ValueBased HealthCare | Dragons 2022

Organizatorzy:

INNOWO

POLSKA KOALICJA MEDYCYNY PERSONALIZOWANEJ STOWARZYSZENIE

Formularz Aplikacyjny

VBHC Dragons edycja polska

ValueBased HealthCare | Dragons 2022

WAŻNE DATY:

Zakończenie nadsyłania aplikacji:

28.02.2022

Ogłoszenie laureatów:

22.03.2022

VI FORUM PKMP - Gala rozdania nagród:

05.04.2022

Formularz należy wysłać na adres e-mail:vbhc@innowo.org.

Formularz aplikacyjny zawiera

Część 1: Dane kontaktowe	3
Część 2: Opis projektu	2
Część 3: Szczegółowe dane na temat projektu	6
Część 4: Dodatkowe informacje	17
Appendix A. Wyjaśnienia poszczególnych składowych	18
Appendix B. Uwarunkowania kliniczne	19
Appendix C. Rezultaty medyczne istotne dla pacjenta	21
Appendix D. Zintegrowane jednostki opieki	22
Appendix E. Finansowanie w oparciu o jakość – płatność pakietowa	23

Część 1: Dane kontaktowe

1.1. Dane kontaktowe

Nazwa projektu:	
Nazwa organizacji:	
Adres:	
Kod pocztowy:	
Kraj:	
E-mail:	
Numer telefonu:	

1.2. Logo

Prosimy zamieścić logo instytucji/projektu w poniższej tabeli lub przesłać drogą elektroniczną w formacie pdf lub PNG, w jakości umożliwiającej jego publikację

1.3. Osoba do kontaktu

Imię i nazwisko	
Tytuł:	
Stanowisko:	

E-mail:	
Telefon:	

Część 2: Opis projektu

2.1. Cel

Opis celu projektu. Prosimy ograniczyć się do 1-2 zdań.

2.2. Opis kluczowej wartości projektu

Max 5 zdań.

2.3. Opis założeń zgłaszanego projektu

Prosimy o przedstawienie krótkiego podsumowania założeń zgłaszanego projektu. Co czyni Państwa inicjatywę unikalną? Prosimy zawrzeć w opisie sytuację wyjściową i znaczenie projektu dla systemu ochrony zdrowia, stopień zaangażowania pacjentów, zasięg projektu i najważniejsze pierwsze wyniki oraz informację o nawiązanej współpracy, partnerstwach. Ten opis będzie dostępny do publicznej dystrybucji. Max 500 słów

2.4. Opis wyników projektu

Patrz Załącznik A gdzie znajdują się informacje na temat kryteriów VBHC. Prosimy o szczegółowe odpowiedzi na poniższe pytania. Opis powinien pokazać dlaczego i w jaki sposób dany projekt jest istotny dla systemu ochrony zdrowia.

I. Poprawa jakości leczenia/opieki and pacjentem. Max 100 słów.

Jakiego problemu medycznego dotyczy projekt? Jak określona jest wartość dla pacjenta? Czy określono efekty zdrowotne dla chorego i dla danego stanu chorobowego? Jakie są kryteria oceny?

II. Czy projekt jest ukierunkowany na pacjenta i jego otoczenie. Max 100 słów.

Jak pacjent i jego otoczenie społeczne (rodzina, przyjaciele) są zaangażowani w projekt?

III. *Zintegrowane zespoły opieki* IPUs. Max 100 słów.

Czy projekt zakłada zaangażowanie interdyscyplinarnych zespołów opieki tzw. zintegrowanych jednostek opieki (IPUs)?

IV. Czy projekt ma szanse na rozwój i zwiększenie skali lub obecnie jest w fazie skalowania? Max 100 słów.

Czy projekt jest efektywny ekonomicznie w ramach pełnego procesu diagnostyki i leczenia. Czy koszty są przejrzyste w całym cyklu opieki? Czy ten projekt ma wpływ na obniżenie kosztów procesu diagnostyczno- terapeutycznego? Max 100 słów.

V. W jaki sposób projekt stymuluje poprawę jakości leczenia pacjenta poprzez zaangażowanie i edukację zespołu? Max 100 słów.

Część 3: Szczegółowy opis projektu

Patrz Załącznik B – opis uwarunkowań klinicznych informacji na temat warunków medycznych

3.1.1. Uwarunkowania kliniczne – Part I

Obszar terapeutyczny (np. onkologia, choroby psychiczne, opieka and osobami starszymi, profilaktyka)	
Jednostka chorobowa (np. choroba wieńcowa)	
Epidemiologia	

3.1.2. Opis procesu diagnostyczno -terapeutycznego

Opisz proces diagnostyczno-terapeutyczny. Wskaż etap początkowy i końcowy Max 300 słów.

3.1.2. Uwarunkowania kliniczne – Część II

Ocena początkowego stanu zdrowia pacjenta

Czynniki demograficzne (np. wiek, płeć, pochodzenie)	
Czynniki kliniczne (np. choroby współistniejące, zdrowie psychiczne)	
Czynniki ekonomiczno – społeczne (np. wykształcenie, zawód)	
Zachowania wpływające na stan zdrowia (np. palenie, picie alkoholu)	
Jakość życia	

3.1.3. Ocena satysfakcji pacjenta

Prosimy wskazać w jakich obszarach projekt poprawia satysfakcję chorego w trakcie procesu diagnostyczno-terapeutycznego (np. dostęp do usług i zasobów, efekt terapii, koordynacja i bezpieczeństwo terapii, zapewnienie dobrostanu fizycznego i psychicznego). Max 300 words

3.2.1 Wyniki zdrowotne pacjentów – Part I

Jakie mierniki będą stosowane w projekcie? Proszę wskazać, na którym poziomie znajdują się w hierarchii założonych efektów (patrz załącznik C). Jeśli oczekiwane efekty nie mieszczą się w podanych rejestrach, należy wskazać inne. Ponadto prosimy wskazać trzy najważniejsze mierniki , aby pokazać, które z nich mają największy wpływ na końcowy wynik projektu.

		Założone wyniki	Proszę uszeregować trzy najważniejsze wyniki, na które inicjatywa ma największy wpływ. (od najmniejszy wpływ 1; największy wpływ 3)
Poziom 1	**Wskaźniki przeżycia** (1 rok, 3 lata, >3 lat, etc.)		
	Ocena stopnia odpowiedzi klinicznej na wdrożoną interwencję (stan reemisji poprawa stopnia sprawności, odpowiedź na leczenie – całkowita, częściowa, stabilizacja)		
Poziom 2	**Ocena czasu odpowiedzi (poprawy stopnia sprawności)**		
	Ocena skutków ubocznych terapii		
Poziom 3	**Ocena czasu trwania odpowiedzi (**nawrót, stabilny stan zdrowia)		

	Ocena późnych powikłań i długoterminowych efektów zdrowotnych		
	Inne		

3.2.2. Wyniki zdrowotne – Part II

Proszę wyjaśnić, dlaczego i w jaki sposób 3 najważniejsze kryteria mają największy wpływ na jakość leczenia i opieki nad pacjentem. Prosimy uwzględnić również, jeśli korzystają Państwo z gotowych zestawów wskaźników medycznych odpowiednich dla pacjenta. Przykładowe zestawy wskaźników to: ICHOM, NHS, lokalne rejestry, wytyczne międzynarodowych stowarzyszeń,. Max 100 słów na wskaźnik/kryterium

1.
2.
3.

3.3. Zasięg populacyjny projektu.

Proszę wskazać ilu pacjentów może skorzystać dzięki Państwa projektowi w optymalnych warunkach

Ilość pacjentów w ciągu roku Całkowita ilość pacjentów	
Procentowy udział pacjentów w różnej kondycji zdrowotnej	

3.4. Stopień zaangażowania pacjentów w projekt.

- Jaki jest stopień zaangażowania pacjenta?
- Jaki jest stopień zaangażowania otoczenia społecznego – rodziny/przyjaciół ?
- Czy są lub będą wykorzystywane innowacyjne technologie i z obszaru e-zdrowia?
- Max 300 słów

3.5. Zespoły koordynacyjne procesu diagnostyczno – terapeutycznego.

- Czy w inicjatywę są zaangażowane zespoły koordynacyjne? Jeśli tak prosimy opisać jak są zorganizowane i jak powstały.
    - Jeśli nie dotyczy prosimy opisać potencjalne plany w tym obszarze.
- W jaki sposób angażują Państwo ekspertów, zespoły i organizacje spoza Państwa instytucji/zespołu?
- Max 500 słów

3.7. Zasięg populacyjny projektu

Czy obecnie starają się Państwo zwiększyć zasięg projektu lub czy planują Państwo rozszerzenie projektu w przyszłości? Max 200 słów

3.8. Efektywność kosztowa

3.8.1. Wpływ projektu na obniżenie kosztów diagnostyki i terapii.

Jaki jest wpływ projektu na utrzymanie kosztów na obecnym poziomie lub ich obniżenie w skali roku? Max 200 słów



3.8.3. Kontrakty

Proszę o opisanie jaki byłby rekomendowany model finansowania, w którym premiowana byłaby jakość leczenia. (patrz Załącznik E Finansowanie w oparciu o jakość)? Max 100 słów.

3.9. Wyniki

Jakie są najważniejsze oczekiwane wyniki końcowe projektu?

A. Wyniki Max 200 słów.

B. Koszty. Max 200 słów.

C. Ocena satysfakcji zespołu. Max 200 słów.

Część 4: Dodatkowe informacje

a) Deklaracja:

Przesyłając ten dokument, oświadczasz, że powyższe informacje są prawdziwe i dokładne zgodnie z Twoją najlepszą wiedzą oraz, że wszystkie dane pacjentów zostały wykorzystane zgodnie z obowiązującymi przepisami. Udzielasz nam prawa do publikowania streszczeń projektu we wszystkich mediach.

……..
…….
Miejsce, data *Podpis*

----------Koniec formalnej części zgłoszenia ----------

Załącznik A. Opis poszczególnych części wniosku

1. Podniesienie jakosci leczenia i opieki nad pacjentem:

Podniesienie jakości leczenia i opieki może być osiągnięte na trzy sposoby:

1) podniesienie wyników przy utrzymaniu stałych kosztów

2) zmniejszenie kosztów przy utrzymaniu jakości leczenia

3) najbardziej optymalna sytuacja to zwiększenie wyników i jakosci leczenia przy zmniejszeniu kosztów



2. Mierniki i poprawa wyników

Mierniki powinny uwzględniać efekty zdrowotne najbardziej istotne dla pacjenta, w tym obejmować efekty długo i krótkoterminowe.

3. System ukierunkowany na pacjenta

Koncepcja VBHC zakłada poprawę opieki zdrowotnej poprzez wykorzystanie wszystkich szczebli zarządzania. Zaangażowanie lekarzy i zespołów medycznych oraz pacjentów i ich rodzin pozwala na dokonanie zmian w rozumieniu opieki zdrowotnej opartej na wartości. W proces kształtowania i wdrażania jakości powinny zaangażować się wszystkie podmioty systemu.

4. Zespoły koordynacyjne - zintegrowane jednostki opieki

Zintegrowane jednostki opieki to jednostki organizacyjne, które łączą wiele specjalizacji i funkcji związanych z chorobą, o odrębnej strukturze organizacyjnej, ze spójnym zestawem umów / kontraktów, w celu zapewnienia maksymalnej wartości dla pacjentów przy minimalnych możliwych kosztach. Obejmują one pełen zakres wiedzy medycznej, umiejętności technicznych i potrzebnych specjalistycznych urządzeń, a także zarządzanie i koordynację IPU i jej interfejsów.

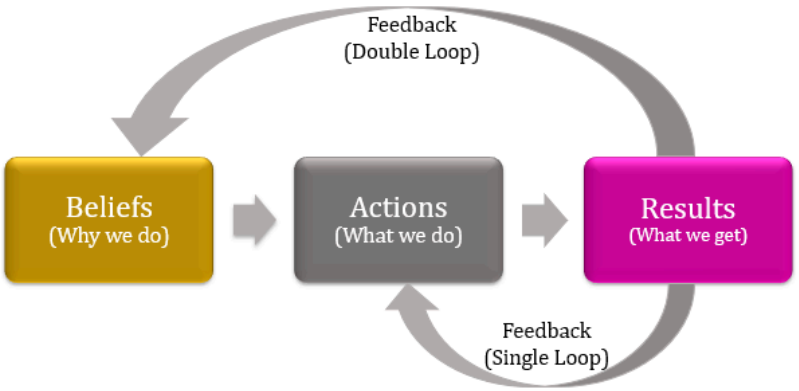
5. Efektywność kosztowa w procesie diagnostyki i terapii

Efektywność kosztowa jest czynnikiem w opiece zdrowotnej wpływającej na wartość poprawy zdrowia . Bardziej pożądane dla systemu ochrony zdrowia są rozwiązania, które są nie tylko efektywne klinicznie, ale mniej kosztowne. W niektórych sytuacjach zakładana efektywność kosztowa, może być widoczna w obserwacji długoterminowej. Na przykład skuteczna i szybka diagnostyka może przełożyć się na prawidłową kwalifikację do terapii
i uzyskanie lepszych efektów klinicznych. Może to oznaczać początkowo zwiększone koszty badań, jednak ponieważ pomaga w podniesieniu skuteczności dalszej interwencji, na dalszym etapie zmniejsza koszty leczenia, dlatego w ten sposób podnosi jakość leczenia.

6. Możliwość wdrożenia w szerokim zakresie zagadnień związanych z opieką zdrowotną, a także mające potencjał do zastosowania w skali populacyjnej.

W przypadku VBHC ważne jest, aby organizacje poszerzały wiedzę poprzez uczenie się w tzw. podwójnej pętli *, aby cały czas konfrontować i kwestionować osiągane wyniki. Jest to niezbędne, aby stopniowo ulepszać inicjatywy i zwiększać skalę i aby przyciągnąć wystarczającą liczbę pacjentów.

*Double-Loop Learning



Załącznik B. Uwarunkowania kliniczne

Stan chorobowy to zespół powiązanych ze sobą zjawisk klinicznych, które:

1. trzeba traktować w sposób zintegrowany,

2. są definiowane z perspektywy pacjenta, oraz

3. mogą wykraczać poza jedną specjalizację - na przykład w przypadku cukrzycy oznacza to zintegrowaną opiekę dotyczycącą schorzeń, takich jak nadciśnienie, choroby nerek i problemy naczyniowe. Początkowy stan pacjent w dużym stopniu wpływa na osiągane wyniki wyniki medyczne. W zależności od zaawansowania choroby i stanu pacjenta mają oni relatywnie różną pozycję wyjściową, zanim wejdą do cyklu opieki.

.

Kategorie początkowego stanu zdrowia pacjenta (IPCs)	**Przykłady czynników ryzyka**	
Czynniki demograficzne	a) wiek b) płeć c) rasa	
Czynniki kliniczne	a) Stopień sprawności b) Choroby współistniejące	
Czynniki społeczno-eknomiczne	a) Edukacja b) Status ekonomiczny c) Zawód	
Zachowania/nałogi	a) Palenie tytoniu b) picie alkoholu	

Załącznik C. Istotne dla pacjenta wyniki kliniczne

Poniższa tabela opiera się na pracy prof. Michela Portera i jego zespołu

		Przykład (Rak piersi)
Poziom 1 – Osiągnięty status zdrowotny Wyniki na tym poziomie mierzą bezpośredni i krótkoterminowy wpływ opieki na stan zdrowia (funkcjonowanie fizyczne, psychiczne) pacjenta, przy czym przeżycie stanowi najbardziej wyraźny i jednoznaczny rezultat na szczycie hierarchii.	**Przeżycie**	Stopień przeżycia (1, 3, 5 lata, dłużej)
	Stopień powrotu do zdrowia	Stopień odpowiedzi klinicznej Stopień sprawności Stopień poprawy stanu psychicznego
Poziom 2 – Proces powrotu do zdrowia Wyniki na tym poziomie mierzą zarówno czas do powrotu do zdrowia lub normalnego funkcjonowania, jak i niepożądane skutki opieki zapewnionej pacjentowi, które utrudniają oczekiwany powrót do zdrowia lub wydłużają proces powrotu do zdrowia.	**Czas do powrotu do zdrowia**	Czas do uzyskania odpowiedzi klinicznej
	Niepożądane działania uboczne	Infekcja szpitalna Nudności wymioty Gorączka neutropeniczna
Poziom 3 – stabilizacja stanu zdrowia Wyniki w tym poziomie wykazują czy korzyści zdrowotne i odzyskane funkcje są trwałe w perspektywie długoterminowej. Długoterminowe sukcesy opieki, a także długoterminowe niepożądane konsekwencje, takie jak choroby wywołane terapią, są umieszczane na tym poziomie.	**Stabilność stanu zdrowia**	Nawrót raka Trwałość stanu zdrowia Powikłania związane z płodnością / ciążą
	Długoterminowe skutki terapii/ działania uboczne	Nowotwory współistniejące/Wtórne nowotwory

Załącznik D. Zintegrowane Jednostki Opieki

Aby zintegrować wszystkie aktualne medyczne, paramedyczne i pozostałe działania w systemie ochrony zdrowia wokół pacjenta, należy utworzyć zintegrowane jednostki opieki (ang. Integrated Practice Unit, IPU). W celu ich poprawnego działania konieczne są odpowiednie czynności zarządcze i koordynacyjne.

Przykładowe rozwiązania IPU to:

I. IPU zlokalizowana fizycznie

Martini-Klinik Prostatakrebszentrum

W ramach IPU:

i. Sześcioro profesorów zwyczajnych urologii
ii. Jeden profesor nadzwyczajny
iii. Dwoje lekarzy urologów

Poza IPU:

i. Asystenci
ii. Zespół pogotowia ratunkowego
iii. Pracownicy obsługi

II. IPU połączone siecią

ParkinsonNet

W ramach IPU:

i. Neurolodzy
ii. Pielęgniarki
iii. Fizjoterapeuci
iv. Terapeuci zajęciowi
v. Pacjenci
vi. Zarządzający szpitalem

Poza IPU:

i. Ubezpieczyciele

ii. Firmy farmaceutyczne

Załacznik E. Finansowanie jakości dla pacjenta: płatności pakietowe – płacenie za jakość

Zaangażowanie i budowanie zaufania płatników i innych interesariuszy systemu ma kluczowe znaczenie dla poprawy wartości dla pacjenta i odpowiedniego dzielenia się płynącymi z tego korzyściami. Cztery istotne elementy umowy bazującej na koncepcji ochrony zdrowia opartej o wartość mogą przyczynić się do osiągnięcia obopólnych korzyści.

Kluczowe elementu umowy bazującej na koncepcji ochrony zdrowia opartej o wartość, zawieranej między płatnikiem a usługodawcą

