

Lp.	Roczny Plan Działania na 2018 r.	Było	Jest
1.	<p>Roczny Plan Działania dla V Osi Priorytetowej PO WER <i>Wsparcie dla obszaru zdrowia</i> opracowany przez Ministerstwo Zdrowia</p> <p>Działanie 5.2 <i>Działania pro jakościowe i rozwiązania organizacyjne w systemie ochrony zdrowia ułatwiające dostęp do niedrogich, trwałych oraz wysokiej jakości usług zdrowotnych</i></p> <p>Fiszka projektu pozakonkursowego wdrożeniowego Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.</p>	<p><b>Brak fiszki projektu</b></p>	<p>Fiszka nowego projektu pozakonkursowego wdrożeniowego Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji pt. <i>Racjonalne decyzje w systemie ochrony zdrowia, ze szczególnym uwzględnieniem regionalnej polityki zdrowotnej.</i></p> <p>Fiszka stanowi załącznik nr 1 do tabeli.</p>
2.	<p>Roczny Plan Działania dla V Osi Priorytetowej PO WER <i>Wsparcie dla obszaru zdrowia</i> opracowany przez Ministerstwo Zdrowia</p> <p>Działanie 5.2 <i>Działania pro jakościowe i rozwiązania organizacyjne w systemie ochrony zdrowia ułatwiające dostęp do niedrogich, trwałych oraz wysokiej jakości usług zdrowotnych</i></p> <p>Fiszka projektu pozakonkursowego wdrożeniowego Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia.</p>	<p><b>Brak fiszki projektu</b></p>	<p>Fiszka nowego projektu pozakonkursowego wdrożeniowego Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia pt. <i>Poprawa jakości świadczonych usług medycznych poprzez zapoznanie i przeszkolenie pracowników podmiotów leczniczych z podstawowymi terminami i procesami związanymi z informatyzacją placówki oraz prowadzeniem i wymianą Elektronicznej Dokumentacji Medycznej.</i></p> <p>Fiszka stanowi załącznik nr 2 do tabeli.</p>
3.	<p>Roczny Plan Działania dla V Osi Priorytetowej PO WER <i>Wsparcie dla</i></p>	<p><b>Brak fiszki projektu</b></p>	<p>Fiszka nowego projektu pozakonkursowego koncepcyjnego Narodowego Funduszu Zdrowia pt. <i>Pacjent – świadczeniodawca – płatnik zmiany w</i></p>

<p>obszaru zdrowia opracowany przez Ministerstwo Zdrowia</p> <p><i>Działanie 5.2 Działania pro jakościowe i rozwiązania organizacyjne w systemie ochrony zdrowia ułatwiające dostęp do niedrogich, trwałych oraz wysokiej jakości usług zdrowotnych</i></p> <p>Fiszka projektu pozakonkursowego koncepcyjnego Narodowego Funduszu Zdrowia.</p>		<p><i>zakresie list oczekujących usprawniające system opieki zdrowotnej.</i></p> <p>Fiszka stanowi załącznik nr 3 do tabeli.</p>
--	--	--

Załącznik nr 1 – fiszka nowego projektu pozakonkursowego wdrożeniowego Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji pt. *Racjonalne decyzje w systemie ochrony zdrowia, ze szczególnym uwzględnieniem regionalnej polityki zdrowotnej*

<b>DZIAŁANIE/PODDZIAŁANIE PO WER</b>	5.2. Działania projakościowe i rozwiązania organizacyjne w systemie ochrony zdrowia ułatwiające dostęp do niedrogich, trwałych oraz wysokiej jakości usług zdrowotnych
<b>FISZKA PROJEKTU POZAKONKURSOWEGO WDROŻENIOWEGO</b> <i>AOTMiT</i>	
<b>PODSTAWOWE INFORMACJE O PROJEKCIE</b>	
Tytuł lub zakres projektu <sup>1</sup>	Racjonalne decyzje w systemie ochrony zdrowia, ze szczególnym uwzględnieniem regionalnej polityki zdrowotnej
Uzasadnienie realizacji projektu w trybie pozakonkursowym <sup>2</sup>	<p>Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT) jest państwa jednostką nadzorowaną przez Ministra Zdrowia, która pełni funkcję opiniodawczo-doradczą. Agencja, opiniując regionalne programy polityki zdrowotnej, pośrednio wpływa na kształtowanie polityki zdrowotnej w regionach. Podstawowym aktem prawnym regulującym funkcjonowanie w systemie ochrony zdrowia programów polityki zdrowotnych jest ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r., poz. 1793 z późn. zm). Jednostki samorządu terytorialnego opracowujące, wdrażające, realizujące i finansujące programy polityki zdrowotnej mają obowiązek przekazania projektu programu do AOTMiT w celu zaopiniowania. Wydawana przez Prezesa Agencji opinia ma na celu wskazanie nieścisłości i nieprawidłowości, które pojawiają się w projekcie i przedstawienie sposobów ich skorygowania w odniesieniu do dostępnych dowodów naukowych.</p> <p>Biorąc pod uwagę rosnące zainteresowanie regionów realizacją programów polityki zdrowotnej, Agencja opracowała w 2016 roku Instrukcję do poprawnego ich tworzenia, która stanowi zbiór niezbędnych i podstawowych informacji przydatnych dla regionów. Niemniej jednak nadal niezagospodarowana zostaje przestrzeń rozwiązywania problemów, z którymi spotykają się regiony w zakresie realizacji opisanych zadań. Agencja posiada odpowiednie zasoby, które pozwolą na prowadzenie cyklicznych szkoleń i warsztatów podnoszących kwalifikacje osób zaangażowanych w realizację zadań z zakresu regionalnej polityki zdrowotnej.</p> <p>Należy także zaznaczyć, że z dniem 1 lipca 2017r. wchodzi w życie ustawa z dnia 9 marca 2017r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. poz. 759), która zgodnie z art. 1. nakłada na Agencję obowiązek opiniowania zaleceń postępowania diagnostycznego i leczniczego. Dotychczas standardy te powstawały niezależnie w ramach towarzystw naukowych. Obecnie w ramach realizacji tego zadania Agencja planuje stworzyć wytyczne z zakresu tworzenia, adaptowania wytycznych zgodnie z zasadami EBM, które połączone wspólnie ze szkoleniami i warsztatami mają na celu ujednoczenie sposobu ich powstawania, co w perspektywie wieloletniej przyczyni się do ujednoczenia standardów diagnostycznych i terapeutycznych w regionach.</p>

<sup>1</sup> Należy wskazać roboczą nazwę projektu albo skrótowo opisać istotę, zakres przedmiotowy projektu.

<sup>2</sup> W szczególności w świetle art. 38 ust. 2 i 3 ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020 (Dz. U. z 2017 r. poz. 1460 oraz 1475) oraz podrozdziału 5.2.1 *Polityka spójności*, rozdziału 5.2 *Zasady wyboru projektów* Umowy Partnerstwa z dnia 21 maja 2014 r.

	AOTMiT z uwagi na swój zakres działalności jest właściwą i jedyną organizacją, która posiada odpowiednie zaplecze merytoryczne i zasoby do przeprowadzenia opisanych wyżej działań.
Cel szczegółowy PO WER, w ramach którego projekt będzie realizowany	Wdrożenie działań projakościowych i rozwiązań organizacyjnych w systemie ochrony zdrowia ułatwiających dostęp do niedrogich, trwałych oraz wysokiej jakości usług zdrowotnych
Priorytet inwestycyjny	9.IV
Typ/typy projektów przewidziane do realizacji w ramach projektu	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Szkolenia pracowników administracyjnych i zarządzających podmiotami leczniczymi, jak również przedstawicieli płatnika i podmiotów tworzących, służące poprawie efektywności funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, ze szczególnym uwzględnieniem rozwoju zdolności analitycznych i audytu wewnętrznego w jednostkach systemu ochrony zdrowia.</li> <li>2. Działania na rzecz rozwoju dialogu społecznego oraz idei społecznej odpowiedzialności instytucji systemu ochrony zdrowia, poprzez m.in. wsparcie współpracy administracji systemu ochrony zdrowia z organizacjami pacjentskimi</li> </ol>
Cel główny projektu	<p>Poprawa efektywności systemu ochrony zdrowia w zakresie:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• tworzenia samorządowych programów polityki zdrowotnej,</li> <li>• regionalnych strategii ochrony zdrowia,</li> <li>• świadczeń objętych finansowaniem ze środków publicznych,</li> <li>• procesu taryfikacji,</li> <li>• procesu terapeutycznego.</li> </ul>
Główne zadania przewidziane do realizacji w projekcie ze wskazaniem grup docelowych	<p><b><u>Główne zadania w projekcie</u></b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>Wypracowanie i przeprowadzenie programów szkoleń (ok. 50 % kosztów bezpośrednich)</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. <u>z zakresu tworzenia projektów programów polityki zdrowotnej (PPZ), raportów końcowych z realizacji PPZ oraz wykorzystywania wniosków płynących z dowodów naukowych obejmujące:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• przedstawienie i omówienie aktualnego prawodawstwa związanego z systemem opieki zdrowotnej w Polsce, ze szczególnym naciskiem na zagadnienia związane ze zdrowiem publicznym;</li> <li>• analizę wpływu potencjalnych decyzji z zakresu zdrowia publicznego na funkcjonowanie całego systemu ochrony zdrowia w Polsce;</li> <li>• przedstawienie podstawowych pojęć z zakresu EBM i HTA;</li> <li>• sposoby poprawnego wyszukiwania dowodów naukowych użytecznych w tworzeniu projektów PPZ</li> <li>• tworzenie projektów PPZ i raportów końcowych w oparciu o wytyczne AOTMiT;</li> <li>• wykorzystanie w praktyce informacji zawartych w wydawanych przez Prezesa Agencji dokumentach,</li> </ul> </li> </ol> </li> </ol> <p><u>Grupa docelowa:</u> przedstawiciele organów założycielskich podmiotów leczniczych, w tym pracownicy jednostek samorządu terytorialnego, osoby biorące udział w tworzeniu</p>

regionalnej polityki zdrowotnej, przedstawiciele organizacji pacjenckich

- b. z zakresu tworzenia, adaptowania wytycznych zgodnie z zasadami EBM dla kadry medycznej, których celem będzie podniesienie kompetencji kadry w zakresie tworzenia i adaptacji wytycznych klinicznych
- c. z zakresu HTA (Health Technology Assessment) i EBM (Evidence-Based Medicine) dla podmiotów tworzących system ochrony zdrowia w Polsce (Akademia HTA), które obejmować będą:
- przedstawienie i omówienie aktualnego prawodawstwa związanego z systemem opieki zdrowotnej w Polsce, ze szczególnym naciskiem na zagadnienia związane z refundacją;
  - analizę wpływu potencjalnych decyzji z zakresu refundacji na funkcjonowanie całego systemu ochrony zdrowia w Polsce,
  - przedstawienie podstawowych pojęć z zakresu EBM oraz HTA;
  - sposoby poprawnego wyszukiwania dowodów naukowych poprzez prawidłową implementację strategii wyszukiwania danych w bazach naukowych;
  - analizę danych klinicznych i ich krytyczną ocenę, w tym m.in. syntezę jakościową i ilościową wyników;
  - interpretację wyników analiz ekonomicznych i analiz wpływu na budżet oraz podstawy z zakresu wykonywania analiz farmakoekonomicznych

Grupa docelowa: pracownicy podmiotów leczniczych, w tym kadra zarządzająca w podmiotach wykonujących działalność leczniczą, pracownicy organów założycielskich dla szpitali i innych podmiotów leczniczych działający w publicznym systemie ochrony zdrowia oraz płatnika publicznego, przedstawiciele organizacji pacjenckich

związanych z procesem taryfikacji świadczeń gwarantowanych obejmujące:

- upowszechnienie/zbudowanie kompetencji kadry zarządzającej (dyrektorzy, właściciele, menadżerowie) oraz pracowników działów finansowych, rozliczeniowych, statystycznych i kodujących świadczenia w podmiotach leczniczych, w zakresie prawidłowego i efektywnego opracowywania i wykorzystania informacji gromadzonych w bazach danych klinicznych oraz kosztowych, a także podniesienie jakości przygotowywanych przez nich danych.
- podniesienie wiedzy i umiejętności pracowników administracji publicznej sektora ochrony zdrowia na rzecz wzrostu efektywności i jakości mechanizmów finansowania świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu analizy danych medycznych i kosztowych podmiotów leczniczych.

Grupa docelowa: osoby zatrudnione w podmiotach leczniczych mające wpływ na decyzje w zakresie finansów oraz pracownicy działów finansowych, zamówień publicznych, rozliczeniowych, statystycznych i kodujących podmiotów leczniczych

## **2. Stworzenie Repozytorium jako informatycznej platformy wymiany wiedzy na temat HTA i Programów Polityki Zdrowotnej (ok. 40 % kosztów bezpośrednich)**

Repozytorium jest rozwiązaniem systemowym powoływanym nowelizacją ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Zgodnie z nowymi rozwiązaniami program polityki zdrowotnej może zostać opracowany w oparciu o rekomendację Prezesa Agencji wydaną dla danej choroby lub danego problemu zdrowotnego, która została przygotowana w oparciu o dowody naukowe. Rekomendacja ta ma umożliwić podmiotowi sporządzającemu projekt

programu polityki zdrowotnej przygotowanie go we właściwy sposób, co znacznie uprości sposób przygotowania i wdrażania programów polityki zdrowotnej. Prezes Agencji będzie wydawać opinię tylko dla projektów programów polityki zdrowotnej, dla których nie zostały opublikowane odpowiednie rekomendacje. Rekomendacje będą opracowywane po uprzedniej weryfikacji zgromadzonych przez Agencję założeń projektów programów polityki zdrowotnej, na podstawie której Agencja będzie przygotowywać raport w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących danej choroby lub danego problemu zdrowotnego. Weryfikacja będzie dotyczyć założeń, czyli całego opisu interwencji planowanych w programie, ponieważ zawierają one informacje dotyczące liczby osób, które należy włączyć do programu, oraz rodzajów badań lub zabiegów, które będą wykonywane w ramach programu. Następnie Rada Przejrzystości, na podstawie raportu Agencji, będzie wydawać opinię w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programu oraz warunków realizacji programów polityki zdrowotnej, dotyczących danej choroby lub danego problemu zdrowotnego, na podstawie której Prezes Agencji wyda rekomendację w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących danej choroby lub danego problemu zdrowotnego.

**Rekomendacje będą publikowane w *Repozytorium programów polityki zdrowotnej*,**

Tym samym *Repozytorium* będzie stanowiło instrument służący opracowaniu i upowszechnieniu wiedzy na temat rekomendacji. Jednym z elementów opracowywania rekomendacji będzie poddanie ich konsultacjom, do których zaproszone będą również organizacje pozarządowe reprezentujące interesy pacjentów oraz partnerzy społeczni.

AOTMiT, z własnej inicjatywy lub z inicjatywy ministra właściwego do spraw zdrowia będzie dokonywała okresowej weryfikacji założeń zgromadzonych projektów programów polityki zdrowotnej i na podstawie tej weryfikacji będzie przygotowywała raport w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących danej choroby lub danego problemu zdrowotnego. W pracach analitycznych uwzględniane będą dane z map potrzeb zdrowotnych.

Zadanie dotyczące stworzenie *Repozytorium* obejmuje działania merytoryczne związane z powstaniem rekomendacji medycznych, ich konsultacjami oraz upowszechnieniem. Jednym z elementów tego działania jest powstanie narzędzia IT (platformy internetowej), która umożliwi proces powstawania, konsultowania, a także upowszechniania rekomendacji (szacunkowy koszt tego narzędzia to ok. 50 000,00 PLN).

Grupa docelowa: pracownicy podmiotów leczniczych oraz organów założycielskich, przedstawiciele organizacji pacjentkach

**3. Wypracowanie materiałów edukacyjnych wykorzystywanych w ramach prowadzonych zadań (ok. 10 % kosztów bezpośrednich), w tym m.in:**

- przygotowanie podręcznika w zakresie projektowania wytycznych praktyki klinicznej - prace interdyscyplinarnego zespołu ekspertów pod kierunkiem AOTMiT
- opracowanie materiałów dydaktycznych/szkoleniowych

Grupa docelowa: pracownicy podmiotów leczniczych oraz organów założycielskich, przedstawiciele organizacji pacjentkach

Udział organizacji pozarządowych reprezentujących interesy pacjentów oraz partnerów społecznych w projekcie (poprzez udział w szkoleniach, konsultacjach etc.) będzie służył rozwojowi dialogu społecznego pomiędzy ww. podmiotami a AOTMiT (państwową jednostką organizacyjną). AOTMiT jest zobowiązana do włączania organizacji

	pacjenckich na każdym etapie realizacji projektu.
Podmiot zgłaszający projekt <sup>3</sup>	Minister właściwy ds. zdrowia
Podmiot, który będzie wnioskodawcą	Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji <sup>4</sup>
Uzasadnienie wyboru podmiotu, który będzie wnioskodawcą <sup>5</sup>	<p>Znajomość zasad Evidence Based Medicine stanowi nieocenioną umiejętność, która pozwala na podejmowanie rozważnych decyzji, zarówno z punktu widzenia systemowego jak i z punktu widzenia pacjenta. Niezwykle ważne jest, aby wszystkie osoby tworzące system ochrony zdrowia w Polsce, zarówno na szczeblu regionalnym jak i centralnym potrafiły posługiwać się podstawowymi pojęciami, tak, aby przebiegające procesy były zrozumiałe dla wszystkich odbiorców</p> <p>Jednym z obszarów, w który zaangażowana jest Agencja, jest obszar zdrowia publicznego i podejmowania racjonalnych decyzji w ramach regionalnej polityki zdrowotnej. Szkolenia dotyczące poprawnego tworzenia programów polityki zdrowotnej, wdrażania danych interwencji z zakresu zdrowia publicznego mają na celu podnoszenie umiejętności i świadomości w jednostkach samorządu terytorialnego. Zdobyta wiedza przełoży się ma na racjonalne decyzje w najniższych strukturach państwa. W ciągu 8 lat opiniowania przez Agencję programów polityki zdrowotnej, jej pracownicy zdobyli umiejętności, które nie są dostępne dla wszystkich decydentów z tego obszaru, w związku z czym realizowane szkolenia stanowiąc będą dodaną wartością dla przedstawicieli jednostek samorządu terytorialnego.</p> <p>Zgodnie z nowelizacją ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej Agencja otrzymała nowe zadanie, którym jest opiniowanie zaleceń postępowania dotyczącego diagnostyki i leczenia w zakresie świadczeń onkologicznych finansowanych ze środków publicznych. Nałożenie na Agencję nowego zadania, wskazuje iż posiada ona odpowiednie kompetencje oraz przygotowanie merytoryczne. Niemniej jednak, w celu odpowiedniej realizacji zapisów wynikających z przepisów ustawy konieczne jest zaangażowanie środowisk naukowych, tak, aby prowadzone procesy były spójne i przejrzyste. W tym celu planuje się utworzenie ogólnokrajowego dokumentu oraz cyklu warsztatów.</p> <p>Dodać należy, że dzięki realizacji zaproponowanych szkoleń z zakresu Health Technology Assessment uczestnicy programu zdobędą wiedzę związaną z podejmowaniem decyzji odnośnie alokacji środków w systemie ochrony zdrowia, co przełoży się na lepsze zrozumienie podejmowanych decyzji, szczególnie w świetle dowodów naukowych oraz kosztów związanych z refundacją danych świadczeń. Kolejnym rezultatem będzie możliwość pełniejszego włączenia się przeszkolonych osób w proces refundacyjny, m.in. na etapie uwag do analiz publikowanych przez AOTMiT.</p> <p>Szczególną grupą odbiorców szkoleń będą również organizacje pacjenckie, ponieważ rozumienie procesu refundacyjnego ułatwi udział czynnika społecznego w procesie podejmowania decyzji refundacyjnych. Zaznajomienie organizacji pacjenckich z podstawami HTA umożliwi im bardziej aktywne i świadome uczestnictwo w procesie refundacyjnym, zwłaszcza w postaci udzielania opinii na temat potrzeb pacjentów i oszacowania minimalnego oczekiwanego wpływu technologii medycznych na codzienne funkcjonowanie chorego. Pozwoli również zrozumieć kryteria jakimi kieruje się decydent,</p>

<sup>3</sup> W przypadku opracowywania Rocznego Planu Działania przez IP, podmiotem zgłaszającym projekt jest IP. W przypadku opracowywania Rocznego Planu Działania przez IZ należy wpisać nazwę podmiotu, który zgłosił projekt do IZ.

<sup>4</sup> AOTMiT będzie mógł pełnić funkcję beneficjenta pod warunkiem odpowiedniej zmiany zapisów SZOOP PO WER.

<sup>5</sup> W szczególności w świetle art. 38 ust. 2 i 3 ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020 (Dz. U. z 2017 r. poz. 1460 oraz 1475) oraz podrozdziału 5.2.1 Polityka spójności, rozdziału 5.2 Zasady wyboru projektów Umowy Partnerstwa z dnia 21 maja 2014 r.

	<p>podejmując decyzje refundacyjne.</p> <p>Zgodnie z ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych, do zadań Agencji należy również ustalanie taryfy świadczeń. Zadanie to realizowane jest przez AOTMiT w oparciu o dane dotyczące realizacji świadczeń gwarantowanych wykonywanych przez podmioty lecznicze. Jako podmiot odpowiedzialny za realizację w/w zadania, AOTMiT pozyskuje dane finansowe i kliniczne dotyczące świadczeń gwarantowanych wykonywanych przez współpracujące jednostki, tworzy zasady i warunki gromadzenia oraz przekazywania w/w informacji. Jakość danych przekazywanych przez podmioty lecznicze jest kluczowa dla rzetelności taryfy świadczeń opracowanej przez AOTMiT, przekładając się bezpośrednio na efektywność systemu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej. Do powyższych zadań AOTMiT należy także działalność szkoleniowa w zakresie taryfikacji, a także przygotowywania oraz przekazywania danych niezbędnych do ustalenia taryfy.</p> <p>Niewątpliwie wiedza i doświadczenie jakimi dysponuje Agencja stanowi główny argument przemawiający na jej korzyść w kwestii realizatora przedmiotowego projektu.</p>				
Czy projekt będzie realizowany w partnerstwie?	<b>TAK</b>		<b>NIE</b>	<b>x</b>	
Podmioty, które będą partnerami w projekcie i uzasadnienie ich wyboru <sup>6</sup>	Nie dotyczy				
Czy projekt będzie projektem grantowym?	<b>TAK</b>		<b>NIE</b>	<b>x</b>	
Przewidywany termin złożenia wniosku o dofinansowanie (kwartał albo miesiąc oraz rok)	IV kwartał 2017 r.				
Przewidywany okres realizacji projektu	Data rozpoczęcia (miesiąc oraz rok)	Styczeń 2018	Data zakończenia (miesiąc oraz rok)	Grudzień 2022	
<b>SZACOWANY BUDŻET PROJEKTU</b>					
Szacowana kwota wydatków w projekcie w podziale na lata i ogółem (PLN)					
w roku 2018	w roku 2019	w roku 2020	w roku 2021	w roku 2022	ogółem
1 mln PLN	2,5 mln PLN	3 mln PLN	2 mln PLN	1 mln PLN	9,5 mln PLN
Szacowany wkład własny beneficjenta (PLN)					

<sup>6</sup> Wypełnić w przypadku projektu realizowanego w partnerstwie. W przypadku, gdy nie są znane konkretne podmioty, które będą partnerami w projekcie, należy wpisać pożądane cechy partnerów oraz uzasadnić wskazanie określonych cech.

TAK	..... (PLN)	NIE	x
Szacowany wkład UE (PLN)			
<b>ZAKŁADANE EFEKTY PROJEKTU WYRAŻONE WSKAŹNIKAMI (W PODZIALE NA PŁEĆ I OGÓŁEM)</b>			
<b>WSKAŹNIKI REZULTATU</b>			
Nazwa wskaźnika	Wartość docelowa		
	W podziale na: <sup>7</sup>		Ogółem w projekcie
	Kobiety	Mężczyzn	
Liczba pracowników podmiotów leczniczych, w tym administracji systemu ochrony zdrowia, którzy dzięki EFS podnieśli kompetencje w zakresie zarządzania i kontroli	-	-	1275
Liczba organizacji pozarządowych reprezentujących pacjentów, które zostały włączone w proces konsultacji społecznych dotyczących działań podejmowanych przez administrację państwową w obszarze ochrony zdrowia	-	-	10
Podniesienie wiedzy uczestników szkoleń w zakresie tworzenia PPZ, EBM /HTA – odsetek zdanych testów końcowych	-	-	75%
Podniesienie kompetencji w zakresie tworzenia wytycznych - odsetek zdanych testów końcowych	-	-	75%
<b>WSKAŹNIKI PRODUKTU</b>			
Nazwa wskaźnika	Wartość docelowa		
	W podziale na: <sup>8</sup>		Ogółem w projekcie
	Kobiety	Mężczyzn	
Liczba pracowników podmiotów leczniczych, w tym administracji systemu ochrony zdrowia objętych wsparciem EFS w celu poprawy efektywności jego funkcjonowania	-	-	1500
Liczba organizacji pozarządowych zajmujących się problematyką praw pacjenta objętych wsparciem w ramach programu	-	-	10
Liczba osób przeszkolonych w zakresie przygotowania PPZ oraz HTA/EBM	-	-	1500
Liczba osób przeszkolonych w tematyce związanej z opracowanymi wytycznymi	-	-	300

<sup>7</sup> Rozbicie wartości docelowych na płeć jest nieobowiązkowe – wypełniane w zależności od specyfiki wsparcia i samego projektu oraz zidentyfikowanego problemu, który projekt ma rozwiązać lub złagodzić.

<sup>8</sup> Rozbicie wartości docelowych na płeć jest nieobowiązkowe – wypełniane w zależności od specyfiki wsparcia i samego projektu oraz zidentyfikowanego problemu, który projekt ma rozwiązać lub złagodzić.

Liczba osób przeszkolonych w zakresie zarządzania i kontroli	-	-	500
Liczba wypracowanych dokumentów wykorzystywanych w ramach prowadzonych działań (wytycznych, materiałów szkoleniowych/dydaktycznych)	-	-	30
Liczba utworzonych platform multimedialnych	-	-	1
Liczba wejść na platformę w trakcie trwania projektu	-	-	500 tys.
<b>SZCZEGÓŁOWE KRYTERIA WYBORU PROJEKTU</b>			
<b>KRYTERIA DOSTĘPU</b>			
1.			
Uzasadnienie:			
2.			
Uzasadnienie:			
...			
Uzasadnienie:			

Załącznik nr 2 – fiszka nowego projektu pozakonkursowego wdrożeniowego Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia pt. *Poprawa jakości świadczonych usług medycznych poprzez zapoznanie i przeszkolenie pracowników podmiotów leczniczych z podstawowymi terminami i procesami związanymi z informatyzacją placówki oraz prowadzeniem i wymianą Elektronicznej Dokumentacji Medycznej*

<b>DZIAŁANIE/PODDZIAŁANIE PO WER</b>	Działanie 5.2 <i>Działania projakościowe i rozwiązania organizacyjne w systemie ochrony zdrowia ułatwiające dostęp do niedrogich, trwałych oraz wysokiej jakości usług zdrowotnych</i>
<b>FISZKA PROJEKTU POZAKONKURSOWEGO WDROŻENIOWEGO</b> CSIOZ	
<b>PODSTAWOWE INFORMACJE O PROJEKCIE</b>	
Tytuł lub zakres projektu <sup>9</sup>	<b>Poprawa jakości świadczonych usług medycznych poprzez zapoznanie i przeszkolenie pracowników podmiotów leczniczych z podstawowymi terminami i procesami związanymi z informatyzacją placówki oraz prowadzeniem i wymianą Elektronicznej Dokumentacji Medycznej.</b>
Uzasadnienie realizacji projektu w trybie pozakonkursowym <sup>10</sup>	<p>Planowana jest realizacja Projektu w ramach działania 5.2 POWER <i>Działania projakościowe i rozwiązania organizacyjne w systemie ochrony zdrowia ułatwiające dostęp do niedrogich, trwałych oraz wysokiej jakości usług zdrowotnych.</i></p> <p>Realizacja projektu wpisuje się w zmiany otoczenia prawnego w Polsce. Od 1 stycznia 2019 wchodzi obowiązek prowadzenia przez podmioty lecznicze dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej (EDM), w związku z powyższym w celu efektywnego wprowadzenia EDM istnieje potrzeba przeszkolenia pracowników administracyjnych i zarządzających podmiotami leczniczymi; kadry zarządzającej administracyjnej oraz kadry zarządzającej medycznej - ordynatorzy; którzy świadczą szpitalne usługi medyczne oraz pracowników jednostek nadzorujących (organów założycielskich).</p> <p>Przedmiotowy projekt wspiera wdrożenie w Polsce rozwiązań z zakresu e-zdrowia poprzez pogłębienie wiedzy wśród pracowników podmiotów leczniczych w zakresie funkcjonalności tj. Internetowego Konta Pacjenta oraz e-Recepty. Z wdrożeniem e-Recepty wiąże się wiele istotnych korzyści, które będą miały wpływ na wszystkich interesariuszy procesu ich wystawiania (personelu medycznego), realizacji (pacjent, apteki) oraz kontroli (państwo). IKP to bezpłatna aplikacja internetowa, dzięki której każdy otrzyma dostęp do informacji o swoich świadczeniach medycznych finansowanych ze środków publicznych jak i prywatnych. Ponadto IKP zapewni dostęp do informacji o przepisanych oraz przyjmowanych lekach oraz stałą dostępność informacji o danych umożliwiających realizację recepty.</p> <p>Podniesienie poziomu wiedzy w zakresie tematu informatyzacji placówki medycznej oraz wytwarzania i użytkowania Elektronicznej Dokumentacji Medycznej, a także nabycia praktycznych umiejętności w zakresie tworzenia elektronicznej dokumentacji medycznej w systemach typu HIS oraz nabycie wiedzy i doświadczenia w zakresie działania EDM będzie miało wpływ na prostsze wprowadzenie w życie obowiązujących i planowanych do wprowadzenia przepisów prawnych, a także na efektywniejsze wykorzystanie innowacyjnych technologii w celu poprawy jakości udzielanych usług medycznych. Obowiązek wprowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej wynika z ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia i będzie dotyczył wszystkich podmiotów prowadzących działalność leczniczą na terenie Polski. Wszystkie podmioty</p>

<sup>9</sup> Należy wskazać roboczą nazwę projektu albo skrótowo opisać istotę, zakres przedmiotowy projektu.

<sup>10</sup> W szczególności w świetle art. 38 ust. 2 i 3 ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020 (Dz. U. z 2017 r. poz. 1460 oraz 1475) oraz podrozdziału 5.2.1 *Polityka spójności*, rozdziału 5.2 *Zasady wyboru projektów* Umowy Partnerstwa z dnia 21 maja 2014 r.

wykonywujące działalność leczniczą będą musiały prowadzić, przetwarzać oraz wymieniać dokumentację medyczną w postaci elektronicznej. Wiedza na ten temat nadal nie jest dostateczna, a szkolenia pozwolą na ustandaryzowanie dotychczasowych informacji oraz poszerzenie ich o kolejne, a także zapoznanie się z tematem w praktyce. Pomoże to wszystkim pracownikom podmiotów na łatwiejsze wprowadzenie w życie obowiązujących przepisów prawnych.

Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, zgodnie ze swoim statutem, jest jednostką podległą ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, właściwą w zakresie systemów informacyjnych ochrony zdrowia. Jako instytucja odpowiedzialna za budowę centralnej platformy usług publicznych w zakresie zdrowia, a także za kwestie techniczne dotyczące komunikacji systemów oraz standardów wymiany informacji, w tym w szczególności w zakresie wypracowania propozycji rozwiązań legislacyjnych oraz innych spraw związanych z interoperacyjnością zarówno techniczną, organizacyjną jak i semantyczną, w tym w szczególności jako jednostka wskazana, w ustawie z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia do administrowania i utrzymywania Elektronicznej Platformy Gromadzenia, Analizy i Udostępnienia Zasobów Cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych (P1), a także Platformy Udostępniania On – Line Usług i Zasobów Cyfrowych Rejestrów Medycznych systemów teleinformatycznych obsługujących system informacji w ochronie zdrowia oraz większości wymienionych w ustawie dziedzinowych systemów teleinformatycznych jest jednocześnie odpowiedzialna za działania informacyjno-edukacyjne w zakresie wspomnianej tematyki. Niniejszy projekt wpisuje się w działania jednostki i stanowić będzie dopełnienie realizowanych oraz planowanych do realizacji zadań związanych z informatyzacją polskiej służby zdrowia oraz budowy społeczeństwa informacyjnego, stanowiących działania statutowe Centrum. CSIOZ bierze czynny udział w pracach Podzespołu do spraw e-administracji (w tym e-zdrowia) w Ministerstwie Cyfryzacji oraz Linii Współpracy 2016. W obydwu gremiach CSIOZ jest liderem w zakresie e-Zdrowia i współpracy z regionami. CSIOZ uczestniczy również w pracach Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia w Ministerstwie Zdrowia. Oprócz stałego uczestnictwa w posiedzeniach tych zespołów CSIOZ zapewnia również wsparcie i doradztwo eksperckie oraz opiniuje założenia przedstawianych projektów zgodnie z właściwością jednostki.

Istotnym argumentem przemawiającym za realizacją projektu w trybie pozakonkursowym jest stopień skomplikowania rozwiązań technologicznych realizowanych w ramach e-Zdrowia oraz towarzyszących temu licznych uzgodnień związanych z implementacją standardów gromadzenia i wymiany danych medycznych. Wydaje się zasadne, że jednostka, która uczestniczyła w tych procesach, wytworzyła oraz która pozyskała niepowtarzalne doświadczenie w zakresie szeroko rozumianych procesów związanych z informatyzacją jest jako jedyna w stanie skutecznie przekazać wiedzę niezbędną do wdrożenia odpowiednich rozwiązań wszystkim tym, którzy planują rozpocząć proces informatyzacji, tylko w mniejszej skali.

Podsumowując, realizacja Projektu przyczyni się do poprawy jakości funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w Polsce, zarówno poprzez podniesienie kwalifikacji kadry – umiejętności zarządczych, jak i dostępności oraz jakości usług dostarczanych drogą elektroniczną, jednocześnie wspierając rozwój standardów interoperacyjności dla obrotu dokumentacji zarówno ogólnej medycznej, jak również pielęgniarskiej.

W celu weryfikacji spójności i interoperacyjności inicjatyw e-Zdrowia realizowanych lub planowanych do realizacji w Polsce, CSIOZ prowadzi regularne badania Projektów regionalnych.

Przedmiotem Badań Regionalnych są projekty e-Zdrowie obejmujące wymianę Elektronicznej Dokumentacji Medycznej oraz dane na temat świadczeń opieki zdrowotnej udostępniane przez usługodawców w Systemie Informacji Medycznej (SIM), w myśl zapisów ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia.

Obszar badawczy Projektów Regionalnych e-Zdrowie obejmuje w szczególności ocenę:

- współpracy i integracji systemów informacyjnych w ochronie zdrowia,
- przetwarzania i udostępniania danych przez systemy regionalne,
- powiązań i analizę zgodności Projektów Regionalnych z Projektem P1.

Poza weryfikacją spójności projektów e-Zdrowia w Polsce, badani mają także możliwość wskazania innych potrzeb istotnych w procesie informatyzacji swoich placówek.

Poniżej przedstawiono propozycje Beneficjentów (Podmiotów leczniczych regionów w postaci Samorządów, Konwent Marszałków, Związek Powiatów i Związek Gmin) dotyczące potrzeby działań ze strony organów centralnych tj. Ministerstwa Zdrowia (CSIOZ) - odpowiedzialnych za realizację projektów centralnych z dziedziny e-Zdrowia. Oczekiwania wymienione poniżej respondenci wskazywali w odniesieniu do potrzeby wsparcia usługodawców w procesie dostosowania jednostek do zapisów ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia. Oczekiwania te świadczą również o konieczności realizacji przedmiotowego przedsięwzięcia.

Oczekiwania Beneficjentów (usługodawców) w zakresie wsparcia centralnego przy realizacji projektu/ów:

- przedstawienie strategii na najbliższe lata w zakresie e-Zdrowia w Polsce w formie konferencji, szkoleń;
- spotkania informacyjne pokazujące praktyczne wykorzystanie systemu;
- szkolenia i warsztaty dla szpitali;
- działania informacyjne, szkoleniowe, pomoc w obsłudze systemu;
- słowniki, specyfikacje ogólnych systemów wymiany danych/informacji;
- opracowanie i udostępnienie standardów, jakie powinien spełniać indywidualnie wdrażany w szpitalu system informatyczny;
- publikacje standardów, słowników oraz rekomendacji w zakresie bezpieczeństwa informatycznego;
- dobry przekaz informacji do podmiotów leczniczych; koordynacja działań na szczeblu centralnym i lokalnym.

Żaden inny podmiot oprócz CSIOZ nie jest merytorycznie przygotowany ani umocowany formalno-prawnie do realizacji ww. zadań związanych z obowiązkiem prawnym prowadzenia i wymiany EDM w kraju.

#### **Kamienie milowe**

**I kamień milowy** – 1 miesiąc trwania projektu rozpoczęcie działania wspierającego podmioty lecznicze w zakresie standaryzacji rozwiązań z zakresu e-Zdrowia poprawiających jakość zarządzania podmiotami leczniczymi

**II kamień milowy** – 4 miesiąc od rozpoczęcia projektu - rozpoczęcie działania przeprowadzenie warsztatów dla pracowników działów IT podmiotów leczniczych

**III kamień milowy** – 4 miesiąc trwania projektu – rozpoczęcie działania przeprowadzenie warsztatów w regionach (na poziomie powiatów)

**IV kamień milowy** – 5 miesiąc trwania projektu – rozpoczęcie działania przeprowadzenie warsztatów w regionach (na poziomie województw)

**V kamień milowy** – 6 miesiąc trwania projektu – rozpoczęcie realizacji działania

przeprowadzenie ogólnopolskich warsztatów.

**VI kamień milowy** – 38 miesiąc od rozpoczęcia projektu – Udostępnienie dokumentu *Rekomendacje działań potrzebnych do podjęcia w celu wdrożenia w podmiotach leczniczych systemów informatycznych*

#### **Uwarunkowania skutecznej realizacji założeń interwencji publicznej**

Celem Projektu jest poprawa koordynacji w zakresie wdrożenia rozwiązań e-zdrowia poprzez m.in. szkolenia, spotkania warsztatowe, wsparcie eksperckie oraz opracowanie Rekomendacji działań potrzebnych do podjęcia w celu wdrożenia w podmiotach leczniczych systemów informatycznych.

Działania realizowane w ramach projektu skierowane są do pracowników administracyjnych i zarządzających podmiotami leczniczymi (kadra zarządzająca administracyjna oraz kadra zarządzająca medyczna- ordynatorzy), którzy świadczą szpitalne usługi medyczne oraz pracowników jednostek nadzorujących (organów założycielskich) czyli grupy osób mających najistotniejszy wpływ na działania realizowane w podmiotach leczniczych w tym m.in. informatyzację placówek i wdrożenie elektronicznej dokumentacji medycznej.

Projekt koncertuje się na szkoleniach oraz opracowaniu Rekomendacji i scenariuszy testów walidacyjnych, wszystkie te trzy aspekty będą w istotny sposób ułatwiały podmiot leczniczemu dostosowanie się do wymogów związanych z wdrożeniem elektronicznej dokumentacji medycznej wynikających z ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia. Poprzez realizację projektu możliwe będzie wypracowanie wzorców i dostarczenie niezbędnej wiedzy kadrze odpowiedzialnej za rozwój i dostosowanie jednostki do obowiązujących przepisów procesu informatyzacji placówki oraz wdrożenia elektronicznej dokumentacji medycznej.

Rekrutacja uczestników szkoleń zostanie przeprowadzona na szeroką skalę, zgodnie z najlepszymi praktykami oraz standardami stosowanymi przy takich procesach. W przypadku uzyskania zbyt małej liczby uczestników zostaną przeprowadzone dodatkowe działania pozwalające na uzupełnienie tej liczby. Zostanie powołany specjalny zespół, który będzie zajmował się procesem szkoleń na całym etapie jego trwania od momentu rejestracji po ewaluację, będzie on również odpowiedzialny za sprawdzanie samego procesu szkoleniowego.

Szkolenia zostaną przeprowadzone z należytą starannością, a ich zakres oraz materiały szkoleniowe dostosowane do grupy docelowej.

Powstanie specjalny zespół odpowiedzialny za opracowanie Rekomendacji działań potrzebnych do podjęcia w celu wdrożenia w podmiotach leczniczych systemów informatycznych. Powstałe Rekomendacje będą konsultowane ze środowiskami Interesariuszy, w tym również organizacjami pacjencjami.

#### **Dalsze etapy planowane do wdrożenia poza projektem**

Realizacja Projektu przyczyni się do podwyższenia wiedzy w zakresie tematyki związanej z dostosowaniem podmiotów leczniczych do wymogów określonych w ustawie z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, co będzie miało wpływ na ułatwienie podmiotom realizacji wymogów określonych w ww. ustawie.

Niezależnie od realizacji projektu wszystkie podmioty lecznicze są zobligowane do spełnienia wymagań tej ustawy, która wskazuje terminy obowiązku prowadzenia dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej:

- dokumentacji medycznej określonej w przepisach wydanych na podstawie art. 13a – od 1 stycznia 2019;

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• elektronicznego wystawiania recept - od 1 stycznia 2020 r. (zgłoszenie gotowości do podłączenia do P1 do 31 grudnia 2018 r.);</li> <li>• e-skierowań - od 1 stycznia 2021 r. (zgłoszenie gotowości do podłączenia do P1 do 30 czerwca 2019 r.);</li> <li>• obowiązek wymiany danych zwartych w elektronicznej dokumentacji medycznej określonej w przepisach wydanych na podstawie art. 13a za pośrednictwem SIM – od 1 stycznia 2021 (zgłoszenie gotowości do podłączenia do P1 w odniesieniu do wymiany elektronicznej dokumentacji medycznej określonej w przepisach wydanych na podstawie art. 13a do 31 grudnia 2019 r.).</li> </ul> <p>Po zakończeniu realizacji Projektu Centrum Systemów Informatycznych Ochrony Zdrowia będzie nadal prowadzić działania edukacyjno-informacyjne związane z tematyką projektu skierowane do jak najszerszego grona odbiorców zgodnie z możliwościami jednostki. Każdy podmiot będzie także mógł zgłosić się do Centrum z prośbą o pomoc we wdrożeniu powstałych w ramach projektu Rekomendacji, a także przeprowadzenia audytu dokumentacji zgodnie z przygotowanymi scenariuszami testów walidacyjnych dokumentów PIK HL7 CDA.</p> <p>Centrum będzie także realizowało działania ukierunkowane na informatyzację systemu ochrony zdrowia zgodnie z zapisami statutowymi oraz realizowało inne projekty informatyczne.</p>
Cel szczegółowy PO WER, w ramach którego projekt będzie realizowany	Wdrożenie działań projakościowych i rozwiązań organizacyjnych w systemie ochrony zdrowia ułatwiających dostęp do niedrogich, trwałych oraz wysokiej jakości usług zdrowotnych
Priorytet inwestycyjny	9IV ułatwianie dostępu do przystępnych cenowo, trwałych oraz wysokiej jakości usług, w tym opieki zdrowotnej i usług socjalnych świadczonych w interesie ogólnym.
Typ/typy projektów przewidziane do realizacji w ramach projektu	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Działania projakościowe dedykowane podmiotom leczniczym, które świadczą szpitalne usługi medyczne.</li> <li>• Działania projakościowe dedykowane podmiotom świadczącym podstawową opiekę zdrowotną.</li> </ul>
Cel główny projektu	<p>Głównym celem Projektu będzie poprawa koordynacji w zakresie wdrożenia rozwiązań e-zdrowia poprzez m.in. szkolenia, spotkania warsztatowe, wsparcie eksperckie oraz opracowanie Rekomendacji działań potrzebnych do podjęcia w celu wdrożenia w podmiotach leczniczych systemów informatycznych.</p> <p>Uczestnicy Projektu (pracownicy administracyjni i zarządzający podmiotami leczniczymi (kadra zarządzająca administracyjna oraz kadra zarządzająca medyczna- ordynatorzy), którzy świadczą szpitalne usługi medyczne oraz pracownicy jednostek nadzorujących (organów założycielskich) zostaną zapoznani oraz przeszkoleni z procesów związanych z informatyzacją placówki medycznej oraz zasad prowadzenia dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej, w tym m.in. w kontekście: wdrożenia i użytkowania EDM w podmiotach wykonujących działalność leczniczą (główne obszary: udostępnianie, prowadzenie, uwierzytelnianie, wymiana, bezpieczeństwo przetwarzania danych osobowych oraz danych medycznych, rodzaje dokumentów medycznych wymaganych zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania, proces prawidłowego przechowywania oraz archiwizacji i ustawą z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz ustawie z dnia 9 października 2015 r. o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia).</p>

Główne zadania przewidziane do realizacji w projekcie ze wskazaniem grup docelowych

#### Krótki opis poszczególnych działań:

##### 1) Działania wspierające podmioty lecznicze w zakresie standaryzacji rozwiązań z zakresu e-Zdrowia poprawiających jakość zarządzania podmiotami leczniczymi - ok. 25 % kosztów bezpośrednich

Jednym z czynników zapewniających powodzenie projektów z zakresu e-Zdrowia jest kwestia interoperacyjności systemów informatycznych zarówno na poziomie legislacyjnym, technicznym, semantycznym ale również organizacyjnym. Skutecznym sposobem na interoperacyjność systemu informatycznego jest zastosowanie przy jego budowie powszechnie znanych i uznawanych standardów. Stąd Centrum opracowało reguły biznesowe i walidacyjne dla typów elektronicznych dokumentów medycznych, wynikiem prac jest udostępniona Polska Implementacja Krajowa HL7 CDA wraz z instrukcją stosowania.

Dodatkowo w ramach prac standaryzacyjnych w obszarze semantyki CSIOZ opracowuje i wdraża klasyfikacje medyczne, które porządkują terminologię dla elektronicznej dokumentacji medycznej. CSIOZ wdrożyło „Międzynarodową statystyczną klasyfikację chorób i problemów zdrowotnych” tzw. ICD-10, oraz prowadzi działania zmierzające do implementacji terminologii Snomed.

CSIOZ wypracowuje również standardy związane z bezpieczeństwem danych w ochronie zdrowia, w tym celu wydało „Rekomendacje w zakresie rozwiązań technologicznych stosowanych podczas przetwarzania dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej”. Rekomendacje te stanowią również punkt wyjścia dla inicjatywy zmierzającej docelowo do stworzenia kodeksu branżowego dotyczącego ochrony danych medycznych w nowoczesnym adekwatnym do zastosowanych technologii ujęciu, podstawę dla opracowania kodeksu stanowi Ogólne Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady Unii Europejskiej o Ochronie Danych Osobowych (RODO). Należy więc zadbać o to aby wypracowane standardy były realizowane i wdrażane w podmiotach leczniczych. CSIOZ audytuje również systemy bezpieczeństwa pod kątem wdrażanych standardów w podmiotach leczniczych co będzie również przedmiotem projektu.

Wszystko co zostało wspomniane powyżej będzie stanowiło istotny wkład w dokument, który będzie efektem realizacji tego zadania czyli Rekomendacje działań potrzebnych do podjęcia w celu wdrożenia w podmiotach leczniczych systemów informatycznych, które będą mogły następnie być wykorzystane przez podmioty lecznicze, które będą chciały wziąć udział w projekcie. Jednocześnie treści oraz materiały analityczne wypracowane w ramach Projektu będą komunikowane podczas działań wskazanych poniżej w pkt 2-5.

W ramach tego działania zostaną wypracowane i wdrożone scenariusze testów walidacyjnych dla wszystkich wystandaryzowanych przez CSIOZ dokumentów w ramach PIK HL7, a także zostanie przeprowadzonych kilkanaście pilotowych audytów zgodnie z przygotowanymi scenariuszami. Jednocześnie przedstawiciele podmiotów będą przeszkoleni z przeprowadzania testów w podmiotach leczniczych.

W ramach tego zadania nastąpi bezpośrednie wsparcie dla tych podmiotów leczniczych, które będą chciały wdrożyć konkretne rozwiązania pro-jakościowe w zakresie e-zdrowia. Podmiot leczniczy otrzyma w ramach tego zadania wsparcie merytoryczne i doradcze w zakresie wdrożenia standardu lub rekomendacji (np. wdrożenia rekomendacji w zakresie rozwiązań technologicznych stosowanych podczas przetwarzania dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej). Spełnienie poszczególnych standardów będzie potwierdzane audytem w poszczególnych podmiotach leczniczych.

##### 2) Organizacja ogólnopolskich warsztatów - ok. 5% kosztów bezpośrednich:

Duże eventy edukacyjno-informacyjne, połączone z warsztatami związanymi z bieżącymi tematami dotyczącymi informatyzacji placówki oraz wdrożenia Elektronicznej Dokumentacji Medycznej skierowane do konkretnych grup docelowych takich jak: przedstawiciele kadry zarządzającej podmiotami leczniczymi oraz przedstawiciele

organów założycielskich, a także kierownicy działów IT podmiotów leczniczych. Będzie to miejsce, w którym oprócz poruszania najważniejszych tematów związanych ze zmianami prawnymi czy standardami wymiany informacji, uczestnicy będą dzielić się swoimi doświadczeniami z implementacji rozwiązań informatycznych w podmiocie między innymi: wykorzystanych standardów, napotkanych problemów, planowanych działań czy umiejętności zarządczych związanych z informatyzacją podmiotu. W ramach działania przewidziane są także wystąpienia ekspertów z różnych dziedzin z zakresu informatyzacji oraz wymiany EDM, którzy usystematyzują i rozszerzą wiedzę uczestników, a także wspomogą w planowaniu najbliższych działań.

Eventy będą także miejscem, gdzie na forum będzie można zgłaszać propozycje nowych rozwiązań prawnych czy w zakresie działań strategicznych, które powinny zostać podjęte z poziomu centralnego, a także omawiać innowacyjne rozwiązania informatyczne oraz ich ewentualne możliwości wdrożenia.

Planowane jest 6 tego typu eventów w trakcie trwania Projektu, dwa razy do roku.

### **3) Warsztaty w regionach (na poziomie województw) - ok. 10 % kosztów bezpośrednich):**

Działanie będzie skierowane do kadry zarządzającej podmiotami leczniczymi oraz pracowników Wydziałów organów założycielskich. Spotkania będą organizowane w każdym województwie, przy współpracy z Urzędami Marszałkowskimi konkretnych województw, celem zapewnienia optymalnej obecności na warsztatach. W ramach tego działania eksperci Centrum Systemów Informatycznych Ochrony Zdrowia oraz inni eksperci doproszeni zgodnie z potrzebami, będą prowadzili sesje warsztatowe, na których poruszane będą następujące zakresy tematyczne, aktualizowane i rozszerzane w zależności od bieżących potrzeb:

- Stan aktualny działań centralnych z zakresu e-Zdrowia;
- E-Usługi – bieżące informacje dotyczące uruchamianych w ramach projektów centralnych funkcjonalności (e-Recepta, e-Skierowanie, dokumentacja medyczna);
- Zakres funkcjonalny systemów lokalnych/usługodawców;
- Komunikacja i wymiana danych pomiędzy systemami centralnymi a systemami usługodawców m.in. zakres zbieranych danych, obszary biznesowe oraz interfejsy udostępnione przez systemy;
- Kierunki rozwoju systemu prawnego i strategii dla systemu ochrony zdrowia w zakresie interoperacyjności;
- Elektroniczna dokumentacja medyczna, standaryzacja gromadzenia danych medycznych, interoperacyjność, korzyści z informatyzacji placówki i wdrożenia elektronicznej dokumentacji medycznej;
- Bezpieczeństwo przetwarzania informacji w systemach informatycznych, kontrola/audyt bezpieczeństwa;
- Ochrona danych osobowych oraz danych medycznych – rola administratora, zmiany w prawie.

Planowane jest, aby w trakcie trwania Projektu (trzy lata), w każdym z województw odbyły się minimum 2 warsztaty. Zakładane jest, że przeszkolonych zostanie 2000 osób - w trakcie 40 warsztatów czyli 50 osób na jednym warsztacie.

### **4) Warsztaty w regionach (na poziomie powiatów) – ok. 50 % kosztów bezpośrednich**

Działanie będzie skierowane do pracowników administracyjnych i zarządzających

podmiotami leczniczymi oraz przedstawiciele zarządu powiatu, a także dla kadry zarządzającej medycznej tj. ordynatorów oddziałów. W ramach tego działania prowadzone będą sesje warsztatowe, na których poruszane będą następujące zakresy tematyczne, aktualizowane i rozszerzane w zależności od bieżących potrzeb:

- Stan aktualny działań centralnych z zakresu e-Zdrowia;
- E-Usługi – bieżące informacje dotyczące uruchamianych w ramach projektów centralnych funkcjonalności (e-Recepta, e-Skierowanie, dokumentacja medyczna);
- Zakres funkcjonalny systemów lokalnych/usługodawców;
- Komunikacja i wymiana danych pomiędzy systemami centralnymi a systemami usługodawców m.in. zakres zbieranych danych, obszary biznesowe oraz interfejsy udostępnione przez systemy;
- Kierunki rozwoju systemu prawnego i strategii dla systemu ochrony zdrowia w zakresie interoperacyjności;
- Elektroniczna dokumentacja medyczna, standaryzacja gromadzenia danych medycznych, interoperacyjność, korzyści z informatyzacji placówki i wdrożenia elektronicznej dokumentacji medycznej;
- Bezpieczeństwo przetwarzania informacji w systemach informatycznych, kontrola/audyt bezpieczeństwa;
- Ochrona danych osobowych oraz danych medycznych – rola administratora, zmiany w prawie.

Planowane jest, aby w trakcie trwania Projektu (trzy lata), w każdym z powiatów odbyło się jedno spotkanie, dopuszczamy, iż możliwe jest przeprowadzenie jednego połączonego warsztatu dla kilku powiatów – w zależności od zidentyfikowanych potrzeb (liczby podmiotów leczniczych w powiecie, czy liczby uczestników). Przy założeniu, że w trakcie trwania Projektu (3 lata i 1 kwartał przy przyjęciu że średnio w roku jest 49 tygodni roboczych co łącznie daje 159 tygodni) ,w każdym z powiatów (380 powiatów stan na koniec czerwca 2016 roku) odbędzie się przynajmniej jeden warsztat. Łącznie przeszkolonych zostanie minimum 11 400 osób czyli 30 osób w każdym powiecie. Dodatkowo, przy tym samym założeniu co do długości trwania Projektu, przeszkolonych zostanie około 600 osób z kadry zarządzającej medycznej tj. ordynatorów oddziałów. Planuje się w ramach realizacji tego działania podjęcie współpracy z uczelniami wyższymi, które jako potencjalni wykonawcy odpowiedzialne byłyby za organizację i przeprowadzenie szkoleń dla kadry zarządzającej medycznej tj. ordynatorów oddziałów.

#### **5) Warsztaty dla działów IT – ok. 10 % kosztów bezpośrednich**

Warsztaty zostaną skierowane do pracowników IT podmiotów medycznych w tym m.in. kierowników działów IT, kierowników sekcji wdrożeń, programistów, informatyków, administratorów IT, administratorów bezpieczeństwa informacji, specjalistów ds. IT. W trakcie kilkugodzinnych zajęć uczestnicy warsztatów zapoznani zostaną z podstawowymi zagadnieniami z 4 zakresów tematycznych. Jeden cykl warsztatów będzie przewidywał 4 bloki tematyczne.

**Warsztat nr 1:** Standardy interoperacyjności systemów teleinformatycznych

**Warsztat nr 2:** Projektowanie, architektura i integracja systemów teleinformatycznych  
podejście do projektowania systemów teleinformatycznych

**Warsztat nr 3:** Podstawy HL7 CDA i praktyka implementacji standardu

**Warsztat nr 4:** Komunikacja i wymiana danych pomiędzy systemami centralnymi a systemami usługodawców (zakres zbieranych danych, obszary biznesowe oraz interfejsy

	<p>udostępnione przez systemy):</p> <p>Planowane jest, aby w trakcie trwania Projektu odbyło się 6 cykli warsztatowych tj. 24 warsztaty. Łącznie przeszkolonych zostanie 240 osób (40 osób w każdym cyklu).</p> <p>Działania 2-5 będą podlegały ewaluacji. Na zakończenie każdego z tych działań przeprowadzana będzie ankieta/mini egzamin sprawdzające wiedzę nabytą podczas danego działania. Weryfikacja nabycia kompetencji przeprowadzona będzie zgodnie z założeniami programu w ramach następujących etapów: zakres, wzorzec, ocena, porównanie. Będzie się ona skupiać na sprawdzeniu nabycia kompetencji z podstawowych zagadnień przedstawionych w trakcie poszczególnych działań.</p>
<p>Podmiot zgłaszający projekt<sup>11</sup></p>	<p>Minister właściwy ds. zdrowia</p>
<p>Podmiot, który będzie wnioskodawcą</p>	<p>Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia<sup>12</sup></p>
<p>Uzasadnienie wyboru podmiotu, który będzie wnioskodawcą<sup>13</sup></p>	<p>CSIOZ jest jednostką budżetową, której przedmiotem działalności jest realizacja zadań z zakresu budowy społeczeństwa informacyjnego, obejmujących organizację i ochronę zdrowia, harmonizację z Unią Europejską w ramach funduszy strukturalnych i programów e-zdrowie oraz wspomaganie decyzji zarządczych ministra właściwego do spraw zdrowia na podstawie prowadzonych analiz socjologicznych, statystycznych i ekonomicznych. Wnioskodawca posiada duże merytoryczne doświadczenie w realizacji projektów związanych z działalnością informacyjną w ochronie zdrowia (w tym współfinansowanych z funduszy UE), a dodatkowo jako organ administracji państwowej posiada stabilność instytucjonalną.</p> <p>Centrum, jako jednostka odpowiedzialna z ramienia ministra właściwego ds. zdrowia, za tworzenie i utrzymywanie systemów informacyjnych ochrony zdrowia, w tym w szczególności za największy Projekt informatyczny w tym sektorze czyli budowę elektronicznej platformy usług publicznych w zakresie ochrony zdrowia, która umożliwi organom administracji publicznej i obywatelom gromadzenie, analizę i udostępnianie zasobów cyfrowych o zdarzeniach medycznych w zakresie zgodnym z ustawą z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia posiada odpowiednie zaplecze merytoryczne do przygotowania oraz przeprowadzenia szkoleń związanych z tematyką informatyzacji.</p> <p>Warto także podkreślić, że w ramach dotychczasowych statutowych prac projektowych CSIOZ przygotowało m.in. standaryzację w zakresie:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Polskiej Implementacji Standardu HL7 CDA - reguły tworzenia EDM;</li> <li>• Wytocznych w zakresie bezpiecznego przetwarzania EDM;</li> <li>• Modelu transportowego P1 (Polska implementacja profilu IHE.XDS.b);</li> <li>• Stosowania jednolitego identyfikatora usługodawców i usługobiorców (rozporządzenie z art. 18 sioz).</li> </ul> <p>Centrum bierze także czynny udział w pracach legislacyjnych związanych ze zmianami do Ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia.</p> <p>Powyższe kwestie czynią CSIOZ jedynym właściwym podmiotem pod względem zarówno</p>

<sup>11</sup> W przypadku opracowywania Roczego Planu Działania przez IP, podmiotem zgłaszającym projekt jest IP. W przypadku opracowywania Roczego Planu Działania przez IZ należy wpisać nazwę podmiotu, który zgłosił projekt do IZ.

<sup>12</sup> CSIOZ będzie mógł pełnić funkcję beneficjenta pod warunkiem odpowiedniej zmiany zapisów SZOOP PO WER.

<sup>13</sup> W szczególności w świetle art. 38 ust. 2 i 3 ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020 (Dz. U. z 2017 r. poz. 1460 oraz 1475) oraz podrozdziału 5.2.1 Polityka spójności, rozdziału 5.2 Zasady wyboru projektów Umowy Partnerstwa z dnia 21 maja 2014 r.

	<p>formalno-prawnym, jak i merytorycznym do realizacji tego projektu.</p> <p>Dodatkowo, w ramach POIG 2007-2013 Centrum, zrealizowało projekt pn. Platforma udostępniania on-line przedsiębiorcom usług i zasobów cyfrowych rejestrów medycznych (P2), Dziedziczne systemy teleinformatyczne systemu informacji w ochronie zdrowia (P4) z zakresu projektów informatycznych CSIOZ uczestniczyło w realizacji między innymi następujących przedsięwzięć: System Monitorowania Wypadków Konsumenckich, e-RZOO Platforma udostępniania on-line przedsiębiorcom usług rejestru zakładów opieki zdrowotnej, Informacyjny System Statystyki Medycznej.</p> <p>Ponadto, w latach 2013-2015 CSIOZ zrealizowało Projekt pn.: Poprawa jakości zarządzania w ochronie zdrowia poprzez popularyzację wiedzy na temat technologii ICT (P3). Realizacja Projektu P3 miała na celu rozwiązanie problemu związanego z niezadowalającym poziomem wiedzy kadry medycznej i zarządzającej w sektorze ochrony zdrowia, w zakresie dostępności, możliwości i korzyści płynących z wykorzystania technologii informacyjno-komunikacyjnych. W ramach Projektu P3 w 2015 r. zrealizowano 16 szkoleń stacjonarnych, dotyczących tematyki związanej z wykorzystaniem nowoczesnych technologii informacyjno – komunikacyjnych (ICT) w sektorze ochrony zdrowia.</p> <p>Dodatkowo, Centrum uczestniczyło w europejskim projekcie epSOS w roli obserwatora. Uczestnikami projektu epSOS są różne instytucje związane z ochroną zdrowia pochodzące z 26 państw europejskich. Dzięki przystąpieniu do projektu epSOS jednostka uzyskała możliwość skorzystania z doświadczeń zdobytych podczas procesu informatyzacji ochrony zdrowia w innych krajach Unii Europejskiej. epSOS jest głównym projektem europejskim w zakresie wymiany informacji transgranicznej w ochronie zdrowia. Celem projektu jest stworzenie mechanizmów, które pozwolą na wymianę danych medycznych o pacjentach pomiędzy krajami Europy. Centrum uczestniczy również w pracach polegających na wdrożeniu kompleksowej wielojęzycznej klinicznej terminologii światowej SNOMED w systemach ochrony zdrowia w Polsce. SNOMED wielowymiarowy słownik medyczny, który zbudowano w celu zhierarchizowania pojęć, raportowania danych w opiece zdrowotnej oraz prowadzenia elektronicznego rekordu pacjenta. Jest istotnym elementem dla bezpiecznego i skutecznego porozumiewania się i ponownego wykorzystania znaczących informacji na temat zdrowia.</p> <p>Struktura organizacyjna Centrum jest dostosowana do sprawnego wdrożenia Projektu. W Centrum zdefiniowany zostanie skład zespołu zarządzania Projektem oraz zakres odpowiedzialności poszczególnych członków zespołu projektowego. Założenia dotyczące ról w ramach realizacji Projektu zostaną dostosowane do bieżących potrzeb związanych z realizacją Projektu. Beneficjent dysponuje odpowiednią kadrą potrafiącą właściwie zarządzać realizacją Projektu.</p> <p>Jednocześnie, warto wskazać, iż część z działań, które planowane są do realizacji w ramach niniejszego Projektu, Centrum z sukcesem realizuje na mniejszą skalę. Posiada zatem niezbędną wiedzę merytoryczną, a także odpowiednie zaplecze kadrowe potrzebne do efektywnego wykonania Projektu.</p> <p>Podsumowując, wszystkie ww. doświadczenia nabyte podczas realizacji Projektów oraz bieżących działań, w tym także w ramach fazy 2 Projektu P1 – unikalne w skali kraju pozwala na stwierdzenie, iż właściwą instytucją do realizacji projektu informacyjno-edukacyjnego związanego z terminami i procesami z zakresu informatyzacji placówki oraz prowadzeniem i wymianą Elektronicznej Dokumentacji Medycznej jest CSIOZ.</p>			
Czy projekt będzie realizowany w partnerstwie?	<b>TAK</b>		<b>NIE</b>	<b>X</b>
Podmioty, które będą partnerami	<b>Nie dotyczy</b>			

w projekcie i uzasadnienie ich wyboru <sup>14</sup>					
Czy projekt będzie projektem grantowym?	<b>TAK</b>		<b>NIE</b>	<b>X</b>	
Przewidywany termin złożenia wniosku o dofinansowanie (kwartał albo miesiąc oraz rok)	<b>I kwartał 2018 roku</b>				
Przewidywany okres realizacji projektu	Data rozpoczęcia (miesiąc oraz rok)	04.2018	Data zakończenia (miesiąc oraz rok)	06.2021	
<b>SZACOWANY BUDŻET PROJEKTU</b>					
Szacowana kwota wydatków w projekcie w podziale na lata i ogółem (PLN)					
w roku 2018	w roku 2019	w roku 2020	w roku 2021	w roku 2022	ogółem
3 000 000,00 PLN	4 000 000,00 PLN	3 000 000,00 PLN	1 000 000,00 PLN	-	11 000 000, 00 PLN
Szacowany wkład własny beneficjenta (PLN)					
<b>TAK</b>	..... (PLN)			<b>NIE</b>	<b>X</b>
Szacowany wkład UE (PLN)					
<b>ZAKŁADANE EFEKTY PROJEKTU WYRAŻONE WSKAŹNIKAMI (W PODZIALE NA PŁEĆ I OGÓŁEM)</b>					
<b>WSKAŹNIKI REZULTATU</b>					
Nazwa wskaźnika	Wartość docelowa				
	W podziale na: <sup>15</sup>				Ogółem w projekcie
	Kobiety	Mężczyzn			
1. Liczba pracowników podmiotów leczniczych, w	-	-		13 500	

<sup>14</sup> Wypełnić w przypadku projektu realizowanego w partnerstwie. W przypadku, gdy nie są znane konkretne podmioty, które będą partnerami w projekcie, należy wpisać pożądane cechy partnerów oraz uzasadnić wskazanie określonych cech.

<sup>15</sup> Rozbicie wartości docelowych na płeć jest nieobowiązkowe – wypełniane w zależności od specyfiki wsparcia i samego projektu oraz zidentyfikowanego problemu, który projekt ma rozwiązać lub złagodzić.

tym administracji systemu ochrony zdrowia, którzy dzięki EFS podnieśli kompetencje w zakresie zarządzania i kontroli.			
2. Liczba podmiotów wykonujących szpitalną działalność leczniczą, które wdrożyły działania projakościowe w ramach programu	-	-	150
3. Liczba podmiotów wykonujących podstawową opiekę zdrowotną, które wdrożyły działania projakościowe w ramach programu.	-	-	150
<b>WSKAŹNIKI PRODUKTU</b>			
Nazwa wskaźnika	Wartość docelowa		
	W podziale na: <sup>16</sup>		Ogółem w projekcie
	Kobiety	Mężczyzn	
1. Liczba pracowników podmiotów leczniczych w tym administracji systemu ochrony zdrowia objętych wsparciem EFS w celu poprawy efektywności jego funkcjonowania.	-	-	14 000
2. Liczba podmiotów wykonujących szpitalną działalność leczniczą objętych wsparciem w programie.	-	-	200
3. Liczba podmiotów wykonujących podstawową opiekę zdrowotną, które zostały objęte działaniami projakościowymi w ramach programu.	-	-	200
<b>SZCZEGÓŁOWE KRYTERIA WYBORU PROJEKTU</b>			
<b>KRYTERIA DOSTĘPU</b>			
<b>Nie dotyczy</b>			

<sup>16</sup> Rozbicie wartości docelowych na płeć jest nieobowiązkowe – wypełniane w zależności od specyfikacji wsparcia i samego projektu oraz zidentyfikowanego problemu, który projekt ma rozwiązać lub złagodzić.

Załącznik nr 3 – fiszka nowego projektu pozakonkursowego koncepcyjnego Narodowego Funduszu Zdrowia pt. *Pacjent – świadczeniodawca – płatnik zmiany w zakresie list oczekujących usprawniające system opieki zdrowotnej*

<b>DZIAŁANIE PO WER</b>	Działanie 5.2 Działania pro jakościowe i rozwiązania organizacyjne w systemie ochrony zdrowia ułatwiające dostęp do niedrogich, trwałych oraz wysokiej jakości usług zdrowotnych
<b>FISZKA PROJEKTU POZAKONKURSOWEGO KONCEPCYJNEGO</b>	
<b>PODSTAWOWE INFORMACJE O PROJEKCIE</b>	
<i>NFZ</i>	
Tytuł lub zakres projektu <sup>17</sup>	<b>Pacjent – świadczeniodawca – płatnik zmiany w zakresie list oczekujących usprawniające system opieki zdrowotnej</b>
Cel szczegółowy PO WER, w ramach którego projekt będzie realizowany	Wdrożenie działań pro jakościowych i rozwiązań organizacyjnych w systemie ochrony zdrowia ułatwiających dostęp do niedrogich, trwałych oraz wysokiej jakości usług zdrowotnych
Priorytet inwestycyjny	<b>9.iv</b>
Typ/typy projektów przewidziane do realizacji w ramach projektu	Działania pro jakościowe dedykowane podmiotom leczniczym, które świadczą szpitalne usługi medyczne.
Cel główny projektu	Zwiększenie efektywności systemu ochrony zdrowia poprzez wprowadzenie zmian w zakresie zasad prowadzenia list oczekujących na świadczenia opieki zdrowotnej ukierunkowanych na rozwiązywanie problemów wynikających z aktualnego sposobu prowadzenia list oczekujących, co ma wpływ na wydłużenie czasów oczekiwania na leczenie
Kamienie milowe projektu <sup>18</sup>	<p>Kluczowe etapy realizacji projektu:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Wyodrębnienie procedur rekomendowanych do prowadzenia odrębnych list oczekujących (NFZ) - planowany termin realizacji 30 września 2018 r. (ok 5% kosztów bezpośrednich)</li> <li>2. Opracowanie propozycji nowego sposobu prowadzenia list oczekujących na wybrane badania diagnostyczne: tomografię komputerową, rezonans magnetyczny, (NFZ, MZ, konsultant krajowy w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej) - planowany termin realizacji 31 grudnia 2018 r. (ok 5% kosztów bezpośrednich)</li> <li>3. Określenie zasad kwalifikacji do zabiegów usunięcia zaćmy oraz endoprotezoplastyk stawu biodrowego i kolanowego (NFZ, konsultanci krajowi, Polskie Towarzystwa: Okulistyczne, Ortopedyczne i Traumatologiczne) - planowany termin realizacji 31 grudnia 2018 r. (ok 10 % kosztów bezpośrednich)</li> <li>4. Opracowanie propozycji nowego sposobu prowadzenia list oczekujących na świadczenia rehabilitacyjne (NFZ, konsultanci krajowi w dziedzinie rehabilitacji medycznej i fizjoterapii, eksperci) - planowany termin realizacji 30 czerwca 2019 r. (ok 10 % kosztów bezpośrednich)</li> <li>5. Opracowanie propozycji jednolitych zasad prowadzenia list oczekujących na świadczenia opieki zdrowotnej na wybrane zakresy świadczeń (NFZ, eksperci w dziedzinie ochrony zdrowia) - planowany termin realizacji 30 września 2019 r.</li> </ol>

<sup>17</sup> Należy wskazać roboczą nazwę projektu albo skrótowo opisać istotę, zakres przedmiotowy projektu.

<sup>18</sup> Zgodnie z podrozdziałem 5.2.1 *Polityka spójności* rozdziału 5.2 *Zasady wyboru projektów* Umowy Partnerstwa z dnia 21 maja 2014 r. przedsięwzięcia o długim horyzoncie czasowym realizacji muszą być dzielone na krótkie etapy, których realizacja będzie uzależniona od osiągnięcia rezultatów założonych na wcześniejszym etapie (kamieni milowych).

	(ok 10% kosztów bezpośrednich)			
	<p>6. Opracowanie sposobu sprawozdawczości oraz publikacji informacji z zakresu list oczekujących na wybrane zakresy świadczeń (NFZ) - planowany termin realizacji 31 grudnia 2019 r. (ok 10 % kosztów bezpośrednich)</p> <p>7. Pilotażowe przetestowanie wypracowanego sposobu kwalifikacji do zabiegów usunięcia zaćmy oraz endoprotezoplastyk stawu biodrowego i kolanowego w wybranych podmiotach leczniczych świadczących szpitalne usługi medyczne - planowany termin realizacji 31 grudnia 2019 r. (ok. 50% kosztów bezpośrednich)</p>			
Podmiot zgłaszający projekt <sup>19</sup>	<b>Ministerstwo Zdrowia</b>			
Podmiot, który będzie wnioskodawcą	<b>Narodowy Fundusz Zdrowia<sup>20</sup></b>			
Uzasadnienie wyboru podmiotu, który będzie wnioskodawcą <sup>21</sup>	<p>Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) jest prawnie odpowiedzialny (zgodnie z ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych) za finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych świadczeniobiorcom (pacjentom) ze środków publicznych. Fundusz jest państwową jednostką organizacyjną działającą na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. NFZ finansuje świadczenia zdrowotne udzielane ubezpieczonym i refunduje leki. Do zadań NFZ należy przede wszystkim:</p> <p>finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych osobom uprawnionym na podstawie ustawy o świadczeniach,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• prowadzenie rozliczeń w zakresie refundacji leków,</li> <li>• przeprowadzanie konkursów ofert, o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zawieranie umów ze świadczeniodawcami, a także monitorowanie ich realizacji i rozliczanie,</li> <li>• finansowanie medycznych czynności ratunkowych,</li> <li>• monitorowanie ordynacji lekarskich,</li> <li>• działania w zakresie promocja zdrowia,</li> <li>• prowadzenie Centralnego Wykazu Ubezpieczonych.</li> </ul> <p>Nadzór nad działalnością Funduszu sprawuje Minister Zdrowia.</p>			
Czy projekt będzie realizowany w partnerstwie?	<b>TAK</b>		<b>NIE</b>	<b>X</b>
Podmioty, które będą partnerami w projekcie i uzasadnienie ich wyboru <sup>22</sup>	<b>Nie dotyczy</b>			
Czy projekt będzie projektem grantowym?	<b>TAK</b>		<b>NIE</b>	<b>X</b>
Przewidywany termin złożenia wniosku o dofinansowanie (kwartał albo miesiąc oraz rok)	<b>I kwartał 2018</b>			
Przewidywany okres realizacji projektu	Data rozpoczęcia (miesiąc oraz rok)	marzec 2018	Data zakończenia (miesiąc oraz rok)	grudzień 2019
<b>SZACOWANY BUDŻET PROJEKTU</b>				

<sup>19</sup> W przypadku opracowywania Rocznego Planu Działania przez IP, podmiotem zgłaszającym projekt jest IP. W przypadku opracowywania Rocznego Planu Działania przez IZ należy wpisać nazwę podmiotu, który zgłosił projekt do IZ.

<sup>20</sup> NFZ będzie mógł pełnić funkcję beneficjenta pod warunkiem odpowiedniej zmiany zapisów SZOOP PO WER.

<sup>21</sup> W szczególności w świetle art. 38 ust. 2 i 3 ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020 (Dz. U. z 2017 r. poz. 1460 oraz 1475) oraz podrozdziału 5.2.1 Polityka spójności, rozdziału 5.2 Zasady wyboru projektów Umowy Partnerstwa z dnia 21 maja 2014 r.

<sup>22</sup> Wypełnić w przypadku projektu realizowanego w partnerstwie. W przypadku, gdy nie są znane konkretne podmioty, które będą partnerami w projekcie, należy wpisać pożądane cechy partnerów oraz uzasadnić wskazanie określonych cech.

Szacowana kwota wydatków w projekcie w podziale na lata i ogółem (PLN)					
w roku 2018	w roku 2019	w roku 2020	w roku 2021	w roku 2022	ogółem
700 000,00	800 000,00				1 500 000,00
Szacowany wkład własny beneficjenta (PLN)					
TAK	..... (PLN)			NIE	x
Szacowany wkład UE (PLN)					
84,28%					
OPIS PROJEKTU					
Uzasadnienie realizacji projektu w trybie pozakonkursowym <sup>23</sup>					
<p>NFZ jest głównym płatnikiem świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Jego 16 oddziałów wojewódzkich kontraktuje świadczenia z podmiotami prowadzącymi działalność leczniczą lub grupą takich podmiotów we wszystkich rodzajach świadczeń. Współpracuje na szczeblu lokalnym zarówno ze świadczeniodawcami jak i świadczeniobiorcami. Posiada również zasoby kadrowe we wszystkich potencjalnych lokalizacjach realizacji projektu oraz zcentralizowaną bazę informacji o zakontraktowanych zdarzeniach medycznych. Poza tym, podpisuje umowy na realizację świadczeń zdrowotnych i kontroluje ich wykonanie. Do zadań NFZ należy m.in. monitorowanie procesu gromadzenia i przetwarzania w oddziałach wojewódzkich Funduszu danych z zakresu list oczekujących poprzez: a) analizę splotu raportów od świadczeniodawców, b) analizę informacji z zakresu list oczekujących przekazywanych okresowo do bazy danych KDROLO i do internetowego serwisu „Ogólnopolski Informator o Czasie Oczekiwania na Świadczenia Medyczne”; monitorowanie sposobu prowadzenia przez świadczeniodawców list oczekujących na wybrane świadczenia opieki zdrowotnej w udostępnionej przez oddziały wojewódzkie Funduszu aplikacji; analizowanie informacji z zakresu list oczekujących na podstawie centralnych zasobów informacyjnych zasilanych przez świadczeniodawców i oddziały wojewódzkie Funduszu; przyjmowanie uwag i wniosków dotyczących zarządzania i monitorowania list oczekujących od świadczeniodawców oraz oddziałów wojewódzkich Funduszu, ocena ich zasadności oraz zgłaszanie własnych wniosków mających na celu poprawę zarządzania i monitorowania list oczekujących przez świadczeniodawców i oddziały wojewódzkie Funduszu, a także udoskonalenie systemu informatycznego; opracowywanie zasad oraz udział we wdrażaniu nowych rozwiązań dotyczących gromadzenia, przesyłania, przetwarzania i publikacji informacji z zakresu list oczekujących; opracowywanie słowników świadczeń i komórek organizacyjnych podlegających sprawozdawczości z zakresu list oczekujących; wyjaśnianie spraw i podejmowanie interwencji w przypadku niewłaściwego działania modułów systemów informatycznych Funduszu dotyczących przetwarzania danych z zakresu list oczekujących, których właścicielem biznesowym jest Departament; prowadzenie korespondencji, udzielanie odpowiedzi i wyjaśnień na wystąpienia świadczeniobiorców, świadczeniodawców i innych podmiotów zewnętrznych dotyczące list oczekujących; nadzór nad prawidłowością funkcjonowania Centralnej Bazy Endoprotezoplastyk w tym konfigurowanie wszystkich słowników w Centralnej Bazie Endoprotezoplastyk; monitorowanie procesu przetwarzania danych o endoprotezoplastykach stawowych zawartych w Centralnej Bazie Endoprotezoplastyk w indywidualnych dokumentach dotyczących poszczególnych pacjentów; przyjmowanie uwag i wniosków dotyczących funkcjonowania Centralnej Bazy Endoprotezoplastyk od świadczeniodawców i oddziałów wojewódzkich Funduszu, ocena ich zasadności oraz zgłaszanie własnych wniosków w sprawie zmian aplikacji; udział we wdrażaniu nowych rozwiązań w procesie przetwarzania danych</p>					

<sup>23</sup> W szczególności w świetle art. 38 ust. 2 i 3 ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020 (Dz. U. z 2017 r. poz. 1460 oraz 1475) oraz podrozdziału 5.2.1 Polityka spójności, rozdziału 5.2 Zasady wyboru projektów Umowy Partnerstwa z dnia 21 maja 2014 r.

gromadzonych w rejestrach; Centralnej Bazy Endoprotezoplastyk mających na celu m.in. poprawę jakości informacji przekazywanych przez świadczeniodawców; opracowywanie analiz, sprawozdań, zestawień i informacji na podstawie danych pozyskiwanych od świadczeniodawców za pośrednictwem Centralnej Bazy Endoprotezoplastyk; opracowywanie analiz, zestawień i informacji z zakresu list oczekujących dla potrzeb wewnętrznych Funduszu oraz na wnioski podmiotów zewnętrznych; przygotowywanie okresowej sprawozdawczości z zakresu list oczekujących dla ministra właściwego do spraw zdrowia; współpraca z Departamentem Świadczeń Opieki Zdrowotnej w zakresie opracowywania centralnych zasad walidacji i weryfikacji informacji przekazywanych przez świadczeniodawców komunikatami sprawozdawczymi XML oraz za pośrednictwem Centralnej Bazy Endoprotezoplastyk; przeprowadzanie okresowych kontroli oddziałów wojewódzkich Funduszu w zakresie monitorowania list oczekujących na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej; współpraca z innymi komórkami organizacjami Centrali oraz z oddziałami wojewódzkimi Funduszu, a także z podmiotami zewnętrznymi, w tym organizacjami pozarządowymi, organami i jednostkami administracji rządowej i samorządowej, w zakresie realizowanych zadań. Powyższe powoduje, że NFZ jest jedyną instytucją w Polsce, która może być odpowiedzialna za realizację projektu w trybie pozakonkursowym.

#### Zasadnicze założenia interwencji publicznej, której wsparcie zaplanowano w ramach projektu

Celem projektu jest zwiększenie efektywności systemu ochrony zdrowia poprzez wprowadzenie zmian w zakresie zasad prowadzenia list oczekujących na świadczenia opieki zdrowotnej ukierunkowanych na rozwiązywanie problemów wynikających z nieprawidłowego prowadzenia list oczekujących, co ma wpływ na wydłużenie czasów oczekiwania na leczenie.

Działania podejmowane w ramach projektu będą służyły wypracowaniu modeli służących poprawie efektywności funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, w tym w szczególności poprawie efektywności funkcjonowania na poziomie podmiotów leczniczych. Projekt będzie służył wyeliminowaniu problemów zarządczych, takich jak: niewłaściwa organizacja pracy i struktury jednostki, niewłaściwe zachowania personelu, niska motywacja do podejmowania działań na rzecz poprawy jakości w obszarze zarządzania listą oczekujących na świadczenia zdrowotne.

**Długi czas oczekiwania na świadczenie jest wynikiem wielu czynników (m.in. finansowych) ale także niewłaściwego zarządzania kolejkami na poziomie świadczeniodawców. W Polsce nakłady na ochronę zdrowia systematycznie rosną, natomiast nie przekłada się to o na skrócenie czasu oczekiwania na poszczególne świadczenia, stąd konieczność przygotowania projektu mającego na celu poprawę jakości zarządzania w tym zakresie. Przyjęta na potrzeby projektu hipoteza zakłada, iż błędy w systemie kolejkowym wynikają również z niewłaściwego zarządzania tym procesem na poziomie świadczeniodawców. Projekt ma na celu wypracowanie i pilotażowe przetestowanie rozwiązań poprawiających ten element zarządzania w systemie ochrony zdrowi.**

- 1. Zgodnie z założeniami projektu, wypracowane modele zarządzania kolejkami będą uwzględniały również kwestie niedoborów kadrowych w konkretnych podmiotach leczniczych. Analiza kolejek oczekujących do komórek organizacyjnych w celu wyodrębnienia procedur, na które powinny być prowadzone odrębne listy oczekujących**

Osoby oczekujące na świadczenia leczenia szpitalnego oraz świadczenia specjalistyczne w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej inne niż wymienione w załącznikach nr 11 i 12 do *rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2008 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 192, z późn. zm.)* są umieszczane na listach oczekujących do komórek organizacyjnych. Z informacji otrzymywanych od pacjentów oraz świadczeniodawców wynika, że wykaz świadczeń, na które mają być prowadzone odrębne listy oczekujących powinien być rozszerzony m.in. o świadczenia realizowane przez wybrane ośrodki, specjalistów (np. nie wszystkie oddziały chirurgii urazowo-ortopedycznej wykonują artroskopię stawu kolanowego, nie wszyscy lekarze wykonują to świadczenie przez co osoby na nie oczekujące przesuwają się w kolejce wolniej niż osoby oczekujące na inne świadczenia realizowane w danym oddziale), o świadczenia realizowane przez oddziały o różnej specjalności, przez co istnieje trudność w odnalezieniu miejsc realizacji świadczeń (np. tonsillektomia, która w jednym ośrodku może być realizowana w oddziale chirurgicznym ogólnym a w innym w oddziale otorynolaryngologicznym). Zmiany w zakresie prowadzenia list oczekujących należałoby również wprowadzić w przypadku świadczeniodawców udzielających świadczeń stomatologicznych. Świadczenia te realizowane są m.in. przez indywidualne praktyki lekarskie, które nie posiadają w rejestrach kodów charakteryzujących specjalność komórki organizacyjnych. Są one sztucznie tworzone na potrzeby sprawozdawczości. Ponadto istnieją trudności w wyszukiwaniu miejsc

udzielania świadczeń stomatologicznych dla dzieci.

Identyfikacja świadczeń wraz z uzasadnieniem dodania ich do wykazu świadczeń, na które mają być prowadzone odrębne listy oczekujących. Analiza zasadności objęcia sprawozdawczością z zakresu list oczekujących również i innych świadczeń niż świadczenia szpitalne i specjalistyczne świadczenia ambulatoryjnej opieki zdrowotnej.

#### **Oczekiwane rezultaty**

Lepsze monitorowanie świadczeń o ograniczonej dostępności oraz łatwiejsze wyszukiwanie miejsc udzielania określonych świadczeń (szczególnie istotne z punktu widzenia pacjentów).

### **2. Zmiana sposobu prowadzenia list oczekujących na wybrane badania diagnostyczne: tomografię komputerową, rezonans magnetyczny**

Z analizy informacji z zakresu list oczekujących wynika, że wzrastają liczby osób oczekujących na świadczenia tomografii komputerowej, rezonansu magnetycznego. Wydłużają się również czasy oczekiwania na te świadczenia. Według stanu na koniec czerwca 2017 r. liczba osób oczekujących w skali kraju wynosiła: prawie 349 tys. oczekujących na świadczenia rezonansu magnetycznego, ponad 196 tys. oczekujących na świadczenia tomografii komputerowej. Dodać należy, że świadczenia rezonansu magnetycznego są najczęściej wyszukiwanym świadczeniem w Ogólnopolskim Informatorze o Czasie Oczekiwania na Świadczenia Medyczne. W czołówce wyszukiwanych haseł znajdują się również świadczenia tomografii komputerowej. Zaznaczyć należy, że obecny sposób prowadzenia list oczekujących na te świadczenia nie zawsze pozwala pacjentom na wyszukanie w łatwy sposób pracowni, która wykonana zlecone mu badanie. Nie wszystkie bowiem pracownie np. rezonansu magnetycznego realizują badania wszystkich okolic ciała.

Przeanalizowanie powyższych kwestii i zarekomendowanie Ministerstwu Zdrowia odpowiednich zmian przepisów. Analiza obecnego systemu kwalifikacji pacjentów do kategorii medycznych: „przypadek pilny” oraz „przypadek stabilny”. Z otrzymywanych od świadczeniodawców informacji wynika, że coraz więcej osób zgłasza się ze skierowaniami z adnotacją „pilny”, natomiast pracownia diagnostyczna na podstawie samego skierowania nie ma jak ocenić czy dany przypadek jest faktycznie pilny, a coraz więcej skierowań z taką adnotacją budzi wątpliwości. Wskazane byłoby zatem określenie zasad kwalifikacji do odpowiednich kategorii medycznych i wprowadzenie ich do stosowania przez wszystkich świadczeniodawców kierujących na badanie. Analizie można byłoby również poddać przyczyny wykonywania tych badań oraz podjęcie próby określenia wytycznych w zakresie kierowania na badania oraz podawania na skierowaniu określonych parametrów w celu uniknięcia konieczności powtarzania badań z uwagi, że powinno być wykonane np. na innego rodzaju urządzeniu.

#### **Oczekiwane rezultaty**

Uporządkowanie kolejek oczekujących na te świadczenia, urealnienie zapotrzebowania na poszczególne badania, ułatwienie dla pacjentów wyszukiwania informacji o kolejkach, miejscach wykonywania badań

### **3. Określenie zasad kwalifikacji do zabiegów usunięcia zaćmy oraz endoprotezoplastyk stawu biodrowego i kolanowego**

Obecnie na zabiegi w zakresie soczewki (zaćma) oraz endoprotezoplastyki stawu biodrowego i kolanowego oczekuje w skali kraju bardzo duża liczba osób i odnotowywane są długie czasy oczekiwania. Według stanu na koniec czerwca 2017 r. na zabieg usunięcia zaćmy oczekiwało ponad 531 tys. osób, na endoprotezoplastykę stawu biodrowego – prawie 105 tys. osób, a na endoprotezoplastykę stawu kolanowego – prawie 117 tys. osób. Do połowy miejsc udzielania ww. świadczeń czas oczekiwania dla kategorii medycznej „przypadek stabilny” przekracza kilkaset dni. Z dotychczasowych obserwacji wynika, że niektóre osoby oczekujące na ww. świadczenia mają wielokrotnie przesuwane planowane terminy udzielenia świadczenia, a jako powód wskazywany jest brak jednoznacznych wskazań do zabiegu. Powstaje zatem wątpliwość czy na pewno osoba powinna być zostać umieszczona na liście oczekujących. Poza tym w ostatnim czasie coraz częściej pacjenci wymuszają na lekarzach wpisanie na skierowaniu na zabieg adnotacji „pilny”, „cito”, aby następnie zostać przez realizatora świadczenia zakwalifikowanym do kategorii medycznej „przypadek pilny”, co przełoży się na wyznaczenie przez realizatora świadczenia wcześniejszego planowanego terminu udzielenia świadczenia. Długie czasy oczekiwania powodują z kolei, że sami lekarze kierujący na ww. świadczenia sugerują pacjentom na wczesnym etapie choroby wpisać się na listę oczekujących.

Opracowanie jednolitych do stosowania przez wszystkich świadczeniodawców standardów kwalifikacji do przedmiotowych świadczeń, określające zarówno po spełnieniu jakich warunków, w jakim stanie pacjent powinien być kierowany na zabieg, a następnie umieszczany przez realizatora świadczenia na liście oczekujących, jak również do jakiej kategorii medycznej powinien być kwalifikowany. Wskazanie maksymalnych lub zalecanych terminów w jakich powinny być udzielane świadczenia w zależności od stanu pacjenta, rokowań co do dalszego postępu choroby, innych schorzeń itp. Musiałaby jednocześnie zostać wprowadzona obowiązkowa porada kwalifikacyjna, a weryfikacji powinny zostać również poddane wszystkie osoby aktualnie oczekujące na ww. świadczenia.

#### **Oczekiwane rezultaty**

W pierwszej kolejności świadczenia będą otrzymywały osoby najbardziej potrzebujące, zmniejszy się liczba osób wpisanych na listy oczekujących, przy założeniu, że zapotrzebowanie na te świadczenia nie będzie dynamicznie rosnąć.

#### **4. Zmiana sposobu prowadzenia list oczekujących na świadczenia rehabilitacyjne**

Na świadczenia rehabilitacyjne oczekuje największa liczba osób i zapotrzebowanie na te świadczenia w ostatnich latach dynamicznie rośnie. Do samych działów (pracowni) fizjoterapii według stanu na koniec czerwca 2017 r. oczekiwało w skali kraju ponad 1 mln osób. Wydłużają się również czasy oczekiwania na świadczenia rehabilitacyjne i istnieje poważny problem z dostępnością do tych świadczeń. Zauważyć należy, że coraz liczniejsza jest grupa osób chorych przewlekłe, które korzystają ze świadczeń rehabilitacyjnych. W przypadku rehabilitacji leczniczej poza problemem z dostępnością do świadczeń istnieją również problemy z:

- kwalifikacją pacjentów do odpowiedniej kategorii medycznej;
- ustalaniem kolejności udzielania świadczeń (problem ten dotyczy w szczególności świadczeniodawców realizujących świadczenia rehabilitacyjne w szerokim zakresie. Wynika on zarówno z konieczności pogodzenia terminów poszczególnych zabiegów zleconych pacjentowi, jak również zachowania określonych terminów w jakich powinna się rozpocząć rehabilitacja np. rehabilitacja neurologiczna zaburzeń funkcji mózgu kategoria II powinna rozpocząć się bezpośrednio po wypisie lub w ciągu 30 dni od wypisu z ośrodka leczenia ostrej fazy choroby – uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego oraz respektowania praw osób do korzystania ze świadczeń poza kolejnością oraz zachowywania terminów udzielenia świadczeń osobom pozostającym w planie leczenia);
- określaniem danych sprawozdawczych dla NFZ (np. trudności w określaniu pierwszego wolnego terminu udzielenia świadczenia do komórki organizacyjnej, w której są udzielane różne zabiegi z różnymi wolnymi terminami – dłużej trzeba czekać na masaż niż na laser czy pole magnetyczne);
- wyszukiwaniem miejsc wykonywania określonych zabiegów fizjoterapeutycznych (prowadzenie list oczekujących do komórek organizacyjnych nie daje możliwości wyszukania miejsc realizacji określonych zabiegów z najkrótszym czasem oczekiwania).

Szczegółowa analiza i wypracowanie modelu rozwiązania.

#### **Oczekiwane rezultaty**

Lepsze monitorowanie świadczeń oraz łatwiejsze wyszukiwanie miejsc udzielania określonych świadczeń (szczególnie istotne z punktu widzenia pacjentów).

#### **5. Kompleksowa analiza stanu prawnego oraz praktycznego działania przepisów w zakresie prowadzenia list oczekujących na świadczenia opieki zdrowotnej**

Obecne brzmienie przepisów dotyczących list oczekujących rodzi wiele wątpliwości w szczególności u świadczeniodawców, stąd wiele pytań kierowanych do NFZ i Ministerstwa Zdrowia. Jest efektem wielu modyfikacji, wprowadzanych na przestrzeni lat poprzez projekty cząstkowe np. wprowadzenie list oczekujących na świadczenia udzielane na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego (DiLO), przyznawanie kolejnym kategoriom osób prawa do korzystania ze świadczeń poza kolejnością. Projekty zmian przepisów wnoszą różne podmioty i często płatnik o projektowanych zmianach dowiaduje się na końcowym etapie prac. Liczne zmiany i wątpliwości dotyczące stosowania przepisów skutkują tym, że z dużym prawdopodobieństwem można stwierdzić, że listy oczekujących nie są prowadzone przez świadczeniodawców w sposób jednakowy, a weryfikacja wszystkich list oczekujących jest praktycznie niemożliwa (za okres sprawozdawczy czerwiec 2017 r. NFZ otrzymał dane z około 75 tys. kolejek; nie wszystkie świadczenia podlegają sprawozdawczości z zakresu list oczekujących). Ogólne przepisy ustawy nie wskazują na tryby postępowania w szczególnych sytuacjach. Zasadnym byłoby zatem w ramach projektu przeanalizowanie problemów związanych z prowadzeniem list oczekujących, m.in. ustaleniem planowanych terminów udzielenia świadczenia, możliwościami ich zmiany, kolejnością udzielania świadczeń. Równocześnie zauważyć należy, że stale rozszerza się krąg osób, których nie wpisuje się na listy oczekujących. Przepisy te również nie precyzują sposobu możliwości wykorzystywania zwolnionego terminu udzielenia świadczenia przez osoby, które właśnie zgłosiły się do świadczeniodawcy. Doprecyzowania wymaga także możliwość dokonywania elektronicznej rejestracji na świadczenia przez pacjentów przy jednoczesnych obowiązkach świadczeniodawców związanych z wpisywaniem na listy oczekujących i kwalifikowaniem do odpowiedniej kategorii medycznej. Jednocześnie w przypadku wyszukiwania miejsc realizacji, istnieje trudność z określeniem, czy w danej poradni wykonywane jest poszukiwane badanie. W efekcie wskazane byłoby ustalenie jednolitego sposobu prowadzenia list oczekujących przez świadczeniodawców. Należałoby również przeanalizować prowadzenie list oczekujących w odniesieniu do obowiązków nakładanych przez przepisy prawa UE.

Wypracowanie materiałów stanowiących podstawę do wprowadzenia zmian w przepisach, wskazanie obszarów i zakresów możliwych modyfikacji w zakresie prowadzenia list oczekujących.

#### **Oczekiwane rezultaty**

Ujednolicone i przejrzyste zasady prowadzenia list oczekujących, efektywniejsze monitorowanie zapotrzebowania na świadczenia oraz łatwiejsze wyszukiwanie miejsc udzielania określonych świadczeń (szczególnie istotne z punktu widzenia pacjentów).

#### **6. Ustalenie optymalnego zakresu sprawozdawanych i publikowanych danych z zakresu list oczekujących na wybrane zakresy świadczeń**

Dane z zakresu list oczekujących świadczeniodawcy sprawozdają do NFZ trzema kanałami, tj. za pośrednictwem:

- szczegółowych komunikatów sprawozdawczych XML dotyczących list oczekujących,
- udostępnionej przez NFZ aplikacji Kolejki Centralne (AP-KOLCE),
- szczegółowych komunikatów sprawozdawczych XML dotyczących świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych.

Każdym z kanałów przekazywany jest inny zakres danych lub dotyczący innych świadczeń. Świadczeniodawcy niejednokrotnie zwracali uwagę na złożoność i obszerność sprawozdawczości. Jednocześnie należy zauważyć, że w świetle rozszerzającej się grupy osób, które nie są umieszczane na listach oczekujących, monitorowanie dostępności do świadczeń w oparciu o obecny zakres danych staje się coraz bardziej utrudnione. Niewielkie liczby osób skreślanych z powodu wykonania świadczenia z list oczekujących mogą wynikać z różnych przyczyn, które nie sposób zidentyfikować w oparciu o aktualny zakres danych. Dopiero z dodatkowych informacji uzyskiwanych od świadczeniodawców, prowadzonych z nimi wyjaśnień np. wyniknęło, że od 2017 r. po przyznaniu kobietom w ciąży prawa do korzystania ze świadczeń poza kolejnością, zwiększyła się liczba kobiet w ciąży zgłaszających się do endokrynologa, co nie pozostaje bez wpływu na kolejkę oczekujących na świadczenia z zakresu endokrynologii.

Otrzymywane od świadczeniodawców dane są obecnie publikowane przez NFZ w Ogólnopolskim Informatorze o Czasie Oczekiwania na Świadczenia Medyczne. Prowadzone są jednak projekty, zgodnie z którymi informacje dotyczące list oczekujących będą również dostępne w serwisie „Dane Publiczne” oraz w Systemie Monitorowania Dostępności do Świadczeń Opieki Zdrowotnej. Jednocześnie coraz częściej dane z zakresu list oczekujących są na wniosek udostępniane przez NFZ różnym podmiotom do różnych celów.

Analiza zakresu danych sprawozdawczych z zakresu list oczekujących, sposób ich przekazywania oraz celowość publikacji tych danych przez różne podmioty w różnych serwisach, portalach. Potwierdzenie lub nie zasadności pozyskiwania od świadczeniodawców nie tylko informacji o osobach wpisywanych na listy, ale również o innych kategoriach osób, którym są udzielane świadczenia, tj. przyjmowanym w trybie nagłym, poza kolejnością, pozostającym w planie leczenia. Istotna mogłaby się również okazać informacja o tym czy świadczenia są realizowane osobom uprawnionym do korzystania z ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych bez skierowania. Ze względu na specyfikę określonych świadczeń istnieje trudność w stosowaniu niektórych przepisów np. określania pierwszego wolnego terminu udzielenia świadczenia w przypadku, gdy kolejna osoba może być przyjęta w momencie przyznania dodatkowych środków finansowych lub wyłączeniu spod opieki pacjenta dotychczas prowadzonego (np. poradnie żywieniowe).

#### **Oczekiwane rezultaty**

Lepsze monitorowanie świadczeń oraz łatwiejsze wyszukiwanie miejsc udzielania określonych świadczeń (szczególnie istotne z punktu widzenia pacjentów).

Główne zadania przewidziane do realizacji w projekcie ze wskazaniem grup docelowych

1. Wyodrębnienie procedur rekomendowanych do prowadzenia odrębnych list oczekujących.
2. Opracowanie propozycji nowego sposobu prowadzenia list oczekujących na wybrane badania diagnostyczne: tomografię komputerową, rezonans magnetyczny.
3. Określenie zasad kwalifikacji do zabiegów usunięcia zaćmy oraz endoprotezoplastyk stawu biodrowego i kolanowego.
4. Opracowanie propozycji nowego sposobu prowadzenia list oczekujących na świadczenia rehabilitacyjne.
5. Dokonanie analizy stanu prawnego oraz opracowanie propozycji jednolitych zasad prowadzenia list oczekujących na wybrane świadczenia opieki zdrowotnej.
6. Opracowanie sposobu sprawozdawczości oraz publikacji informacji z zakresu list oczekujących na

<p>wybrane zakresy świadczeń.</p> <p>7. Pilotażowe przetestowanie wypracowanego sposobu kwalifikacji do zabiegów usunięcia zaćmy oraz endoprotezoplastyk stawu biodrowego i kolanowego w wybranych podmiotach leczniczych świadczących szpitalne usługi medyczne.</p>
<p>Zasadnicze działania ukierunkowane na wsparcie podejmowanej interwencji publicznej, zrealizowane dotychczas przez wnioskodawcę lub inne instytucje</p>
<p>W okresie X.2015 – IX.2017 r. NFZ realizuje projekt pn. „Przygotowanie, przetestowanie i wdrożenie do systemu opieki zdrowotnej organizacji opieki koordynowanej (OOK) – Etap I Opracowanie modeli zintegrowanej/koordynowanej opieki zdrowotnej dla Polski”.</p> <p>Celem projektu jest poprawa jakości i efektywności opieki zdrowotnej w Polsce poprzez wprowadzenie standardów organizacyjnych i medycznych, a także modelu finansowania świadczeń, które doprowadzą do koordynacji poszczególnych etapów diagnostyki, terapii i rehabilitacji.</p> <p>Został złożony wniosek o dofinansowanie II etapu Faza pilotażowa – model POZ+, przewidujący poszerzenie dotychczasowych kompetencji lekarza POZ i <b>umożliwienie szybkich konsultacji z innymi specjalistami opieki ambulatoryjnej w oparciu o fundusze przekazywane na ten cel świadczeniodawcy realizującemu POZ, przy jednoczesnym nałożeniu obowiązku na lekarzy POZ dbałości o efekty terapeutyczne oraz przebieg procesu leczenia i konsultacji pacjenta.</b> Istotnym elementem organizacji opieki koordynowanej jest standaryzowane zasady/ ścieżki postępowania medycznego dla pacjentów chorych przewlekle.</p>
<p>Uwarunkowania skutecznej realizacji założeń interwencji publicznej (interesariusze, stan prawny, itd.)</p>
<p>Opracowano tzw. pakiet kolejkowy i onkologiczny, stanowiący zbiór przepisów wprowadzających istotne zmiany w systemie ochrony zdrowia w Polsce. Ustawy zostały podpisane przez Prezydenta RP w dniu 12 sierpnia 2014 r., obecnie trwają prace nad aktami wykonawczymi. Pakiet tworzą trzy ustawy: ustawa z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw, ustawa z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o konsultantach w ochronie zdrowia, ustawa z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej oraz niektórych innych ustaw</p> <p>Jednym z kluczowych założeń reformy jest zapewnienie pacjentom onkologicznym kompleksowej opieki na każdym etapie choroby oraz wprowadzenie rozwiązań zwiększających dostęp do świadczeń onkologicznych i poprawiających standard opieki nad pacjentem onkologicznym.</p> <p>Pakiet zawiera również przepisy ukierunkowane na zwiększenie dostępu pacjentów do świadczeń opieki zdrowotnej oraz poprawę systemu zarządzania listami oczekujących, w tym informowania o długości kolejek. Przewiduje się również, m.in. propozycje zmian w procesie zawierania umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej w wybranych zakresach oraz usprawnienie działania Narodowego Funduszu Zdrowia w tych zakresach.</p> <p>Próby określenia standardów kwalifikacji do zabiegów usunięcia zaćmy oraz endoprotezoplastyk stawu biodrowego i kolanowego były już podejmowane. Zarządzeniem Ministra Zdrowia z 17 lutego 2011 r. był powołany „Zespół do przygotowania standardów kwalifikacyjnych i terapeutycznych w rodzaju ortopedii i traumatologii narządu ruchu w zakresie endoprotezoplastyki”. Prace ww. zespołu nie zakończyły się przyjęciem i wprowadzeniem do stosowania przez świadczeniodawców standardów kwalifikacji i terapeutycznych.</p> <p>Obecnie zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. z 2016 r. poz. 694, z późn. zm.) kwalifikacja do zabiegu usunięcia zaćmy ma odbywać się zgodnie ze standardami Polskiego Towarzystwa Okulistycznego. W związku z tym, że na listach oczekujących na zabiegi w zakresie soczewki (zaćma) w dalszym ciągu są osoby, którym przesuwany jest planowany termin udzielenia świadczenia z powodu np. „pacjent jeszcze dobrze widzi”, „zbyt mała zaćma”, „zaćma niekwalifikująca się do usunięcia”, należy stwierdzić, że albo standardy nie są stosowane albo wymagają doprecyzowania.</p> <p>Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.</p> <p>Osoby uprawnione do korzystania ze świadczeń poza kolejnością:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• kobiety w ciąży;</li> <li>• świadczeniobiorcy do 18 roku życia, u których stwierdzono ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu;</li> <li>• świadczeniobiorcy, którzy posiadają tytuł „Zasłużonego Honorowego Dawcy Krwi”;</li> <li>• świadczeniobiorcy, którzy posiadają tytuł „Zasłużonego Dawcy Przeszczepu”;</li> <li>• inwalidzi wojenni i wojskowi;</li> <li>• kombatancki;</li> <li>• uprawniony żołnierz lub pracownik w zakresie leczenia urazów i chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa;</li> <li>• weteran poszkodowany w zakresie określonych świadczeń;</li> <li>• działacze opozycji antykomunistycznej i osoby represjonowane z powodów politycznych (od 31 sierpnia 2017 r.);</li> </ul>

- uprawniony żołnierz lub pracownik, weteran poszkodowany, którego ustalony procentowy uszczerbek na zdrowiu wynosi co najmniej 30% (po wejściu w życie ustawy o zmianie o weteranach działań poza granicami państwa oraz niektórych innych ustaw – projekt z 24 czerwca 2017 r.);

- osoby deportowane do pracy przymusowej (po wejściu w życie ustawy o zmianie ustawy o świadczeniu pieniężnym przysługującym osobom deportowanym do pracy przymusowej oraz osadzonym w obozach pracy przez III Rzeszę i Związek Socjalistycznych Republik Radzieckich oraz ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowych ze środków publicznych – projekt senacki).

Osoby uprawnione do korzystania z ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych poza kolejnością i bez skierowania:

- inwalidzi wojenni i wojskowi;

- kombatanci;

- uprawniony żołnierz lub pracownik w zakresie leczenia urazów i chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa;

- weteran poszkodowany w zakresie określonych świadczeń;

- świadczeniobiorcy do 18 roku życia, u których stwierdzono ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu;

- działacze opozycji antykomunistycznej i osoby represjonowane z powodów politycznych (od 31 sierpnia 2017 r.).

#### **Analiza interesariuszy:**

Głównymi interesariuszami projektu są pacjenci, świadczeniodawcy, NFZ, Ministerstwo Zdrowia oraz pozostali, m.in. Parlament (zmiany legislacyjne), samorządy lokalne, konsultanci krajowi i wojewódzcy, eksperci z zakresu ochrony zdrowia, ekonomii, organy założycielskie i nadzorujące świadczeniodawców, media, organizacje pacjenckie.

Skuteczna realizacja przedsięwzięcia w dużej mierze uzależniona będzie od uzyskania przychylności zainteresowanych stron, które zostaną aktywnie włączone w proces opracowywania nowych rozwiązań systemowych. Zaplanowana struktura realizacji projektu przewiduje powołanie Komitetu Sterującego i zespołów zadaniowych.

Interesariuszami projektu są również organizacje pozarządowe reprezentujące interesy pacjentów, które zostaną włączone w proces konsultacji wypracowywanych modeli.

Dalsze etapy planowane do wdrożenia poza projektem, o ile zostaną spełnione warunki umożliwiające ich skuteczne wykonanie

Po przygotowaniu poszczególnych etapów projektu proponujemy:

1. Przygotowanie projektu zmiany rozporządzenia MZ dotyczącego świadczeń gwarantowanych w zakresie leczenia szpitalnego o wprowadzenie zasad kwalifikacji do zabiegów: usunięcia zaćmy, endoprotezoplastyki stawu biodrowego i kolanowego.
2. Przygotowanie projektu zmiany rozporządzenia w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych w zakresie prowadzenia list oczekujących m.in. na wybrane badania diagnostyczne: tomografię komputerową, rezonans magnetyczny, świadczenia stomatologiczne dla dzieci, artroskopię stawu kolanowego.
3. Przygotowania propozycji zmiany rozporządzenia w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych w zakresie zmiany sposobu prowadzenia list oczekujących na świadczenia rehabilitacyjne. Przygotowanie lub rozbudowa istniejących systemów informatycznych dotyczących list oczekujących na rehabilitację.
4. Przygotowania propozycji zmiany ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz rozporządzenia w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych dotycząca wprowadzenia zasad prowadzenia list oczekujących na wybrane świadczenia opieki zdrowotnej.
5. Wdrożenie nowego sposobu sprawozdawczości oraz publikacji informacji z zakresu list oczekujących na wybrane zakresy świadczeń.

6. Pilotażowe przetestowanie wypracowanego sposobu kwalifikacji do zabiegów usunięcia zaćmy oraz endoprotezoplastyk stawu biodrowego i kolanowego w wybranych podmiotach leczniczych świadczących szpitalne usługi medyczne.			
<b>ZAKŁADANE EFEKTY PROJEKTU WYRAŻONE WSKAŹNIKAMI (W PODZIALE NA PŁEĆ I OGÓŁEM)</b>			
<b>WSKAŹNIKI REZULTATU</b>			
Nazwa wskaźnika	Wartość docelowa		
	W podziale na: <sup>24</sup>		Ogółem w projekcie
	Kobiety	Mężczyzn	
Liczba sporządzonych opracowań dotyczących prowadzenia list oczekujących na wybrane badania diagnostyczne: tomografię komputerową, rezonans magnetyczny	0	0	1
Liczba sporządzonych opracowań dotyczących prowadzenia list oczekujących na świadczenia rehabilitacyjne	0	0	1
Liczba podmiotów wykonujących szpitalną działalność leczniczą, które wdrożyły działania projakościowe w ramach programu	0	0	10
<b>WSKAŹNIKI PRODUKTU</b>			
Nazwa wskaźnika	Wartość docelowa		
	W podziale na: <sup>25</sup>		Ogółem w projekcie
	Kobiety	Mężczyzn	
Liczba raportów dotyczących zasad kwalifikacji do zabiegów usunięcia zaćmy	0	0	1
Liczba raportów dotyczących zasad kwalifikacji do zabiegów endoprotezoplastyk stawu biodrowego i kolanowego	0	0	1
Liczba raportów dotyczących stanu prawnego oraz opracowanie propozycji jednolitych zasad prowadzenia list oczekujących na świadczenia opieki zdrowotnej, sprawozdawania i publikowania danych z zakresu list oczekujących na wybrane zakresy świadczeń	0	0	1
Liczba podmiotów wykonujących szpitalną działalność leczniczą objętych wsparciem w programie.	0	0	10
<b>SZCZEGÓLWE KRYTERIA WYBORU PROJEKTU</b>			
<b>KRYTERIA DOSTĘPU</b>			

<sup>24</sup> Rozbicie wartości docelowych na płeć jest nieobowiązkowe – wypełniane w zależności od specyfiki wsparcia i samego projektu oraz zidentyfikowanego problemu, który projekt ma rozwiązać lub złagodzić.

<sup>25</sup> Rozbicie wartości docelowych na płeć jest nieobowiązkowe – wypełniane w zależności od specyfiki wsparcia i samego projektu oraz zidentyfikowanego problemu, który projekt ma rozwiązać lub złagodzić.

Beneficjent w wyniku realizacji projektu przedstawi propozycje zmian legislacyjnych w zakresie:

- rozporządzenia MZ dotyczącego świadczeń gwarantowanych w zakresie leczenia szpitalnego o wprowadzenie zasad kwalifikacji do zabiegów: usunięcia zaćmy, endoprotezoplastyki stawu biodrowego i kolanowego;
- rozporządzenia w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych w zakresie prowadzenia list oczekujących m.in. na wybrane badania diagnostyczne: tomografię komputerową, rezonans magnetyczny, świadczenia stomatologiczne dla dzieci, artroskopię stawu kolanowego;
- rozporządzenia w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych w zakresie zmiany sposobu prowadzenia list oczekujących na świadczenia rehabilitacyjne;
- ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz rozporządzenia w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych dotyczącą wprowadzenia zasad prowadzenia list oczekujących na wybrane świadczenia opieki zdrowotnej.

Uzasadnienie:

Celem kryterium jest zapewnienie formalnego wypracowania propozycji zmian prawnych. Beneficjent w wyniku realizacji projektu przygotowuje propozycje zmian legislacyjnych, które będą miały na celu poprawę jakości funkcjonowania służby zdrowia w obszarze zarządzania listami oczekujących na świadczenia zdrowotne.