

Tytuł lub zakres projektu: **Odwrócona Piramida Świadczeń**

Wersja fiszki: 1

Numer i data uchwały Komitetu Monitorującego: Uchwała nr 27 z dnia 16 maja 2023 roku

Informacje o instytucji opracowującej fiszkę:

Numer i nazwa Priorytetu: IV - Spójność społeczna i zdrowie

Instytucja: Ministerstwo Zdrowia

Dane kontaktowe osoby do kontaktów roboczych:

Dariusz Juszczyński

Naczelnik Wydziału Oceny i Monitorowania II

Departament Oceny Inwestycji

+48 880 340 050

d.juszczyński@mz.gov.pl

Numer i nazwa działania FERS: 04.15 Skuteczny i odporny system ochrony zdrowia

Fiszka Projektu wybieranego w sposób niekonkurencyjny

Podstawowe informacje o Projekcie:

Typ projektów FERS: Podnoszenie jakości zarządzania świadczeniami zdrowotnymi

Podmiot, który będzie wnioskodawcą: **Ministerstwo Zdrowia (MZ)**

Uzasadnienie wyboru projektu w sposób niekonkurencyjny oraz wyboru podmiotu, który będzie wnioskodawcą:

MZ uczestniczy w ustalaniu polityki państwa w zakresie ochrony zdrowia. Odpowiada za jej treść i realizację poprzez kierowanie działem administracji rządowej zdrowie. Tym samym jest jedynym podmiotem, który może w tym zakresie dokonywać reform, zgodnych z ustaloną

strategią sektorową „Zdrowa Przyszłość. Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021-2027, z perspektywą do 2030” oraz zaleceniami Komisji Europejskiej. Ma także narzędzia do wdrażania zmian.

Projekt ma charakter systemowy – zakłada odwrócenie piramidy świadczeń, stanowiące główny cel tego projektu. Odwrócenie piramidy świadczeń będzie polegać na modyfikacji istniejącego systemu prawno-organizacyjnego regulującego proces udzielania świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, w sposób, który powinien przyczynić się do m.in. do:

- prowadzenia procesu diagnostyczno-terapeutycznego w Polsce w większym stopniu w lecznictwie otwartym,
- skracania czasu trwania tego procesu oraz
- minimalizowania liczby hospitalizacji możliwych do uniknięcia.

Projekt realizowany w partnerstwie z Narodowym Funduszem Zdrowia (dalej: NFZ), wpisuje się w „Strategię Rozwoju NFZ” oraz został wskazany w Krajowym Planie Transformacji na lata 2022-2027.

Cel szczegółowy FERS, w ramach którego projekt będzie realizowany:

ESO4.11. Zwiększanie równego i szybkiego dostępu do dobrej jakości, trwałych i przystępnych cenowo usług, w tym usług, które wspierają dostęp do mieszkań oraz opieki skoncentrowanej na osobie, w tym opieki zdrowotnej; modernizacja systemów ochrony socjalnej, w tym wspieranie dostępu do ochrony socjalnej, ze szczególnym uwzględnieniem dzieci i grup w niekorzystnej sytuacji; poprawa dostępności, w tym dla osób z niepełnosprawnościami, skuteczności i odporności systemów ochrony zdrowia i usług opieki długoterminowej (EFS+)

Cel główny projektu:

Celem projektu jest stworzenie warunków prawno-organizacyjnych do odwrócenia piramidy świadczeń. Cel zostanie osiągnięty poprzez opracowanie założeń i wdrożenie rozwiązań systemowych, rozumianych w szczególności jako kompleksowa rewizja definicji produktów rozliczeniowych w zarządzeniach Prezesa NFZ oraz umożliwienie odpowiednich modyfikacji w rozporządzeniach ministra zdrowia.

Cele szczegółowe to:

- 1) zmiana struktury udzielanych świadczeń na korzyść trybu ambulatoryjnego oraz wyeliminowania bodźców do udzielania świadczeń diagnostycznych i leczniczych o charakterze ambulatoryjnym w ramach świadczeń szpitalnych, a tym samym redukcja kosztów opieki;

Cel zostanie osiągnięty przez równoległą modyfikację produktów rozliczeniowych dotyczących świadczeń ambulatoryjnych i stacjonarnych w taki sposób, aby wyeliminować motywacje świadczeniodawców do zbędnych hospitalizacji. w chwili obecnej część hospitalizacji ma charakter diagnostyczny, ze względu na niedostępność świadczeń na poziomie ambulatoryjnym, która nierzadko jest powodowana zaburzonymi relacjami kosztowo-przychodowymi pomiędzy produktami ambulatoryjnymi i stacjonarnymi. Równolegle prowadzone będą prace nad poszerzeniem możliwości realizacji wybranych świadczeń na poziomie ambulatoryjnym w przypadkach, w których nie jest to w chwili obecnej możliwe ze względów prawnych. w uzasadnionych sytuacjach tworzone będą rozwiązania umożliwiające opiekę nad pacjentem w jego miejscu zamieszkania;

- 2) wypracowanie mechanizmów umożliwiających płacenie za wynik (paying for performance) oraz dostosowanie płatności do stopnia złożoności przypadku i wartości środków niezbędnych do jego realizacji;

Cel zostanie osiągnięty przez wypracowanie w trakcie kompleksowej rewizji produktów rozliczeniowych premii bądź redukcji refundacji warunkowej osiągnięciem wybranych wskaźników jakościowych, efektywnościowych lub innych (np. wolumenowych);

- 3) opracowanie schematów współpracy i komunikacji pomiędzy szpitalem, AOS, POZ w ramach diagnostyki i leczenia oraz kontynuacji opieki nad pacjentem, a także opracowanie mechanizmów prawnych lub organizacyjnych (w tym finansowych) umożliwiających wdrożenie opracowanych schematów;

Cel zostanie osiągnięty poprzez rewizję funkcjonujących schematów leczenia i diagnostyki, określenie momentów w procesie diagnostyki i leczenia wymagających wprowadzenia schematów komunikacji, wypracowanie rozwiązań (tj. w zakresie współpracy i komunikacji odnoszących się do ścieżki diagnostycznej i leczenia pacjenta na wszystkich poziomach opieki).

Przykładem wdrożenia możliwym do określania na etapie wniosku, bez wykonania pracy analitycznej i konsultacyjnej zaplanowanej w projekcie, może być wprowadzenie pakietów diagnostycznych w AOS, których rozliczenie wymaga ustalenia terapii oraz przekazania „Informacji dla lekarza kierującego/POZ” (analogicznie do już wdrożonego rozwiązania w chorobach tarczycy).

Efektami projektu będą:

- poszerzenie możliwości realizacji wybranych świadczeń na poziomie ambulatoryjnym,
- zmniejszenie liczby potrzebnych wizyt pacjenta w AOS w poszczególnych zakresach świadczeń, w których możliwe będzie wdrożenie nowych pakietów diagnostycznych w AOS,
- wypracowanie z interesariuszami systemu (w tym z pacjentami) schematów współpracy i komunikacji pomiędzy szpitalem, AOS, POZ

w ramach diagnostyki i leczenia oraz kontynuacji opieki nad pacjentem,

- wypracowanie systemu bieżącego monitorowania efektów zmian,
- optymalne dostosowanie zasobów infrastrukturalnych, sprzętowych i kadrowych na poszczególnych poziomach opieki w związku z odwróceniem piramidy świadczeń.

Projekt stanowi również odpowiedź na oczekiwania Komisji Europejskiej oraz wszystkich interesariuszy systemu ochrony zdrowia, w tym zwłaszcza samych pacjentów – szybszy dostęp oraz skuteczniejsza diagnoza i leczenie. Rezultaty i efekty działania będą spójne z postawionymi celami, dotyczącymi polepszenia sytuacji grup szczególnie wrażliwych, oraz doprowadzą do zwiększenia dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej. Osiągnięcie efektów projektu wspierane będzie poprzez wykorzystanie potencjału infrastrukturalnego, sprzętowego i kadrowego dofinansowanego w ramach polityki spójności oraz środków KPO.

Opis problemu:

Obecnie funkcjonujący system umożliwia nieoptymalne z punktu widzenia systemu i pacjenta realizowanie procedur diagnostycznych i wybranych procedur leczniczych w leczeniu szpitalnym. Dotychczasowe analizy prowadzone przez Wnioskodawcę wskazują na brak mechanizmów lub ich nieefektywność w zakresie przechodzenia pacjenta pomiędzy poziomami leczenia i diagnostyki, wraz z postępowaniem procesu diagnostyczno-terapeutycznego. Tym samym obserwowane jest obciążenie szpitali realizacją świadczeń zbędnie generujących koszty, absorbujących potencjał szpitalny, co ogranicza racjonalizację wykorzystania zasobów szpitalnych, a także prowadzi do szeregu ryzyk zdrowotnych.

Zaproponowane podejście do rozwiązania tego problemu, bazujące na wprowadzeniu systematycznej rewizji systemu udzielania świadczeń, w szczególności po stronie produktów rozliczeniowych płatnika oraz zaangażowaniu najważniejszych interesariuszy, umożliwi wprowadzenie

istotnej zmiany systemowej, zgodnej z przyjętą wizją dla systemu ochrony zdrowia.

Skutkiem braku systematycznej rewizji systemu jest również ograniczenie dostępności świadczeń i długi czas oczekiwania na diagnostykę i świadczenia, w szczególności poradę specjalisty w ramach AOS.

Zidentyfikowanym problemem, na który odpowiada projekt, jest także niedobór funkcjonujących schematów komunikacji w opiece koordynowanej i współpracy w opiece nad pacjentem na różnych poziomach leczenia. Analizy demograficzne oraz analizy zapotrzebowania kadrowego w ochronie zdrowia wskazują na potrzebę efektywnego alokowania i wykorzystania zasobów kadry medycznej. Zaplanowane w projekcie działania związane z optymalizacją procesu diagnostyki i leczenia pacjenta będą prowadziły do uwolnienia zasobów kadrowych, przekładając się na poprawę dostępności usług zdrowotnych. Obecnie wdrażana jest opieka koordynowana na poziomie POZ. Zmiana ta wymaga komplementarnych zmian na wyższych poziomach opieki, które umożliwią w pełni wykorzystanie powstałego potencjału w POZ.

Opis tego, co już zostało zrobione:

Projekt jest komplementarny względem dotychczas realizowanych projektów, w tym finansowanych ze środków unijnych. Umożliwi między innymi wykorzystanie rozwiązań, które powstały w ramach projektu pilotażowego POZ PLUS (POWR.05.02.00-00-0039/17) oraz potencjału związanego z rozwojem opieki koordynowanej na poziomie POZ – potrzeby zdrowotne pacjentów skierowanych z wyższych poziomów opieki zostaną zaspokojone w optymalny sposób na niższym poziomie, bardziej dostępnym.

Potrzebę kontynuowania działań związanych z odwracaniem piramidy świadczeń potwierdzają zrealizowane dotychczas przez NFZ działania:

- zmiany w finansowaniu świadczeń okulistycznych, które przyczyniły się do znaczącego wzrostu dostępności świadczeń, w szczególności

w obszarze zaćmy (efekty zmian monitorowane są w raporcie pod adresem: <https://ezdrowie.gov.pl/portal/home/badania-i-dane/zdrowe-dane/monitorowanie/choroby-narzadu-wzroku>),

- zmiany w finansowaniu świadczeń dotyczących leczenia chorób tarczycy, które doprowadziły do znacznej redukcji hospitalizacji osób z chorobami tarczycy (efekty zmian monitorowane są w raporcie pod adresem: <https://ezdrowie.gov.pl/portal/home/badania-i-dane/zdrowe-dane/monitorowanie/choroby-tarczycy>).

Dotychczas Wnioskodawca zebrał doświadczenie w ramach wskazanych wyżej dwóch dziedzin. Potrzebne jest jednak kompleksowe podejście, by zmienić cały system, dlatego projekt zakłada objęcie zakresem wszystkich sekcji Jednorodnych Grup Pacjentów (JGP). Są to grupy pacjentów w systemie rozliczania świadczeń zdrowotnych przez płatnika (w Polsce Narodowy Fundusz Zdrowia). Poszczególne grupy JGP są jednorodne pod względem klinicznym oraz muszą obejmować pacjentów o podobnej kosztochłonności, rozumianej jako zużycie zasobów szpitala.

Zastosowane w projekcie podejście polegające na sukcesywnym przejściu przez zakresy i sekcje JGP, zapewni kompleksowość i stabilność wypracowywanego rozwiązania i możliwość realnego odwrócenia piramidy świadczeń, a doświadczenia Wnioskodawcy i partnera gwarantują wykonalność przyjętej logiki projektowej.

Opis wykorzystania efektów po projekcie:

Efektem projektu będzie umożliwienie optymalizacji opieki na różnych poziomach, przez co rozumie się implementację zmian regulacyjnych i prawnych, zapewniających warunki do osiągnięcia składowych celu głównego, które opisano powyżej. Po zakończeniu projektu, system finansowania świadczeń opieki zdrowotnej będzie funkcjonował zgodnie z wypracowanymi i wdrożonymi w ramach projektu rozwiązaniami. Co więcej, zostanie zbudowana i utrzymywana po projekcie sprawność operacyjna w ramach MZ i NFZ do ewaluacji i dalszej ewolucji systemu.

W ramach projektu utworzony zostanie współpracujący z MZ zespół analityczno-wdrożeniowy w NFZ, odpowiadający za stałe monitorowanie, ewaluację i dostosowywanie produktów rozliczeniowych do identyfikowanych nieefektywności na poziomie leczenia szpitalnego i ambulatoryjnego. Planowane jest funkcjonowanie tego zespołu również po zakończeniu projektu, co pozwoli na stałe doskonalenie i dostosowywanie systemu rozliczeniowego w oparciu o aktywne konsultacje z całym środowiskiem.

Główne zadania przewidziane do realizacji w projekcie, ze wskazaniem grup docelowych (o ile dotyczy), planowanych terminów realizacji zadań (o ile dotyczy) oraz szacunkowych kosztów ich realizacji (% budżetu projektu – o ile dotyczy):

Główne zadania projektu dotyczą redefinicji produktów rozliczeniowych na poziomie ambulatoryjnym i szpitalnym. Proces redefinicji zakłada przeprowadzenie:

- analizy danych z przeprowadzonych badań jakościowych oraz ilościowych analiz danych pochodzących z systemu,
- zdefiniowanie i weryfikację tez dotyczącą nieefektywności rozwiązań systemowych we wskazanych obszarach (problemach zdrowotnych) na podstawie wyników danych,
- zaprojektowanie przy wsparciu eksperckim rozwiązań (tj. definicji produktów rozliczeniowych oraz, w razie konieczności, zmian regulacyjnych) eliminujących przyczyny zidentyfikowanych nieefektywności, w tym w szczególności wprowadzających różnicowanie kosztowe w zależności od przypadku,
- symulacje wpływu zaprojektowanych rozwiązań na efekty organizacji świadczeń i wpływów na budżet,
- konsultacje zaprojektowanych rozwiązań z interesariuszami (pacjenci, operatorzy systemu, świadczeniodawcy, eksperci,),

- wdrożenie zaprojektowanych i dostosowanych w trakcie konsultacji rozwiązań (uwzględnienie uwag i potrzeb grupy odbiorców),
- zbudowanie modułu monitorującego efekty wprowadzonych zmian dla danego obszaru (moduł analityczny oparty o system informatyczny),
- ewaluację zmian i wprowadzenie korekt (w zależności od harmonogramu w ramach projektu lub po jego zakończeniu),
- dalszy cykl monitorowanie- bieżącą ewaluacja -dostosowanie (zgodnie z koncepcją koła Deminga).

Równolegle prowadzone będą działania mające na celu konsolidację świadczeń na poziomie AOS (zadanie 1 i 2), przede wszystkim poprzez budowę pakietów diagnostycznych w AOS, które zastąpią fragmentarycznie udzielane porady.

Działania projektowe wychodzą od przeprowadzenia analiz i mają na celu opracowanie rozwiązań dla poszczególnych zakresów świadczeń. Mają one pozwolić na realizację profilaktyki, diagnostyki i leczenia najbliższej pacjenta, tj. w ramach współpracy POZ i AOS, oraz odciążenie szpitali z procedur, które mogą być realizowane na niższych poziomach.

Aby tego dokonać, niezbędne jest przeprowadzenie działań analitycznych o charakterze systemowym, makro analitycznym i badawczym pozwalających na zweryfikowanie wiedzy o elementach funkcjonowania i organizacji systemu ochrony zdrowia. Kolejnym krokiem jest opracowanie rozwiązań wymagających pracy nad istniejącymi procedurami płatnika i rozwiązaniami prawnymi. Nieodłącznym elementem prac nad zmianami i rozwiązaniami będą ich konsultacje ze środowiskiem (przedstawiciele towarzystw naukowych, organizacji pacjentów, pacjentów oraz świadczeniodawców).

Grupa docelowa działań projektowych jest szeroka z uwagi na to, że projekt dotyczy opracowania i wdrożenia zmian o charakterze systemowym.

Struktura grupy docelowej wynika z przyjętego założenia o wyjściu regulatora (MZ) i płatnika (NFZ) do świadczeniodawców w celu wspólnego rozwiązania zidentyfikowanych problemów. Na grupę docelową składają się:

- podmioty lecznicze udzielające świadczeń zdrowotnych w zakresie POZ, AOS i lecznictwie szpitalnym;
- MZ jako regulator zapewniający organizację systemu ochrony zdrowia;
- NFZ jako płatnik, odpowiedzialny za zorganizowanie systemu rozliczeniowego.

Pośrednimi odbiorcami działań i rozwiązań projektowych będą:

- pacjenci;
- pracownicy systemu ochrony zdrowia.

Opisy zadań:

Zadanie 1: Wsparcie procesu opracowania pakietów diagnostycznych w AOS

W ramach zadania planowane jest przeprowadzenie działań wspierających proces opracowywania rozwiązań będących produktem projektu - pakietów diagnostycznych w AOS. Zadanie polega na zgromadzeniu danych jakościowych oraz wiedzy i dobrych praktyk niezbędnych do tworzenia nowych rozwiązań.

W ramach Zadania zaplanowano badania jakościowe, diagnozę potrzeb i konsultacje eksperckie. w związku z tym planuje się przeprowadzenie badań fokusowych, obserwacji w placówkach, wywiadów indywidualnych oraz wizyt studyjnych w szpitalach, placówkach AOS i POZ.

Kluczowym elementem zadania jest także zebranie w fazie początkowej projektu informacji dotyczących rozwiązań i dobrych praktyk stosowanych w innych krajach (zdiagnozowanie także co się nie sprawdziło). Jako rozwiązanie efektywne i zapewniające szybkie uzyskanie danych

Beneficjent przewidział organizację konferencji międzynarodowej, na której eksperci i przedstawiciele resortów innych państw będą mogli podzielić się informacjami o stosowanych rozwiązaniach i praktyce. Pozwoli to zebrać materiał do dalszych prac oraz zbudować bazę międzynarodowych ekspertów, z którymi będzie można współpracować przy tworzeniu modeli, a następnie prowadzić konsultacje na różnych etapach opracowywania rozwiązań. W projekcie zaplanowano także zagraniczne wizyty studyjne pozwalające zdobyć zespołowi analitycznemu wiedzę na temat rozwiązań organizacyjnych stosowanych w innych krajach. Ich celem jest zdobycie praktycznej wiedzy poprzez obserwację pracy na miejscu w AOS, dyskusję z przedstawicielami innych Ministerstw na temat efektywności stosowanych rozwiązań oraz problemów jakie występują w ramach przyjętych rozwiązań organizacyjno-prawnych systemu w danym kraju.

Rezultat Zadania:

Pozyskanie wiedzy o oczekiwaniach interesariuszy oraz zebranie międzynarodowych i krajowych dobrych praktyk w zakresie tworzonych rozwiązań.

Produkty Zadania:

- konferencja międzynarodowa dla przedstawicieli innych resortów w ramach WHO
- krajowe wizyty studyjne u świadczeniodawców
- badanie potrzeb świadczeniodawców i świadczeniobiorców
- badania fokusowe i indywidualne

- zagraniczne wizyty studyjne –

Wartość zadania: 8% budżetu projektu

Czas realizacji: 12/2023 – 06/2027

Zadanie 2: Stworzenie produktów rozliczeniowych w leczeniu szpitalnym nastawionych na szybką diagnostykę i leczenie oraz prowadzenie pacjenta w lecznictwie otwartym w ramach 6 zestawów sekcji JGP

Zadanie polega na stworzeniu dokładnej definicji produktów rozliczeniowych w leczeniu szpitalnym umożliwiającym odwrócenie piramidy świadczeń. Zadanie dotyczy przeglądu produktów rozliczeniowych w sekcjach JGP. Wraz z rozwojem medycyny, infrastruktury oraz ewolucji systemu, JGP przestają spełniać założenia, a brak systematycznej rewizji i koordynacji z innymi poziomami opieki prowadzi do nieefektywności systemu.

Działania w ramach zadania obejmują proces analityczny, współpracę z ekspertami (w celu podniesienia efektywności kosztowej projektu, ta sama grupa ekspertów zostanie zaangażowana w prace w ramach Zadania 2 i 4 – współpraca realizowana będzie w ramach Zadania 3).

Przygotowana zostanie redefinicja produktów rozliczeniowych, zintegrowanych z niższymi poziomami opieki. Opracowany zostanie także moduł do monitorowania osiągnięcia zamierzonych efektów, co pozwoli na rewizję JGP po pierwszym okresie funkcjonowania. Moduł obejmie zbiór interaktywnych raportów wizualizujących osiągnięcie zakładanych zmian. Przez moduł należy rozumieć nie tylko warstwę narzędzia do wizualizacji, ale również cały proces generowania danych, utrzymywania aktualności procesu przetwarzania wraz ze zmieniającym się procesem generującym dane (w wyniku zmian w systemie finansowania świadczeń) oraz zaprojektowania układu raportowego.

Aby ograniczyć ryzyko braku umiejętności wnioskowania ze wskaźników populacyjnych oraz wskaźników jakościowych określonych dla placówek ochrony zdrowia, powstaną instrukcje jak należy interpretować poszczególne parametry. Podobne wytyczne zostaną stworzone w celu ułatwienia korzystania z modułów raportowych monitorujących efekty wprowadzanych zmian w organizacji udzielania świadczeń.

Ze względu na obszar zmian, problemy zdrowotne w leczeniu szpitalnym zostaną pogrupowane w 6 zestawów sekcji JGP. w ramach jednego zestawu sekcji JGP opracowywane będą zmiany dla 3 sekcji JGP. w ramach każdej sekcji zdefiniowane jest obecnie od kilkunastu do kilkudziesięciu JGP. Każdy JGP jest opisany z wykorzystaniem zbioru rozpoznań i procedur. Liczba możliwych rozpoznań i procedur możliwych do wykorzystania wynosi kilkanaście tysięcy.

Rezultat Zadania:

- Opracowane nowe charakterystyki JGP
- Opracowany moduł monitorowania efektów

Produkty Zadania:

- 18 kompletów dokumentów wdrożeniowych (rekomendacje w zakresie zmian w zarządzeniach/rozporządzeniach oraz załącznikach) umożliwiających przygotowanie zarządzeń Prezesa NFZ/rozporządzeniach MZ
- 18 raportów w zakresie projektu wskaźników premiujących jakość/ efektywność
- 1 raport z konsultacji ze świadczeniodawcami i przedstawicielami medycznymi wprowadzanych zmian
- 18 zbiorów interaktywnych raportów dostępnych publicznie umożliwiających monitorowanie efektów zmian
- 18 kompletów dokumentów wdrożeniowych (rekomendacje w zakresie zmian w zarządzeniach/rozporządzeniach oraz załącznikach) umożliwiających zmiany w zarządzeniach/rozporządzeniach po okresie ewaluacji

Wartość zadania: 24% budżetu projektu

Czas realizacji 12/2023- 06/2027

Zadanie 3: Konsultacje eksperckie pakietów diagnostycznych w AOS i 6 zestawów sekcji JGP

Zadanie będzie polegało na koordynacji współpracy z ekspertami. Zadaniem ekspertów będzie współpraca z zespołami MZ oraz NFZ pracującymi nad opracowaniem pakietów diagnostycznych w AOS i 6 zestawów sekcji JGP.

Eksperci zostaną wyłonieni w przeprowadzonych postępowaniach o udzielenie zamówienia publicznego. Planuje się wsparcie merytoryczne ekspertów medycznych (poszczególnych dziedzin nad którymi prowadzone będą prace), z zakresu ekonomii oraz zakresu systemu zdrowia publicznego. Zadaniem wyłonionych ekspertów będzie stałe wsparcie merytoryczne i zapewnienie dostępu do bieżącej wiedzy dla analityków lidera i partnera. Zadanie wspierać będzie realizację Zadania 2 i 4.

Rezultat Zadania:

Zapewnienie jakości wypracowywanych rozwiązań oraz wsparcie środowiska medycznego.

Produkty Zadania:

- skonsultowane pakiety diagnostyczne w AOS i 6 zestawów sekcji JGP
- przepracowane godziny konsultacji eksperckich

Wartość zadania: 21% budżetu projektu

Czas realizacji: 12/2023- 06/2027

Zadanie 4: Opracowanie rozwiązań usprawniających funkcjonowanie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w tym opracowanie pakietów diagnostycznych w AOS

W ramach zadania utworzone zostaną projekty pakietów diagnostycznych w AOS.

Pakiet świadczeń to zestaw procedur diagnostycznych lub terapeutycznych - zagregowanych w oparciu o kryterium rozpoznania lub uznanych zasad postępowania medycznego - wykonywanych z intencją przeprowadzenia

szybkiej i kompleksowej diagnostyki lub leczenia wraz z oceną wykonanych badań oraz stanu klinicznego pacjenta.

W celu wypracowania rozwiązań mających na celu usprawnienie funkcjonowania AOS, stworzone zostaną zespoły robocze składające się z analityków danych oraz ekspertów medycznych z właściwych dziedzin medycyny. Działania będą skoordynowane z Zadaniem 2 i 3, również dzięki współpracy z tą samą grupą ekspertów w celu uspoźnienia procesu odwracania piramidy świadczeń.

Zakłada się, że w przypadku stwierdzenia takiego zapotrzebowania w toku prac, zakres może także zostać rozszerzony poza AOS (np. o rehabilitację i POZ).

Zadanie uwzględnia opracowanie uniwersalnego algorytmu do analizy ścieżek pacjenta, który wesprze proces wyboru optymalnej ścieżki systemowej w danej dziedzinie w celach diagnostycznych, w szczególności pomiędzy POZ, AOS i leczeniem szpitalnym. Celem algorytmu będzie uniwersalne, analityczne wsparcie weryfikacji ścieżek diagnostycznych w AOS we wszystkich analizowanych problemach zdrowotnych. Algorytm będzie posiadał funkcjonalność dot. czasu trwania diagnostyki, liczby wizyt, itp. Pozwoli na detekcję ścieżek nieoptymalnych oraz wyznaczenie najczęściej realizowanych ścieżek, co umożliwi sprawną analizę zachowań świadczeniodawców na poziomie AOS w kontekście prowadzonej diagnostyki oraz wsparcie modyfikacji produktów rozliczeniowych.

Rezultat Zadania:

- Stworzenie warunków organizacyjnych do zwiększenia udziału świadczeń ambulatoryjnych i jednodniowych
- Opracowanie pakietów diagnostycznych w AOS

Produkty Zadania:

- 18 kompletów dokumentów wdrożeniowych (rekomendacje w zakresie zmian w zarządzeniach/rozporządzeniach oraz załącznikach) umożliwiającą przygotowanie zarządzeń Prezesa

NFZ/rozporządzeniach MZ z uwzględnieniem tworzenia pakietów diagnostycznych w AOS

- 18 wkładów do interaktywnych raportów dostępnych publicznie umożliwiających monitorowanie efektów zmian w ramach AOS
- 18 kompletów dokumentów wdrożeniowych (rekomendacje w zakresie zmian w zarządzeniach/rozporządzeniach oraz załącznikach) umożliwiających zmiany w zarządzeniach/rozporządzeniach po okresie ewaluacji
- algorytm optymalnej ścieżki systemowej
- analiza problemu decyzyjnego

Wartość zadania: 26% budżetu projektu

Czas realizacji: 12/2023- 06/2027

Zadanie 5: Wdrożenie zmian i rozwiązań legislacyjnych

Zadanie polega na modyfikacji wykazu świadczeń gwarantowanych w kontekście kwalifikacji nowych procedur medycznych lub zmiany warunków realizacji i kwalifikacji obecnie istniejących świadczeń. Działanie obejmuje projektowanie i wdrażanie rozwiązań legislacyjnych sankcjonujących wypracowywane zmiany w systemie.

Dotyczy to aktów prawnych regulujących płaconie za świadczenie oraz zakres świadczeń gwarantowanych. Na bieżąco prowadzone będą analizy istniejących zapisów pod kątem dostosowywania ich do projektowanych zmian.

W ramach zadania dokonany zostanie przegląd istniejących wykazów świadczeń, w tym zarówno realizowanych w szpitalu i ambulatoryjnej opiece specjalistycznej, jak i gwarantowanych wyłącznie w ramach leczenia szpitalnego, a możliwych do realizacji w trybie ambulatoryjnym.

Przedmiotem działań będą świadczenia zabiegowe oraz procedury diagnostyczne. Przegląd dokonany zostanie w etapach obejmujących poszczególne zakresy świadczeń.

Podstawowym efektem prowadzonych prac będzie wsparcie ustalenia zasad finansowania, które nie będą preferować realizacji w trybie hospitalizacji. Jednocześnie stworzenie warunków, w których podmioty pracujące wyłącznie w trybie ambulatoryjnym bądź jednodniowym będą mogły realizować procedury zabiegowe w szerszym niż dotychczas zakresie przekieruje strumień pacjentów zgodnie z założeniami odwracania piramidy świadczeń.

Opracowane rozwiązanie wdrażane będą przez Departament Lecznictwa MZ oraz NFZ w zakresie zmian w Zarządzaniach Prezesa NFZ.

Rezultat Zadania:

Wdrożenie zmian i rozwiązań legislacyjnych umożliwiających odwrócenie piramidy świadczeń

Produkty Zadania:

- zmodyfikowane zapisy legislacyjne dotyczące szpitala i AOS.
- projekty zarządzeń Prezesa NFZ

Wartość zadania: 6,5% budżetu projektu

Czas realizacji: 12/2023- 06/2027

Zadanie 6: Analiza zasobów ochrony zdrowia

Zadanie przewiduje opracowanie analiz dotyczących:

- wsparcia w weryfikacji aktualności stosowanych sprzętów diagnostycznych z obecnymi standardami i nowoczesnymi technologiami medycznymi,
- zabezpieczenia poszczególnych poziomów opieki przez kadrę medyczną.

W ramach zadania przeprowadzone zostaną analizy optymalnego rozmieszczenia zasobów kadrowych, sprzętowych i łóżkowych w ochronie zdrowia na różnych poziomach opieki (zwłaszcza szpital, AOS), a także analizy wykazujące aktualny potencjał świadczeniodawców umożliwiający

realizację świadczeń gwarantowanych w ramach AOS i szpitala po odwróceniu piramidy świadczeń.

Analizy będą przebiegać zgodnie z harmonogramem prac nad 6 paczkami sekcji JGP.

W odniesieniu do planowanego przesunięcia realizacji świadczeń diagnostycznych i leczniczych o charakterze ambulatoryjnym z systemu szpitalnego, konieczne jest określenie, jaki rodzaj kadry medycznej pod względem kompetencji ma zabezpieczać poszczególne poziomy opieki. Aby zapewnić jak najwyższą jakość udzielonych świadczeń przez personel medyczny, konieczna jest optymalizacja ich czasu pracy (np. przesunięcie prac administracyjnych na personel pomocniczy). Niezbędnym elementem jest także określenie wymaganego do realizacji świadczeń sprzętu na poszczególnych poziomach opieki oraz niezbędnych kompetencji do jego obsługi.

Dodatkowo, w przypadku wskazania konieczności kwalifikacji świadczenia opieki zdrowotnej jako świadczenia gwarantowanego, istotne będzie wsparcie analizy wymaganego do realizacji świadczenia sprzętu, zasobów kadrowych i ich kwalifikacji. Natomiast w przypadku zastąpienia nową technologią medyczną aktualnie znajdujących się w koszyku świadczeń, niezbędne będzie przeprowadzenie analizy z zakresu aktualnego potencjału świadczeniodawców.

Rezultat Zadania:

Opracowanie modelu optymalnego rozmieszczenia kadry medycznej, sprzętu medycznego i łóżek na poszczególnych poziomach opieki adekwatnie do potrzeb wynikających z odwrócenia piramidy świadczeń

Produkty Zadania:

- analiza i raport zawierający rekomendacje dot. rozmieszczenia zasobów sprzętowych i łóżkowych w podziale na poszczególne poziomy opieki w związku z odwróceniem piramidy świadczeń

- analiza i raport zawierający rekomendacje dot. rozmieszczenia kadry medycznej na poszczególnych poziomach opieki w związku z odwróceniem piramidy świadczeń

Wartość zadania: 4,5% budżetu projektu

Czas realizacji: 12/2023 - 06/2027

Zadanie 7: Upowszechnianie produktów

Zadanie będzie wspierać wdrożenie zmian poprzez zwiększenie wiedzy interesariuszy systemu (tj. pacjentów, podmiotów leczniczych udzielających świadczeń zdrowotnych, pracowników systemu ochrony zdrowia, jednostek działających w systemie) o wprowadzanych rozwiązaniach. Zadanie obejmuje także proces konsultacji wypracowanych rozwiązań i produktów wśród grup docelowych.

Poza działaniami informacyjnymi, takimi jak opracowanie komunikatów dotyczących prowadzonych działań, w ramach Zadania przeprowadzone zostaną warsztaty i konferencje regionalne dotyczące nowo wypracowanych zmian. Każdorazowo przed ich wdrożeniem przewiduje się konsultacje pakietów ze świadczeniodawcami.

Konsultacja będzie miała charakter spotkań w regionach. Zadanie ma charakter wspierający dla Zadania 4 i 5 co odzwierciedla jego harmonogram. Prowadzone będą m.in. webinary on-line skierowane do grup docelowych informujące świadczeniodawców i świadczeniobiorców o wprowadzanych rozwiązaniach.

Nagrania z webinarów pozostaną w sieci i będą poszerzać zasięg informacji. Niezbędne jest także dotarcie z informacją w ramach prasy branżowej, dlatego w projekcie przewidziano opracowanie i opublikowanie artykułów sponsorowanych w prasie branżowej.

Rezultat Zadania:

Podniesienie wiedzy środowiska w zakresie wprowadzanych rozwiązań.

Produkty Zadania:

- śniadanie prasowe otwierające projekt
- przeprowadzone kampanie outdoorowe
- przeprowadzone kampanie w internecie
- konferencje regionalne
- animacje/filmy upowszechniające wprowadzane rozwiązania
- konsultacje pakietów ze świadczeniodawcami

Wartość zadania: 5% budżetu projektu

Czas realizacji: 12/2023- 06/2027

Czy projekt będzie realizowany w partnerstwie?:

- Tak

Podmioty, które będą partnerami w projekcie ze wskazaniem realizowanych zadań i uzasadnienie wyboru partnerów:

Partnerem projektu będzie Narodowy Fundusz Zdrowia (dalej: NFZ), który aktualnie jest jedynym płatnikiem w systemie bazowego zabezpieczenia zdrowotnego. z tego względu, projekt nie może być zrealizowany bez zaangażowania NFZ, co eliminuje ryzyko braku zastosowania wyników w praktyce.

Efekt projektu może być osiągnięty przez odpowiednie, kompleksowe modyfikacje zarządzeń Prezesa NFZ oraz aktów regulujących funkcjonowanie systemu finansowania świadczeń ze środków publicznych, nad którymi pieczę sprawuje NFZ, w szczególności modyfikacji systemów informatycznych i systemu sprawozdawczości.

NFZ jest państwową jednostką organizacyjną posiadającą osobowość prawną, realizującą zadania publiczne MZ wynikające z Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, takie jak:

- określanie jakości i dostępności oraz analiza kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie niezbędnym dla prawidłowego

- zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz refundacja kosztów świadczeń udzielonych ubezpieczonym;
- przeprowadzanie konkursów ofert, rokowań i zawieranie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, a także monitorowanie ich realizacji i rozliczanie;
 - finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych świadczeniobiorcom innym niż ubezpieczeni spełniającym kryterium dochodowe;
 - wdrażanie, realizowanie, finansowanie, monitorowanie, nadzorowanie i kontrolowanie programów zdrowotnych;
 - wykonywanie zadań zleconych, w tym finansowanych przez ministra właściwego do spraw zdrowia, w szczególności realizacja programów zdrowotnych;
 - monitorowanie ordynacji lekarskich;
 - promocja zdrowia.

NFZ jest zatem jedyną instytucją, która może wdrożyć wypracowane w projekcie wspólnie z Wnioskodawcą zmiany i w świetle zapisów art. 44 ust. 2 ustawy z dnia 28 kwietnia 2022 r. o zasadach realizacji zadań finansowanych ze środków europejskich w perspektywie finansowej 2021-2027 jest naturalnym i wyłącznym partnerem projektu mogącym realizować określone dla niego w projekcie zadania.

Partner będzie odpowiedzialny za realizację Zadania 2 oraz częściowo będzie uczestniczył w realizacji Zadania 3, 5, 7. Będzie także uczestniczył w zarządzaniu projektem, przedstawiciel partnera zostanie oddelegowany do Komitetu Sterującego projektu.

Czy projekt będzie projektem grantowym?:

- Nie

Przewidywany termin złożenia wniosku o dofinansowanie: II kw. 2023 r.

Przewidywany okres realizacji projektu: 12.2023 – 06.2027

Szacowany budżet Projektu

Szacowana kwota wydatków w projekcie w podziale na lata i ogółem (PLN):

- w roku 2023: 1 083 600,00
 - w roku 2024: 14 303 200,00
 - w roku 2025: 18 204 000,00
 - w roku 2026: 18 204 200,00
 - w roku 2027: 18 205 000,00
- ogółem: 70 000 000,00

Wymagany wkład własny beneficjenta (PLN):

- Nie

Procentowy poziom wymaganego wkładu własnego:
nie dotyczy

Szacowany wkład UE (PLN):

59 500 000,00

Cross-financing:

- Kwota 0 000,00 PLN
- 0%

Zakładane efekty Projektu wyrażone wskaźnikami

Wskaźniki Rezultatu

1. Liczba wdrożonych modeli w zakresie optymalizacji udzielania świadczeń zdrowotnych

Wartość docelowa dla projektu: 1

Wskaźniki Produktu

1. Liczba opracowanych modeli w zakresie optymalizacji udzielania świadczeń zdrowotnych

Wartość docelowa dla projektu: 1

Szczegółowe kryteria wyboru projektów

Nie dotyczy

**Podpis osoby upoważnionej do podejmowania decyzji w zakresie
Rocznego Planu Działania:**

Warszawa, 02 czerwca 2023

Małgorzata Iwanicka-Michałowicz
Zastępca Dyrektora
/dokument podpisany elektronicznie/

Miejscowość, data

Podpis osoby upoważnionej

/zgodnie z datą podpisu elektronicznego/

Data zatwierdzenia fiszki w ramach Rocznego Planu Działania

(wypełnia Instytucja Zarządzająca FERS)

6 czerwca 2023 roku