Formularz Aplikacyjny

VBHC Dragons edycja polska



WAŻNE DATY:

Zakończenie nadsyłania aplikacji:

07.03.2020

Ogłoszenie laureatów:

18.03.2020

VI FORUM PKMP - Gala rozdania nagród:

22.04.2020

Formularz aplikacyjny zawiera

[Część 1: Dane kontaktowe 3](#_Toc61941035)

[Część 2: Opis projektu 2](#_Toc61941036)

[Część 3: Szczegółowe dane na temat projektu 6](#_Toc61941037)

[Część 4: Dodatkowe informacje 17](#_Toc61941038)

[Appendix A. Wyjaśnienia poszczególnych składowych 18](#_Toc61941039)

[Appendix B. Uwarunkowania kliniczne 19](#_Toc61941040)

[Appendix C. Rezultaty medyczne istotne dla pacjenta 21](#_Toc61941041)

[Appendix D. Zintegrowane jednostki opieki 22](#_Toc61941042)

[Appendix E. Finansowanie w oparciu o jakość – płatność pakietowa 23](#_Toc61941043)

# Część 1: Dane kontaktowe

* 1. **Dane kontaktowe**

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

* 1. **Logo**

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

* 1. **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.

1. 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?*

|  |
| --- |
|  |

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

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

|  |
| --- |
|  |

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

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

|  |
| --- |
|  |

1. 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.

|  |
| --- |
|  |

1. 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. wyksztalcenie, 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?

1. Wyniki Max 200 słów.

|  |
| --- |
|  |

1. Koszty. Max 200 słów.

|  |
| --- |
|  |

1. Ocena satysfakcji zespołu. Max 200 słów.

|  |
| --- |
|  |

# Część 4: Dodatkowe informacje

1. 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 --------------------------------

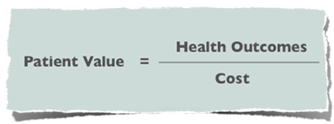
Załącznik A. Opis poszczególnych części wniosku

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

1. Mierniki i poprawa wyników

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

1. 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.

1. 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.

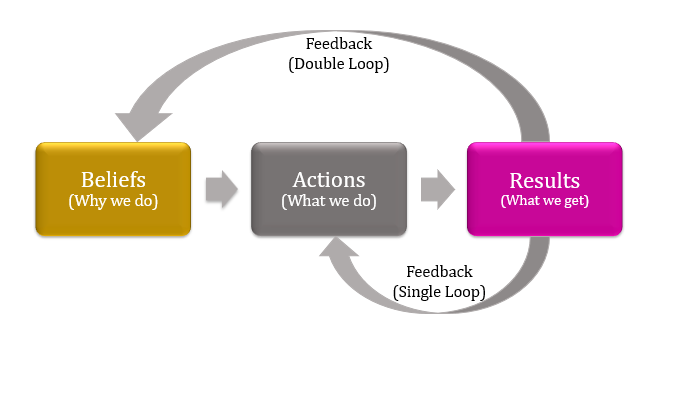
1. Efektywność kosztowa w procesie diagnostyki i terapii

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.

1. 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 | 1. wiek 2. płeć 3. rasa |  |
| Czynniki kliniczne | 1. Stopień sprawności 2. Choroby współistniejące |
| Czynniki społeczno-eknomiczne | 1. Edukacja 2. Status ekonomiczny 3. Zawód |
| Zachowania/nałogi | 1. Palenie tytoniu 2. 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** | Stopięń 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/ dzialania 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:

1. IPU zlokalizowana fizycznie



W ramach IPU:

1. Sześcioro profesorów zwyczajnych urologii
2. Jeden profesor nadzwyczajny
3. Dwoje lekarzy urologów

Poza IPU:

1. Asystenci
2. Zespół pogotowia ratunkowego
3. Pracownicy obsługi
4. IPU połączone siecią



W ramach IPU:

1. Neurolodzy
2. Pielęgniarki
3. Fizjoterapeuci
4. Terapeuci zajęciowi
5. Pacjenci
6. Zarządzający szpitalem

Poza IPU:

1. Ubezpieczyciele
2. 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**

Mierzenie ograniczonego zbioru wysokiej jakości wskaźników wynikowych i profili ryzyka

Jasne zdefiniowanie stanu zdrowotnego pacjenta

Wyznaczenie określonych celów poprawy jakości w określonych ramach czasowych

Zainwestowanie w infrastrukturę IT w celu efektywnego mierzenia i raportowania wyników

Umożliwienie obustronnego dzielenia się danymi

Zapewnienie transparentności sprawozdawanych danych

*Przewaga konkurencyjna (monitorowanie i pomiar)*

*Dzielenie ryzyka*

*Fundamentalny cel tworzenia wartości*

*Wzajemne zaufanie*

Zdefiniowanie stopniowych korzyści i strat w celu minimalizacji ryzyka

Jasne ograniczenie zakresu umowy

Zastosowanie narzędzi ograniczania ryzyka odpowiednio skonstruowane zapisy umów lub i realizacji określonych swidczeń \_

Utworzenie dedykowanego, międzydyscyplinarnego zespołu ds. realizacji umowy

Zaangażowanie liderów środowiska lekarskiego

Zdefiniowanie i dopasowanie celów organizacyjnych wśród zaangażowanych interesariuszy