



Narodowy Fundusz Zdrowia

Świadczenia w budżecie powierzonym opieki koordynowanej w POZ

Maciej Karaszewski – Dyrektor
Departamentu Świadczeń Opieki Zdrowotnej NFZ

Opieka Koordynowana

DEFINICJA

Zgodnie z definicją Europejskiego Biura ds. Zintegrowanej Opieki Zdrowotnej, będącego częścią Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), opieka koordynowana to:

„koncepcja świadczeń związanych z diagnozowaniem, leczeniem, opieką, rehabilitacją i promocją zdrowia w wymiarze nakładów, realizacji i organizacji świadczeń oraz zarządzania”.

Koordynowana opieka zdrowotna prowadzi do poprawy dostępności, jakości oraz efektywności opieki, a także satysfakcji pacjenta.

Opieka Koordynowana w POZ

PODSTAWY PRAWA

Nowelizacja rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 15 września 2022 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1965) tzw. „rozporządzenie koszykowe”

wprowadzono w poz świadczenia opieki koordynowanej oraz wskazano warunki ich realizacji.

Świadczenia opieki koordynowanej dotyczą diagnostyki i leczenia:

1. nadciśnienia tętniczego, niewydolności serca, przewlekłej choroby niedokrwiennej serca oraz migotania przedsionków lub
2. cukrzycy, lub
3. astmy oskrzelowej i przewlekłej choroby obturacyjnej płuc, lub
4. niedoczynności tarczycy oraz diagnostyki guzków pojedynczych i mnogich tarczycy.

Opieka Koordynowana w POZ

PODSTAWY PRAWA

Nowelizacja rozporządzenia Ministra Zdrowia wprowadza:

1. wykaz nowych, dodatkowych badań, na które mogą kierować lekarze poz,
2. poradę kompleksową,
3. określenie elementów jakie powinien zawierać „Indywidualny Planu Opieki Medycznej” (IPOM), odzwierciedlony w dokumentacji medycznej pacjenta, dostępny w formie elektronicznej,
4. konsultacje:
 - a) pacjent – lekarz specjalista
 - b) lekarz poz – lekarz specjalista
 - c) dietetyczne
5. porady edukacyjne wykonywane przez lekarza lub pielęgniarkę poz.

Świadczenia w budżecie powierzonym opieki koordynowanej

IMPLEMENTACJA PRZEPISÓW ROZPORZĄDZENIA MZ PRZEZ NFZ:

- Zarządzenie Nr 124/2022/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 września 2022 r. zmieniające zarządzenie w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna.
- Zarządzeniem został wprowadzony nowy zakres świadczeń: **świadczenia w budżecie powierzonym opieki koordynowanej.**
- Warunkiem realizacji zakresu jest złożenie wniosku zgodnie z rozdziałem 13 zarządzenia Prezesa (zawieranie umów w poz).

Ważne:

- ✓ *Realizacja świadczeń w budżecie powierzonym opieki koordynowanej przez świadczeniodawców jest **dobrowolna***

Realizacja zakresu - budżetu powierzonego opieki koordynowanej

JAK ROZPOCZĄĆ REALIZACJĘ ?

- Poprzez złożenie odpowiedniego **wniosku** do Oddziału Funduszu o rozszerzenie umowy o nowy zakres świadczeń:

świadczenia w budżecie powierzonym opieki koordynowanej.

- Formularz wniosku, należy sporządzić z zastosowaniem aplikacji obsługującej postępowanie.
- Postępowanie jest opublikowane w: **publikatorze informacji o postępowaniach w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – dostępnym na stronach internetowych OW NFZ .**
- **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. zm.)

Ważne:

- ✓ ***Złożone prawidłowo 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.***

Realizacja zakresu budżetu powierzonego opieki koordynowanej JAK ROZPOCZĄĆ REALIZACJĘ?

We wniosku świadczeniodawca wykazuje zgodnie z zał. 6 „rozporządzenia koszykowego”:

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

UWAGA: nie ma konieczności wykazywania harmonogramów szczegółowych

Ważne:

- ✓ *zgodnie z rozporządzeniem MZ świadczenia gwarantowane są udzielane zgodnie z harmonogramem czasu pracy świadczeniodawców posiadających zawartą umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia o udzielanie świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej.*

Realizacja opieki koordynowanej – jakie świadczenia można realizować w zakresie budżetu powierzonego opieki koordynowanej

- ✓ *świadczeniodawcy mogą realizować wszystkie lub wybrane świadczenia spośród wskazanych w załączniku nr 6 do rozporządzenia MZ.*

Kardiologia	nadciśnienie tętnicze niewydolność serca przewlekła choroba niedokrwienna serca migotanie przedsionków
	Kod świadczenia wg NFZ
	Nazwa jednostki sprawozdawanej
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	albuminuria (stężenie albumin w moczu)
5.01.00.0000176	UACR (wskaźnik albumina/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
	Kod świadczenia wg NFZ
	Nazwa jednostki sprawozdawanej
5.01.00.0000175	albuminuria (stężenie albumin w moczu),
5.01.00.0000176	UACR (wskaźnik albumina/kreatynina w moczu),
5.01.00.0000184	USG Doppler naczyń kończyn dolnych;
5.01.00.0000189	konsultacja z lekarzem specjalistą w dziedzinie diabetologii (lekarz poz-lekarz specjalista)
5.01.00.0000190	konsultacja z lekarzem specjalistą w dziedzinie diabetologii (pacjent-lekarz specjalista)

Realizacja opieki koordynowanej – jakie świadczenia można realizować w zakresie budżetu powierzonego opieki koordynowanej

- ✓ *świadczeniodawcy mogą realizować wszystkie lub wybrane świadczenia spośród wskazanych w załączniku nr 6 do rozporządzenia MZ.*

Pulmonologia/ alergologia	astma oskrzelowa
	przewlekła choroba obturacyjna płuc
Kod świadczenia wg NFZ	Nazwa jednostki sprawozdawanej
5.01.00.0000186	spirometria
5.01.00.0000187	spirometria z próbą rozkurczową
5.01.00.0000201	konsultacja z lekarzem specjalistą w dziedzinie pulmonologii (lekarz poz-lekarz specjalista)
5.01.00.0000193	konsultacja z lekarzem specjalistą w dziedzinie pulmonologii (pacjent-lekarz specjalista)
5.01.00.0000202	konsultacja z lekarzem specjalistą w dziedzinie alergologii (lekarz poz-lekarz specjalista)
5.01.00.0000194	konsultacja z lekarzem specjalistą w dziedzinie alergologii (pacjent-lekarz specjalista)

Endokrynologia	niedoczynność tarczycy
	guzki pojedyncze i mnogie tarczycy
Kod świadczenia wg NFZ	Nazwa jednostki sprawozdawanej
5.01.00.0000205	celowana biopsja aspiracyjna cienkoigłowa tarczycy celowana do 2 procedur(u dorosłych)
5.01.00.0000206	celowana biopsja aspiracyjna cienkoigłowa tarczycy celowana do 3 procedur(u dorosłych)
5.01.00.0000177	anty TPO (przeciwciała przeciw peroksydazie tarczycowej)
5.01.00.0000178	antyTSHR (przeciwciała przeciw receptorom TSH)
5.01.00.0000179	anty Tg (przeciwciała przeciw tyreoglobulinie)
5.01.00.0000199	konsultacja z lekarzem specjalistą w dziedzinie endokrynologii (lekarz poz-lekarz specjalista)
5.01.00.0000191	konsultacja z lekarzem specjalistą w dziedzinie endokrynologii (pacjent-lekarz specjalista)

Realizacja opieki koordynowanej JAKIE ŚWIADCZENIA MOŻNA REALIZOWAĆ ?

Dla wszystkich dziedzin - leczenie i badania diagnostyczne

5.01.00.0000195	porada edukacyjna
5.01.00.0000196	porada dietetyczna
5.01.00.0000197	porada kompleksowa
5.01.00.0000219	porada wstępna

Ważne:

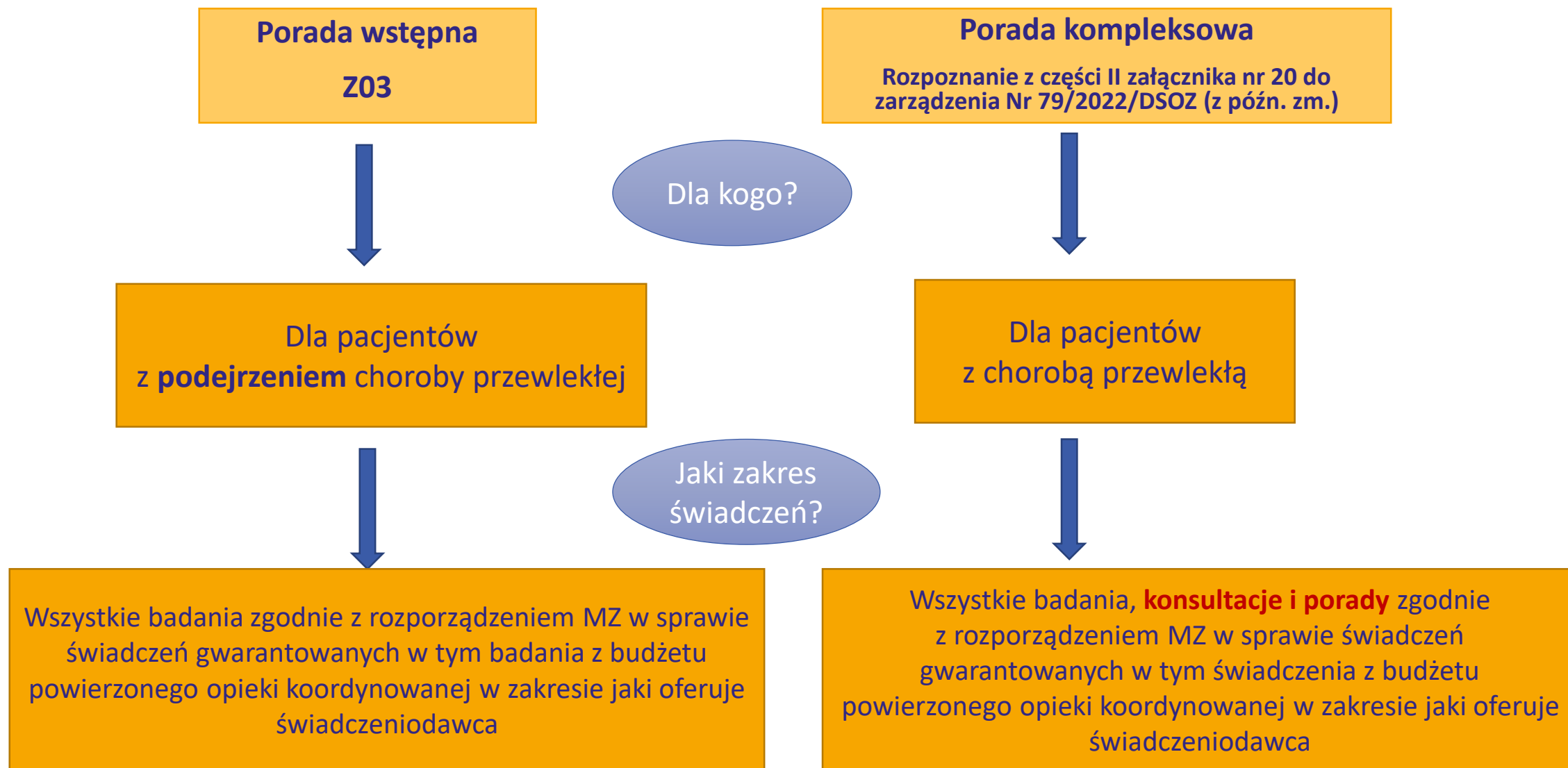
- ✓ **Świadczenia w budżecie powierzonym opieki koordynowanej skierowane są do świadczeniobiorców powyżej 18 r. ż z podejrzeniem choroby lub z już zdiagnozowaną chorobą przewlekłą.**

Świadczenia w budżecie powierzonym opieki koordynowanej

WYCENA ŚWIADCZEŃ

Nazwa świadczenia	Wartość jednostki rozliczeniowej w zł.
BNP (NT-pro-BNP)	92,80
albuminuria (stężenie albumin w moczu)	7,85
UACR (wskaźnik albumina/kreatynina w moczu);	18,32
antyTPO (przeciwciała przeciw peroksydazie tarczycowej);	32,12
antyTSHR (przeciwciała przeciw receptorom TSH);	56,11
antyTG (przeciwciała przeciw tyreoglobulinie).”	26,03
EKG wysiłkowe (próba wysiłkowa EKG);	106,26
Holter EKG 24 godz. (24 godzinna rejestracja EKG);	137,06
Holter EKG 48 godz. (48 godzinna rejestracja EKG)	147,06
Holter EKG 72 godz. (72-godzinna rejestracja EKG)	157,06
Holter RR (24-godzinna rejestracja ciśnienia tętniczego).	137,06
USG Doppler tętnic szyjnych	106,26
USG Doppler naczyń kończyn dolnych	106,26
ECHO serca przezklatkowe	106,26
spirometria	38,50
spirometria z próbą rozkurczową	46,20
biopsja aspiracyjna cienkoigłowa tarczycy celowana do 2 procedur (u dorosłych)	398,86
biopsja aspiracyjna cienkoigłowa tarczycy celowana (u dorosłych) co najmniej 3 procedury	800,80
konsultacja z lekarzem specjalistą (lekarz poz - lekarz specjalista)	81,65
konsultacja z lekarzem specjalistą (pacjent - lekarz specjalista)	120,75
porada edukacyjna	42,03
konsultacja dietetyczna	50,52
porada kompleksowa	171,93

Świadczenia w budżecie powierzonym opieki koordynowanej



Świadczenia w budżecie powierzonym opieki koordynowanej

KOORDYNATOR OPIEKI

Nowy zakres **rozszerza zadania koordynatora opieki** o nowe zadania.

Dlatego:

- *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.***

Świadczenia w budżecie powierzonym opieki koordynowanej

KOORDYNATOR OPIEKI

Zadania koordynatora:

1. monitorowanie obiegu dokumentacji medycznej świadczeniobiorcy, w tym nadzór nad jej kompletnością,
2. nawiązywanie i utrzymywanie kontaktu ze świadczeniobiorcą i jego rodziną podczas procesu leczenia,
3. ustalanie terminów realizacji poszczególnych etapów opieki zdrowotnej,
4. zapewnienie komunikacji pomiędzy personelem administracyjnym, a personelem medycznym zarówno podmiotu leczniczego, w którym jest zatrudniony oraz innych świadczeniodawców zaangażowanych w proces udzielania świadczeń,
5. udzielanie informacji związanych z procesem koordynacji i funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej,
6. analizowanie i udział w doborze populacji świadczeniobiorców objętych opieką do odpowiednich interwencji zdrowotnych,
7. monitorowanie realizacji Indywidualnych Planów Opieki Medycznej, o których mowa w art. 14 ust. 1 pkt 2 ustawy o poz,
8. zadania dotyczące promowania profilaktyki.

Świadczenia w budżecie powierzonym opieki koordynowanej

KOORDYNATOR OPIEKI

1. Zalecana liczba świadczeniobiorców objętych opieką koordynatora realizującego zadania, o których mowa w § 39 w ust. 2 pkt 2 nie powinna przekraczać 5000 osób na 1 etat przeliczeniowy. Liczbę osób objętych opieką koordynatora opieki oblicza się na podstawie deklaracji wyboru lekarza poz z grupy wiekowej osób w wieku powyżej 18 roku życia.
2. Wartość stawki dla koordynatora opieki w budżecie powierzonym opieki koordynowanej, korygowana jest współczynnikiem - 1,25 dla świadczeniobiorców z grupy wiekowej osób powyżej 18 roku życia.

Wartość jednostki rozliczeniowej koordynatora wynosi :

6,72 zł (stawka roczna) x wskaźnik korygujący 1,25

Ważne:

- ✓ **Świadczeniodawca może realizować tylko jeden zakres zadań koordynatora.**

Świadczenia w budżecie powierzonym opieki koordynowanej

ROZLICZANIE

Nowy zakres świadczeń **nie wyklucza korygowania współczynnikiem 3,2 stawki kapitacyjnej** dla pacjentów z chorobami przewlekłymi co oznacza, że:

budżet powierzony opieki koordynowanej oraz współczynnik 3,2 to współistniejące finansowanie świadczeń udzielanych przez lekarza poz w ramach umowy w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna.

Przypomnienie :

- *liczba porad lekarza poz udzielonych osobom z powodu choroby, o której mowa w części I załącznika nr 20 do zarządzenia Nr 79/2022/DSOZ Prezesa NFZ (z późn. zm.), **nie może być mniejsza niż jedna przypadająca na 3 kolejne okresy sprawozdawcze,***
- *udzielenie osobie świadczenia ambulatoryjnej opieki specjalistycznej z powodu choroby przewlekłej, **powoduje wstrzymanie rozliczenia** stawki kapitacyjnej współczynnikiem 3,2 na 12 kolejnych okresów sprawozdawczych, liczonych od daty udzielenia tego świadczenia,*
- *udzielenie porady w AOS nie powoduje ograniczenia w realizacji opieki koordynowanej w poz.*

Świadczenia w budżecie powierzonym opieki koordynowanej

ROZLICZANIE

1. W umowach ze świadczeniodawcami na realizację świadczeń w budżecie powierzonym opieki koordynowanej **wyodrębnia się oddzielny budżet**,
2. W przypadku rozszerzenia przez świadczeniodawcę o kolejne grupy dziedzinowe budżet ulega **zwiększeniu**,
3. Wysokość budżetu powierzonego opieki koordynowanej podobnie jak budżetu powierzonego diagnostycznego jest określana **do zawartej ze świadczeniodawcą umowy** a nie do miejsca udzielania świadczeń,
4. Świadczeniodawca przekazuje informacje o zrealizowanych świadczeniach w ramach budżetu powierzonego opieki koordynowanej zgodnie z **obowiązującymi zasadami** (w terminie do 10 dnia po upływie każdego okresu sprawozdawczego).
5. W przypadku realizacji przez świadczeniodawcę zakresu - świadczenia w budżecie powierzonym opieki koordynowanej, gdy środki finansowe zawarte w umowie zostaną wykorzystane w ramach realizacji w/w świadczeń, zastosowanie mają przepisy § 43 Ogólnych Warunków Umów.

Ważne:

- ✓ **świadczeniodawca może złożyć wniosek o zwiększenie budżetu powierzonego do OW NFZ ,**
- ✓ **OW NFZ może wyrazić zgodę na zwiększenie budżetu powierzonego świadczeniodawcy jeśli w planie finansowym posiada środki na ten cel**

Dziękuję

NFZ

Narodowy Fundusz Zdrowia