 7
Badanie wysiłkowe serca	1, 3, 4, 5
Biopsja aspiracyjna cienkoigłowa tarczycy – celowana	8
Diagnostyka laboratoryjna - mikroalbuminuria	1, 2
Diagnostyka laboratoryjna - peptyd c	2
Diagnostyka laboratoryjna - peptyd natriuretyczny typu B (BNP, nt-proBNP)	5, 6, 7
Diagnostyka laboratoryjna - przeciwciała przeciw peroksydazie tarczycowej	8, 9
Diagnostyka laboratoryjna - przeciwciała przeciw tyreoglobulinie	9
Echokardiografia	1, 4, 5
Holter EKG	3
Holter RR	1
Badanie dna oka	2
Telekonsultacja geriatryczna	1, 2, 3, 4, 5, 7
*Lista zdiagnozowanych chorób:	
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nadciśnienie tętnicze samoistne</li> <li>2. Cukrzyca typu 2</li> <li>3. Przewlekła choroba wieńcowa</li> <li>4. Utrwalone migotanie przedsionków</li> <li>5. Przewlekła niewydolność serca</li> <li>6. Astma oskrzelowa</li> <li>7. POCHP</li> <li>8. Wole mięsiste i guzowate tarczycy</li> <li>9. Niedoczynność tarczycy</li> </ol>	

Koordinacja opieki związana jest z aktywnym nadzorem nad realizacją ww. zaleceń lekarskich w zaplanowanych terminach i przypominaniem pacjentowi o zbliżających się terminach wizyt (np. drogą mailową lub sms-ową). Może też obejmować rejestrację na

zlecone interwencje medyczne z wielomiesięcznym wyprzedzeniem – zarówno w samej placówce koordynującej jak i w placówkach współpracujących (np. na konsultacje specjalistyczne). W przypadku braku realizacji zaleceń lub stwierdzonych nieprawidłowości w wynikach kontrolnych badań diagnostycznych lub pomiarów, prowadzi się interwencję w postaci np. przyspieszenia kontrolnej wizyty u lekarza lub pielęgniarki.

Skuteczna koordynacja opieki jest możliwa pod warunkiem zaangażowania w jej prowadzenie całego zespołu lekarza rodzinnego/POZ (m.in. pielęgniarek i położnych) w działania edukacyjne i wizyty kontrolne oraz wykwalifikowanego pracownika (np. asystenta medycznego, pielęgniarki koordynującej) ułatwiającego pacjentowi realizację planu opieki od strony organizacyjnej oraz nadzorującego jego wykonanie. Obowiązki koordynatora może pełnić nie tylko pracownik medyczny świadczeniodawcy, ale również pracownik podmiotu współpracującego (np. specjalistyczne contact center).

Stopień koordynacji może być różny – od monitorowania (z wykorzystaniem narzędzi informatycznych) stanu pacjentów samodzielnych z niewielkim stopniem zaawansowania choroby, do przypisania imiennie profesjonalisty medycznego (np. pielęgniarki koordynującej), który w przypadku pacjentów niesamodzielnych z zaawansowanym stadium choroby przewlekłej i wielochorobowością, może być przewodnikiem pacjenta po systemie opieki koordynowanej.

W planowaniu opieki oraz dla określenia niezbędnego poziomu koordynacji może być pomocne wypracowanie narzędzi do stratyfikacji stanu zdrowia populacji osób chorych przewlekłe. Posiadanie informacji zbiorczych o liczbie lekko, średnio i ciężko chorych przewlekłe pozwala również na lepsze zaplanowanie liczby poszczególnych świadczeń oraz kosztów opieki.

Pożądanym, ale nie niezbędnym, narzędziem do koordynacji opieki są ścieżki postępowania diagnostyczno-terapeutycznego (ŚPDT) dla najważniejszych chorób przewlekłych, które zostaną udostępnione przez NFZ.

### *Fizjoterapia ambulatoryjna*

---

Fizjoterapia ambulatoryjna jest dedykowana pacjentom objętym DMP, ze zdiagnozowanymi zespołami bólowymi kręgosłupa oraz zmianami zwyrodnieniowymi stawów, w zakresie możliwym do realizacji w warunkach POZ.

#### **IV. Źródła i metody finansowanie dodatkowych zadań**

Podmiot leczniczy, który przystąpi do pilotażu POZ PLUS, otrzyma wsparcie zarówno w ramach środków krajowych, będących w dyspozycji płatnika publicznego, jak i ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego (EFS), wypłacanych w formie grantów. Środki te będą przeznaczone na:

1. **grant koordynacyjny** – przeznaczony na pokrycie kosztów związanych z koordynowaniem procesu leczenia, w szczególności z wyznaczeniem osoby/osób lub podpisaniem umowy z podwykonawcą (np. contact center), do zadań których należy planowanie wizyt pacjentów, koordynacja konsultacji medycznych, badań, okresowych badań bilansowych dla dorosłych, aktywna współpraca z zespołem profesjonalistów medycznych i pacjentem; świadczeniodawca przystępując do pilotażu wyraża zgodę na udział w procesie aplikowania o grant na dofinansowanie pilotażu ze środków EFS,
2. **stawkę kapitacyjną DMP** – ma na celu pokrycie części kosztów związanych z intensywniejszą opieką nad pacjentem chorym przewlekle, sporządzenie IPOM i koordynację leczenia i ordynacji leków w przypadku wielochorobowości. Stawka będzie liczona za każdego świadczeniobiorcę objętego programem zarządzania chorobą przewlekłą;
3. **budżet powierzony FIZ** - przeznaczony na zabiegi fizjoterapeutyczne, możliwe do wykonywania w warunkach POZ, u pacjentów ze zdiagnozowanymi zespołami bólowymi kręgosłupa oraz zmianami zwyrodnieniowymi stawów. Budżet będzie korygowany w zależności od wieku pacjenta. Świadczenia fizjoterapeutyczne będą rozliczane stawką fee for service do wysokości budżetu powierzonego;
4. **grant za wykonanie okresowych badań dla dorosłych z niezbędną diagnostyką i poradami edukacyjnymi**, rozliczany stawką fee for service za osobę objętą badaniem, zakończonym określeniem statusu zdrowotnego i wytycznymi co do dalszego postępowania. Świadczeniodawca przystępując do pilotażu wyraża zgodę na udział w procesie aplikowania o grant na dofinansowanie pilotażu ze środków EFS.
5. **stawkę fee for service za wybrane porady w ramach DMP oraz za dodatkowe badania diagnostyczne w ramach DMP;**
6. **stawkę fee for service za porady edukacyjne i promocji zdrowia w ramach DMP;**
7. **grant technologiczny** - przeznaczony na dostosowanie wewnętrznych systemów informatycznych do wymogów płatnika w zakresie wdrożenia opieki koordynowanej.

Minimalny zakres funkcjonalności powinien umożliwiać m.in. założenie konta pacjenta, z możliwością podglądu danych i wyników badań, planowanych wizyt, wykonanych badań, monitoring IPOM. Świadczeniodawca przystępując do pilotażu wyraża zgodę na udział w procesie aplikowania o grant na dofinansowanie pilotażu ze środków EFS.

#### *V. Korzyści z realizacji programu pilotażowego POZ PLUS*

Oczekuje się, że wdrożenie programu POZ PLUS przyniesie następujące korzyści:

1. Wzrost poziomu satysfakcji pacjentów z realizowanych usług zdrowotnych.
2. Poszerzenie zakresu świadczeń udzielanych w ramach podstawowej opieki zdrowotnej o świadczenia profilaktyczne, diagnostyczne, terapeutyczne i rehabilitacyjne oraz wybrane konsultacje specjalistyczne.
3. Zwiększenie skuteczności profilaktyki chorób, w tym edukacji zdrowotnej.
4. Umożliwienie lekarzom rodzinnym/poz wykorzystania w większym stopniu swoich kompetencji.
5. Zwiększenie kompetencji i roli pielęgniarek i położnych środowiskowo-rodzinnych/poz w zakresie profilaktyki i edukacji zdrowotnej.
6. Optymalizacja postępowania diagnostyczno-terapeutycznego, rozumiana jako stosowanie najbardziej odpowiednich, z punktu widzenia celów, działań na etapie diagnostyki i terapii chorób.
7. Wdrożenie koordynacji udzielania świadczeń zdrowotnych przez zespół poz, z elementami planowania opieki i aktywnym umawianiem pacjenta na kolejne wizyty.
8. Zapewnienie współpracy różnych profesjonalistów medycznych w procesie opieki zdrowotnej oferowanej dla danego pacjenta.
9. Optymalne wykorzystanie informacji medycznej zgromadzonej w EDM przez poszczególnych profesjonalistów medycznych w procesie podejmowania decyzji klinicznych.
10. Zaangażowanie pacjenta w proces opieki zdrowotnej przez zmianę sposobu jego uczestnictwa z biernego na aktywny.
11. Zwiększenie udziału personelu niemedycznego w procesie koordynacji świadczeń udzielanych w podstawowej opieki zdrowotnej.
12. Wypracowanie efektywnych kosztowo mechanizmów finansowania nowych zadań realizowanych w ramach POZ PLUS.