

Warszawa, 29 grudnia 2022 r.

Eksperci Stowarzyszenia IFIC Polska z dużym zadowoleniem przyjęli pomysł Ministerstwa Zdrowia wprowadzenia centralnej e-rejestracji na świadczenia medyczne. Skalowanie na cały system prac rozpoczętych w pilotażu to bardzo dobry kierunek zmian proefektywnościowych. Przy prawidłowym zaprojektowaniu, wdrożeniu i ewaluacji rozwiąże to wiele problemów związanych z obsługą rejestracji na świadczenia opieki zdrowotnej oraz ustalania kolejności ich udzielania.

**Kluczowe jest, aby e-rejestracja stanowiła alternatywę do prowadzenia listy oczekujących AP-KOLCE, zredukowała, a nie namnażała pracę.** Warunkiem koniecznym jest wdrażanie systematyczne, stopniowe, od procesów najprostszych po bardziej skomplikowane, zgodnie z harmonogramem dostosowanym do poziomu zawiłości. Najważniejszym jest zapewnienie dostępności najbardziej chorym i poprawa efektywności wykorzystania czasu pracy wielu poradni, który obecnie często nie jest optymalny.

#### **Proponowane obszary i etapy wdrażania:**

**Profilaktyka raka piersi** (mammografia), **raka szyjki macicy** (cytologia, w przyszłości HPV) i **chorób układu krążenia** (CHuK) Następnie **profilaktyka raka jelita grubego** (kolonoskopia) i **profilaktyka raka płuca** (NDTK).

**Narzędzia i zasoby:** mechanizmy wypracowane w pandemii - centralnie skierowania dla wszystkich osób kwalifikujących się do badań, zaproszenia SMS, zapisy zarówno za pomocą Internetowego Konta Pacjenta, jak i infolinii NFZ oraz bezpośrednio w przychodni.

Zmobilizowanie świadczeniodawców, aby wystawili adekwatną liczbę slotów do liczby pacjentów kwalifikujących się w danym roku do badań. Ewentualnie zwiększenie lub reasumpcja świadczeniodawców po konkursach NFZ (analiza wydatków dofinansowań w IOWISZ na profilaktykę). Wykorzystanie zasobów, które są zakontraktowane i częściowo opłacone, a nieproduktywne. (Mamy ponad 28 tysięcy położnych w systemie, ok 3200 położnych w POZ, ale mniej niż sto pobiera cytologię. Mamy ponad 6 tysięcy ginekologów oraz zasoby sprzętowe w postaci około tysiąca mammografów, tomografów i kilkaset pracowni endoskopii). To ogromny potencjał, który mógłby szybko przynieść ogromne korzyści całej populacji kwalifikującej się do badań profilaktycznych. Relatywnie prosta i szybka zmiana wpływająca na redukcję nierównego dostępu do badań i luki dzielącą nas od świata zachodu, jak również wzrost średniej długości życia przynajmniej o 5 lat.

**Pilotaż:** 3-5 powiatów i 2-3 jednostki centralne - pilotaż koordynacji poziomej i pionowej (zsynchronizowane z KSK, KSO)

Następny etap - **obszary ochrony zdrowia, które mają jeden lub dwa priorytety oraz horyzont czasowy maksymalnie do 2-3 lat.** Wdrożenie automatycznego umawiania na następne badanie po upływie interwału.

Uruchomienie możliwości umawiania zastosowania rejestracji w konsultacjach lekarz - lekarz w ramach koordynacja opieki POZ ze specjalistyką (tam gdzie występuje lokalny brak zasobów).

---

#### **SIEDZIBA:**

ul. Świeradowska 43  
02-662 Warszawa

Sąd Rejonowy dla M. St. Warszawy w Warszawie XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego

• **Nr KRS** 0000774032 • **NIP:** 5213864520 • **REGON:** 383166117

#### **BIURO KOORDYNACJI:**

E- mail: [kontakt@ificpolska.org.pl](mailto:kontakt@ificpolska.org.pl)

www: [ificpolska.org.pl](http://ificpolska.org.pl)

## Następny etap - **kolejne obszary**

DILO, konsylia, lekarskie - IPOM AOS w P1, późny follow up odblokowujący jednostki centralne - Instytuty naukowo-badawcze celem przesunięcia do poziomów niższej referencyjności  
Ewaluacja - uwolnienie slotów dla pacjentów pierwszorazowych.

### **Warunki skrócenia czasu oczekiwania na świadczenia (sukcesu wdrożenia):**

- „dojrzałość” cyfrowa podmiotów – użycie rejestracji z portalu gabinet.gov oraz gotowość dostawców systemów do zintegrowania oprogramowania z rejestracją.
- Prawidłowo zdefiniowane ścieżki i priorytety „ruchu” pacjenta w systemie
  - prawidłowo zdefiniowane **priorytety i kryteria kwalifikujące do ścieżek klinicznych**
  - prawidłowo zastosowane **triggery kliniczno-rozliczeniowe**
  - **wyodrębnienie slotów** dla pacjentów **pierwszorazowych pilnych** oraz pacjentów **pierwszorazowych stabilnych** z jednoznacznymi **kryteriami wejścia**
  - uzgodnione ścieżki kliniczne pomiędzy Ministerstwem Zdrowia reprezentowanymi przez konsultantów krajowych oraz NFZ
  - **stratyfikacja** pacjentów na poziomie POZ, **wsparcie triażem pielęgniarskim**
  - **kryteria odesłania pacjenta do lekarza rodzinnego** – efektywnie działająca opieka koordynowana
- Część badań powinna być nadal możliwa do umawiania bezpośrednio przez lekarza ze wskazań związanych z potencjalną destabilizacją pacjenta (ten obszar trzeba kontrolować ale nie blokować)
- **Szybka synchronizacja terminarza** wewnątrz organizacji wraz z terminarzem udostępnianym do zapisu pacjentów na platformie P1 (pozwoli to na uniknięcie nieporozumień na linii pacjent-świadczyciel i skarg na pozorność rozwiązania)
- Kryteria rozgraniczania przypadków pilnych i stabilnych nie powinny opierać się na enumeratywnej liście problemów zdrowotnych, tylko np. wzorem pilotażu CZP, określeniu kryteriów stopnia zagrożenia dla zdrowia i życia
- **wdrożenie na szerszą skalę e-konsultacji** - półproduktów wspierających, jak konsultacje lekarz POZ - lekarz AOS, lekarz AOS-AOS analogicznie jak w opiece koordynowanej w POZ, eMDT (eKonsylium tj. w DILO) czy planu leczenia widocznego w IKP - zasad powrotu pacjenta z AOS do POZ (tj. w endokrynologii). Co pozwoli na uwolnienie slotów w AOS
- **Dokończenie wdrożenia w zakresie eSkierowań**. Obecnie obowiązują do AOS, szpitala, medycyny nuklearnej, TK, MR, endoskopii i inne. Natomiast skierowania np. do szpitala psychiatrycznego, a w szczególności do RTG obowiązują w wersji papierowej. Wdrożenie w całości eSkierowań, uporządkuje proces koordynacji, ułatwi wdrożenie e-kolejek.

### **Rozwiązania wspierające propagację:**

Udostępnione **grafiki nie powinny dotyczyć pełnego mianownika czasu** jakim dysponują konkretne jednostki, ale **proporcja** pomiędzy czasem udostępnionym, a czasem zakontraktowaną powinna być odpowiednio **promowana**.

- Powinno dojść do **dopuszczenia realizacji części koordynacji w ramach poradni specjalistycznych** przez pielęgniarki, położne, a nawet koordynatorów bez tych uprawnień, tak jak w ramach medycyny rodzinnej
- Powinien pojawić się **koordynator współpracy pomiędzy przychodniami czyli koordynacja pozioma oraz koordynacja pionowa pomiędzy przychodniami, a szpitalami**. (O ile przychodnie

ambulatoryjnej opieki specjalistycznej działały w warunkach rynkowych, to część archaicznych SPZOZów przez lata wypierała istnienie kontroli, ewaluacji i konkurencji).

### **Obszary szczególnej uwagi:**

- W pierwszym etapie wdrożenie centralnej rejestracji niczego nie skróci. Czas wyporządkowania procesu wewnątrz organizacji to 6-12 miesięcy. Ponadto potrzebne jest wystawienie, a następnie wypełnienie slotów z wielu organizacji może okazać się trudne.
- Część pacjentów chce skorzystać z opieki czy diagnostyki konkretnego lekarza i konkretnego podmiotu. Powinna być opcja umożliwiająca skorzystanie z takiej woli lub jednoznaczne przepisy mówiące, że taka ścieżka będzie możliwa tylko i wyłącznie prywatnie.
- Nie da się wyeliminować sytuacji, w których lekarze na prośbę pacjenta wypisują pilne skierowania bądź kierują poza kolejką na zabiegi bez pilnych wskazań, ale da się wyraźnie ograniczyć.
- Dodatkowym czynnikiem sprzyjającym porządkowanie systemu są wskaźniki jakości opieki wynikające z teorii Danabediana i VBHC M. Portera. Konieczne jest wdrożenie wskaźników jakości, pomiaru i poprawy płatności za efektywną pracę. W naukach o zarządzaniu jest to standardem do zastosowania, np. Regionalny czy Centralny Command Center.
- Wdrażanie kolejnych ścieżek diagnostyczno – terapeutycznych. Jednym z nielicznych przykładów takiego opracowania jest ścieżka diagnostyczno-terapeutyczna pacjenta z cukrzycą stworzona przez konsultantów krajowych w dziedzinie medycyny rodzinnej oraz diabetologii na potrzeby POZ. Taką ścieżką na swój sposób były także opracowane w pandemii schematy postępowania z pacjentem covidowym. Jest to trudny proces. Konsultant musi uzgodnić wytyczne ze środowiskiem, po drugie – z płatnikiem, który winien zrozumieć schemat postępowania i dostosować swoje produkty do zaproponowanych ścieżek. Porządkuje to wiele kwestii i tego oczekują pacjenci.

Podsumowując, należy wdrażać zmiany na wzór dojrzałych systemów – w sposób zarządczy, stopniowo, począwszy od procesów najprostszych (załącznik) z adekwatnymi mechanizmami motywacyjnymi do konsekwentnej propagacji populacyjnej. Eksperti Stowarzyszenia IFIC POLSKA deklarują czynne wsparcie merytoryczne.

# Centralna e-Rejestracja - wdrożenie

