STRATEGIA WDRAŻANIA projektu innowacyjnego testującego

Temat innowacyjny:
Monitorowanie jakości usług publicznych, m.in. poprzez wspieranie tworzenia wskaźników typu quality of governance, quality of life o zasięgu krajowym, wspieranie upowszechniania tzw. indeksów dobrej gminy oraz benchmarking

Nazwa projektodawcy:

Lider:

Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu

Partnerzy:

Polskie Centrum Edukacji i Analiz ORDO

Związek Powiatów Polskich

Health Policy Institute

Tytuł projektu

PORTRETY SZPITALI - MAPY MOŻLIWOŚCI,

czyli monitorowanie jakości usług publicznych i benchmarking z zakresu nadzoru nad funkcjonowaniem szpitali, dla których organem założycielskim jest jednostka samorządu terytorialnego

Numer umowy: UDA-POKL.05.02.01-00-115/10-00

Wrocław 29 lutego 2012

KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI

UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

CZŁOWIEK – NAJLEPSZA INWESTYCJA

I. UZASADNIENIE

Zapewnienie wydolności systemu opieki zdrowotnej (dalej SOZ) to obecnie jedno z najważniejszych wyzwań przed którym stanął rząd i władze samorządowe. Pojawienie się nowych, skuteczniejszych metod leczenia, nacisk pacjentów na podnoszenie jakości świadczeń zdrowotnych, choroby cywilizacyjne, wydłużenie lat życia, skutkuje stałym wzrostem kosztów leczenia i coraz większym skomplikowaniem procesów zarządczych w takich rozwiniętych i specjalistycznych strukturach jakim są szpitale. **Wzrostowi wydatków na zdrowie nie towarzyszy wzrost zadowolenia z funkcjonowania SOZ.** Opieka szpitalna jest najbardziej widocznym składnikiem wszystkich wydatków na opiekę zdrowotną, ze szpitalem pozostającym w centrum zmieniającej się ekonomii zdrowia. Przemiany rynkowe doprowadziły do transformacji postawy pacjenta, który stał się klientem opieki zdrowotnej bardziej świadomym swoich praw, wymagającym i dokonującym racjonalnej oceny usług zdrowotnych. Wg. danych GUS na przestrzeni lat 2003-2008 wydatki na ochronę zdrowia w Polsce wzrosły prawie o 70%. Największy wzrost nakładów zaobserwowano w obszarze szpitalnictwa – prawie 100% oraz ambulatoryjnej opiece zdrowotnej – prawie 80%. Wydatki sektora publicznego zwiększyły się o 73 % a prywatnego – o blisko 50%. Z badań przeprowadzonych przez CBOS wynika, że jedynie 22% respondentów wyraża zadowolenie z funkcjonowania SOZ, przy czym tylko dwóch na stu (2%) jest bardzo zadowolonych. Równocześnie 58% Polaków ocenia swój stan zdrowia jako zadowalający i bardzo zadowalający. Niewspółmierność oczekiwań obywateli co do jakości i dostępności do opieki zdrowotnej a możliwościami ich zaspokojenia to główny problem SOZ. Jednocześnie począwszy od lat 60. XX wieku, **wydatki na ochronę zdrowia wzrastają w szybszym tempie niż PKB brutto większości państw europejskich** (od 3,1% w 1960 do 8,8% w 2006 r.). Przewiduje się, że procentowy udział wydatków na opiekę zdrowotną w PKB w krajach UE będzie wzrastał nadal, osiągając do 2020 r. poziom ok. 15%. Wzrostowi wydatków towarzyszy **postrzeganie zdrowia jako** najwyższej wartości, której dotyczy działalność medyczna Ludzie pragną zdrowia i aby je wytworzyć zgłaszają popyt zarówno na nakłady opieki medycznej jak i jej wysoką jakość. Z sondażu CBOS[1] wynika, że najważniejsze dla Polaków jest zdrowie, które zajęło pierwsze miejsce wśród najważniejszych wartości. Myśli tak aż 97 %. W tym kontekście widzimy odpowiedzialność władzy publicznej (samorząd).

Kluczowe znaczenie szpitala w polskim SOZ, wynika przede wszystkim z: 1) poziomu wydatków na opiekę szpitalną w stosunku do całości wydatków na opiekę zdrowotną, 2) jego roli jako ostatecznego szczebla odpowiadającego za jakość i efektywność leczenia. W Polsce od kilku lat obserwuje się wzrost zainteresowania problematyką podejmowania świadomych, tj. systemowych i planowych działań skierowanych na podnoszenie jakości i efektywności usług zdrowotnych. Przeprowadzona w I etapie realizacji projektu pogłębiona analiza kosztochłonności polskiego szpitalnictwa[2] potwierdziła zasadnicze diagnozy w oparciu o które były budowane hipotezy dot. problemu. Wg. danych GUS udział wydatków na szpitale w całości wydatków bieżących na ochronę zdrowia to prawie 35%[3]. Poziom tych wydatków wypracowuje ok. 800 szpitali w całym kraju, co stanowi niespełna 3% wszystkich podmiotów leczniczych. Wśród szpitali kluczową rolę odgrywają szpitale publiczne (liczba łóżek w szpitalach publ. to ponad 160 tys, w szpitalach niepubl. nie przekracza 20 tys.[4]).
Wynika z tego jednoznacznie, iż **poprawa funkcjonowania publicznych szpitali to obecnie konieczna i najbardziej pożądana droga do racjonalizacji** (jakości) wydatków na opiekę zdrowotną w Polsce, a tym samym zwiększenia dostępności do publicznych świadczeń opieki zdrowotnej.

Opieka szpitalna jest jednym z istotnych, kosztochłonnych obszarów wydatkowania środków publicznych, a efekty z nią związane stanowią ważny **element funkcjonowania społeczności**

[1] Badanie Centrum Badań Opinii Społecznej, 09.07.2010, Rynek Zdrowia
[2] Załącznik nr 2; Badania szpitala o podstawowej strukturze – badanie sondażowe u źródła – studium szpitala o charakterze podstawowym (niespecjalistycznym), październik 2011
[3] Dane statystyczne, rocznik GUS, Warszawa, 2010 r.
[4] Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia w 2009 r. Główny Urząd Statystyczny. Warszawa 2010 oraz Rejestr Zakładów Opieki Zdrowotnej (stan na dzień 19 września 2011).

lokalnych, w tym jakości życia i poczucia bezp. zdrowotnego. Jednym z zadań nałożonych na jednostki samorządu terytorialnego (dalej JST) jest zapewnienie dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Akceptacja odpowiedzialności za realizację potrzeb zdrowotnych obywateli znajduje swoje odzwierciedlenie w zapisach konstytucyjnych. **Wobec ograniczonych zasobów, szczególnie fin., będących w dyspozycji szpitali, których organem założycielskim jest JST, kluczowego znaczenia nabiera problem ich efektywnego funkcjonowania.**
Tym bardziej, gdyż zmiany w SOZ przez cały czas są bardzo dynamiczne. Koncentrowały się m. in na decentralizacji funkcjonowania podmiotów leczniczych. Zlikwidowano rejonizację, dużą część ambulatoryjnej opieki zdrowotnej sprywatyzowano, nadzór nad publicznymi szpitalami przekazano różnym szczeblom administracji tj.: urzędom centralnym, w tym ministerstwom a przede wszystkim samorządom (wojewódzkim, powiatowym, gminnym).
Decentralizacja zarządzania publicznymi szpitalami powinna stymulować poprawę organizacji dostarczania usług zdrowotnych, sprzyjając zarówno lepszej alokacji zasobów SOZ stosownie do potrzeb (efektywność alokacyjna), jak i wyższej efektywności technicznej i ekonomicznej (racjonalność zasobów). W efekcie decentralizacja ta powinna służyć jako środek do zapewnienia obywatelom dostępu do wysokiej jakości świadczeń zdrowotnych.
Zmianom nie towarzyszyło wzmacnianie funkcji koordynacyjnych z wykorzystaniem analiz popartych scaloną sprawozdawczością. Aktualnie poszczególne szczeble administracji odpowiedzialne są wycinkowo za organizację opieki zdrowotnej, tj. tylko w odniesieniu do podlegających i nadzorowanych przez nie podmiotów leczniczych. Dlatego też możliwości gromadzenia jednostkowych danych statystycznych i analitycznych ograniczone są również do nadzorowanych podmiotów, co powoduje **brak kompleksowej, pogłębionej informacji dotyczącej ochrony zdrowia na poszczególnych poziomach administracji**. Skutkiem tego jest brak możliwości racjonalnego wykorzystania istniejących zasobów w odniesieniu do złożonych problemów zdrowotnych mieszkańców. Bardzo często zdarza się, że obok siebie funkcjonują trzy szpitale: miejski (podległy gminie), wojewódzki (podległy województwu) oraz klinika (podległa Ministerstwu Zdrowia), z dublującą się specjalizacją oraz niewykorzystanymi zasobami. Jedyny skuteczny sposób oddziaływania na lokalny SOZ posiada NFZ (poprzez system konkursowego kontraktowania świadczeń zdrowotnych). Uwidoczniło się to w sposób znaczący pod koniec 2011 r. Konkursy nie uwzględniały wielu istotnych uwarunkowań społ.-gosp., oraz analitycznych co przyczyniło się do konfliktów. Zauważyć należy brak empirycznych, obiektywnych narzędzi do rankingowania szpitali powodujący dalsze nieusystematyzowane działanie publicznego płatnika, który określając tylko podstawowe parametry technologiczne i wytwórcze dokonuje zakupu świadczeń zdr. od szpitali narażając się na zarzuty braku obiektywnego wyboru. Powoduje to eskalację protestów, dekompozycję systemu i zarzuty o marnotrawienie publicznych środków przeznaczanych na finansowanie nie efektywnych i nie konkurencyjnych szpitali.

Aktualnie JST publicznych szpitali, **nie posiadają odpowiednich narzędzi diagnostyczno-analitycznych, które umożliwiłyby bieżące monitorowanie funkcjonowania podległych szpitali**. Ponadto dane statystyczne gromadzone przez JST są ograniczone i determinowane okresami sprawozdawczymi. Brak dostępu do narzędzi analitycznych, umożliwiających dokonanie porównania funkcjonowania danego szpitala na tle innych podobnych szpitali w kraju w aspekcie organizacyjnym i finansowym, przez kadrę zarządzającą publicznym szpitalem oraz JST, w praktyce uniemożliwia efektywne sprawowanie funkcji kierowniczych i nadzorczych. **Brak jest obiektywnej wiedzy o efektywności funkcjonowania szpitala, jej źródłach, czynnikach sprawczych (w szczególności endogenicznych) i możliwościach polepszenia w warunkach niestabilnego otoczenia (w tym niepewności zasilania finansowego świadczeń medycznych)**. W wyniku analiz i badań jakie przeprowadzono w I etapie projektu[5] jednoznacznie potwierdzono brak narzędzia analitycznego, które dawałoby odpowiedź, które obszary funkcjonowania szpitala należy poprawić i w jaki sposób. Również nie dokonuje się całościowych integralnych badań wykorzystujących narzędzia

[5] Załącznik nr 1, W. Witczak, Diagnoza funkcjonowania szpitali w procesie transformacji systemu ochrony zdrowia w Polsce w latach 1999-2011, październik 2011

benchmarkingowe, które by wspierały efektywność funkcjonowania szpitali[6] a dokonywane badania opierają się na prowadzeniu analiz w ujęciu danych historycznych, wielkości ex post wpływających na wielkość budżetów sektora publicznego. Przeprowadzono tylko cząstkowe badania w 3 województwach, a CSiOZ i MZ próbowało dokonywać analiz statystycznych sytuacji finansowej szpitali.

Wykorzystano dane ogólnopolskie (zał. 1) co do realizacji celów projektu jak i dane z poziomu mikro, lokalnego (zał. 2) tak by adekwatnie odnieść się do konstrukcji narzędzia badawczego. **Uzasadnienie realizacji projektu zostało poparte wynikami analiz i badań, zrealizowanych w I etapie**: **1) diagnozy funkcjonowania szpitali** w Polsce z określeniem i zebranie istniejących wyników badań w ramach opracowania dotyczącego funkcjonowania szpitali, w szczególności z wykorzystywaniem benchmarkingu; 2) przeprowadzenie dwóch **badań: szpitala wysokospecjalistycznego i podstawowego**.

Badania potwierdziły występowanie w obu przypadkach podobnych problemów uznanych przez nie, jako najistotniejsze (pomijając kwestie zróżnicowania zapotrzebowania rodzajowego, ilościowego i wartościowego na wysoką technologię medyczną), czyli związane z właściwościami obecnego systemu kontraktowania świadczeń z płatnikiem publicznym, wpływem tego systemu na rosnącą niepewność decyzyjną w szpitalach i zwiększoną podatność kierownictwa na zachowania oportunistyczne nie sprzyjające myśleniu strategicznemu i w kategoriach rozwoju podmiotu leczniczego (koncentracja na rozwiązywaniu bieżących problemów – tzw. „gaszenie pożarów", odsuwanie uwagi od kwestii jakości świadczeń), silnym niedokapitalizowaniem oraz szybkim moralnym i fizycznym starzeniem się majątku trwałego, kadrą lekarską – jej strukturą rodzajową i jakościową. Źródła występujących problemów upatruje się w ciągłym niedostatku środków finansowych i obiektywną (tj. w przekonaniu zarządów szpitali niezależną od nich) niemożnością jego zwiększenia oraz ustabilizowania). Występują też różnice w odniesieniu do skali niektórych zjawisk w obu przypadkach, m.in. w obszarze tzw. zakażeń szpitalnych: skala zakażeń jest różna, ale też świadomość znaczenia tego zjawiska dla jakości świadczeń jest inna (w szpitalu podstawowym zdecydowanie niższa, zjawisko słabiej monitorowane), ankietowani nie potrafili też określić, czy wartości niektórych wskaźników należy uznać za dobre czy złe. Znamienne jest, że w świetle uzyskanych odpowiedzi w obu przypadkach można przypuszczać istnienie niewykorzystywanych (prawdopodobnie ze względu na brak wystarczającej świadomości lub stosowanie przez zarządzających rutynowych schematów myślenia i postępowania) rezerw dla poprawy efektywności funkcjonowania podmiotu leczniczego; przypuszczalnie źródła rezerw tkwią w sposobach gospodarowania oraz organizacji pracy i procesów wewnątrzzakładowych, a nawet w relacjach właściciel - zarząd.

Badanie potwierdziło, że w znikomym stopniu szanse na polepszenie jakości świadczeń medycznych upatruje się w poprawie efektywności działania, zarówno technicznej jak i alokacyjnej, podmiotu leczniczego; tym samym część środków wytwórczych (finansowych, rzeczowych, ludzkich) jest marnowana, nie może być wykorzystana dla poprawy jakości świadczeń. **Badanie potwierdziło zasadność wyodrębnienia i uznania jako ważne, wstępnie określonych obszarów** działania podmiotu leczniczego, bez względu na jego profil i wielkość.

W efekcie badań i analiz eksperckich w trakcie I etapu projektu wyodrębniono obszary i ich zawartość merytoryczną, które powinny podlegać ocenie lub benchmarkingowi z punktu widzenia JST, a także zaproponowano ankietę analityczną, która została wykorzystana w opracowaniu docelowego narzędzia badawczego. Potwierdzono konieczność wyodrębnienia możliwie szerokiego obszaru badawczego szpitala (z wyłączeniem obszaru **stricte** medycznego).

Przeprowadzenie powyższych badań oraz **analiza sytuacji w Europie**[7] na przykładzie 4 państw ze szczególnym wykorzystaniem doświadczeń węgierskich i słowackich w badaniu i

[6] Opr. cyt. – Częścią raportu było zebranie istniejących wyników badań i opracowań dotyczących funkcjonowania szpitali w Polsce

[7] Opracowanie wykonane przez partnera zagranicznego HPI, Benchmarking hospitals services, HPI, listopad 2011; Materiały z konferencji międzynarodowej, Efektywność funkcjonowania szpitali. Doświadczenia Polskie i zagraniczne, Kraków, 09.12.2011 r;.

benchmarkingowaniu szpitali pozwoliło zakończyć etap studiów przygotowawczych, potwierdzić zasadność założeń i wykorzystać je do właściwych prac projektowych.
Zastosowanie metody benchmarkingu umożliwia nie tylko zidentyfikowanie dobrych i złych praktyk w wewnątrz każdego szpitala (benchmarking wewnętrzny) ale też wykrycie najlepszych rozwiązań stosowanych w badanej populacji szpitali (benchmarking porównawczy).

W wyniku diagnoz i dyskusji w czasie specjalnych spotkań grup eksperckich[8] potwierdzono słuszność założeń określających konieczność realizacji projektu. Wykorzystano wszystkie wykonane prace tak, by jak najpełniej kształtowały opracowanie narzędzia badawczego: metodologii, procedury prowadzenia prac badawczych, ankiety badawczej oraz założeń do platformy informatycznej. Eksperci – dyrektorzy szpitali, potwierdzali, iż wyniki badań staną się ważnym narzędziem w procesie planowania zmian racjonalizujących SOZ w szczególności odnosząc się do rozwiązań w skali mikro (szpital), które będą wpływać na poziom makro (krajowy).
Efekty projektu pozwolą na wymianę doświadczeń na każdym z istotnych szczebli zarządzania szpitalem a jego wyniki zawierać będą rekomendacje dla zarządzających szpitalami i administracji szczególnie samorządowej. Będą one wspierały i umożliwiały podnoszenie sprawności procesów zarządczych funkcjonowania szpitali.

Konsultacje w trakcie spotkań z ekspertami i w czasie konferencji, utwierdziły w przekonaniu, że jest to jeden z **podstawowych i oczekiwanych postulatów kadry zarządzającej i właścicieli szpitali**. W tym też sensie projekt może być ważnym elementem wsparcia systemowego dla założeń ustawodawczych rządu czy zainteresowanych organizacji w kreowaniu wsparcia działań odnoszących się do zmian strukturalnych (wypracowane w nim narzędzie do monitorowania usług publicznych i benchmarking z zakresu nadzoru nad pracą szpitali) na płaszczyźnie szpital - JST. Projekt jest **zgodny również z postulatami Min. Zdrowia**, w kontekście podjęcia prób określających zasady i tryb różnicowania poziomu finansowania świadczeń, w kontekście ich efektywności[9].
Potwierdzono celowość skierowania projektu do wszystkich podmiotów odpowiedzialnych za prawidłowe funkcjonowanie SOZ, gdzie jest ona rozłożona na kilku szczeblach –od ministerialnego (MZ, MSW, MON), poprzez szczeble samorządowe (województwo, powiat), aż do zarządów szpitali.

[8] Seminarium, Metodologia zintegrowanego narzędzia badawczego, Białowieża, 21-22.11.2011; Warsztaty opiniodawcze dot. ankiety badawczej; omówienie metody benchmarkingu, Kraków, 10.12.2011 r.
[9] Dyskusja i przekazany do konsultacji projekt ustawy o jakości w ochronie zdrowia, lipiec 2011 r.

II. CEL WPROWADZENIA INNOWACJI

Zgodnie z wnioskiem celem projektu jest stworzenie nowatorskiego systemu monitorowania funkcjonowania szpitali, który będzie wsparciem dla władz centralnych kraju w planowaniu polityk oraz działań które wspierają samorządy terytorialne w wykonywaniu nałożonych na nie zadań publicznych.

Cele szczegółowe:

- weryfikacja dotychczas stosowanych narzędzi badawczych wykorzystywanych w procesie zarządzania szpitalami;
- opracowanie nowatorskiego narzędzia badawczego oraz założeń do platformy informatycznej;
- wykazanie praktycznej użyteczności przygotowanego narzędzia badawczego;
- wypracowanie wskaźników badania efektywności usług publicznych (funkcjonowania szpitali), które pozwolą na zastosowanie odpowiednich metod w procesach zarządzania i pokażą nowe, dopasowane podejście do rozwiązywania problemów zarządczych;
- budowa sieci służącej stałej wymianie doświadczeń i dobrych praktyk – benchmarking, znalezienie innych partnerów społecznych (gminy, metropolie), naukowych, eksperckich, środowiskowych (związki zawodowe).

POŻĄDANY STAN DOCELOWY PO WPROWADZENIU INNOWACJI

Dzięki innowacji - kadra zarządzająca szpitalami, pracownicy instytucji nadzorujących szpitale (JST, administracja centralna itp.) oraz eksperci naukowi współpracujący z wymienionymi instytucjami (dalej zwani beneficjentami) otrzymają kompleksowe narzędzie badawcze (metodologia, ankieta badawcza – tzw. techniczna, benchmarkingowa, wynikający system rekomendacji), które będzie niezbędnym instrumentem oceny (ranking, benchmark) dla szpitali, organów założycielskich (JST) i rządu w prowadzeniu procesów restrukturyzacji podmiotów leczniczych (w tym w przekształcaniu ich w spółki prawa handlowego). Jednym z założeń ustawy[10] jest wprowadzenie narzędzi prawnych zwiększających nadzór podmiotów tworzących sp zoz oraz mechanizmów uniemożliwiających zadłużanie się. Metodologia oceny szpitali oraz narzędzie informatyczne[11] obsługujące proces benchmarkingu wychodzi naprzeciw założeniom ustawy i umożliwi JST podejmowanie bardziej efektywnych decyzji o charakterze zarządczym tj. restrukturyzacja organizacyjna, restrukturyzacja fundamentalna w ramach niezmienionej formy prawnej podmiotu leczniczego, przekształcenie podmiotu leczniczego w spółkę prawa handlowego, likwidacja podmiotu.

Narzędzie badawcze, które powstanie w wyniku projektu umożliwi **bieżącą identyfikację zjawisk** zachodzących w kluczowych obszarach funkcjonowania szpitali, co przyczyni się do poprawiania jakości nadzoru nad kierowanymi i podległymi podmiotami medycznymi. Narzędzie umożliwi również **wzajemnie porównywanie się szpitali w poszczególnych płaszczyznach w celu identyfikacji najbardziej i najmniej efektywnych działań.** W konsekwencji możliwe stanie się stałe promowanie i rekomendowanie dobrych praktyk dotyczących efektywności działania, zarządzania, oraz jakości udzielanych świadczeń w zakresie ich implementacji do codziennej praktyki.

Zostanie stworzone narzędzie komplementarne, **wspomagające już istniejące systemy oceny i akredytacji szpitali.**

WERYFIKACJA STOPNIA OSIĄGNIĘCIA CELÓW

Przy konstrukcji wskaźników weryfikujących stopień osiągania celów uwzględniono zasadę SMART. Pomiar wartości wskaźników odbywać się będzie na początku i na końcu każdego okresu monitorowania. Za okres monitorowania projektodawca przyjął rok realizacji projektu. Na zakres monitorowania składa się zestaw konkretnych działań, zgodnych z harmonogramem projektu. Wartości wskaźników będą publikowane na stronie internetowej projektu. W poniższej tabeli zawarto

[10] Wyrazem tej woli jest przede wszystkim nowa ustawa: *Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. 2011 nr 112 poz. 654)*

[11] Założenia technologiczno-funkcjonalnych dla platformy internetowej będącej elementem innowacyjnego narzędzia na potrzeby monitorowania jakości usług publicznych i benchmarkingu z zakresu nadzoru nad funkcjonowaniem szpitali, dla których organem założycielskim jest JST, grudzień, 2011

wykaz wskaźników oraz okresy monitorowania w odniesieniu do poszczególnych celów projektu. Wybór wskaźników oraz ich wartości była przedmiotem auto-ewaluacji tj. została poddana analizie przez ekspertów zatrudnionych bezpośrednio przy projekcie. W ocenie ekspertów wskaźniki oraz punkty ich pomiaru umożliwią efektywne badanie postępu realizacji projektu. Pomiaru wskaźników dokonywać będzie specjalista ds. organizacyjnych (SO)[12] działający w ramach Zespołu Realizacji Projektu oraz kluczowi eksperci. Nieskumulowane wartości wskaźników za kolejne lata ukazuje poniższa tabela.

Cele	Nazwa wskaźnika	Zakres monitorowania (Etap/działanie)	Wartość wskaźników w poszczególnych latach (wartości nieskumulowane)
Cel główny: stworzenie nowatorskiego **systemu monitorowania funkcjonowania szpitali**, który będzie wsparciem dla władz centralnych kraju w planowaniu polityk oraz działań, które wspierają samorządy terytorialne w wykonywaniu nałożonych na nie zadań publicznych	Liczba szpitali poddanych badaniu ankietowemu	Działanie V *Testowanie wstępnej wersji produktu* Działanie VII *Analiza rzeczywistych efektów testowania produktu* Działanie XI *Upowszechnienie i włączenie do głównego nurtu polityki*	Wartość początkowa (2011): 0 Wartość pośrednia (2012): 160 Wartość końcowa (2014): 500 Wartość końcowa 2015: 500
	Liczba raportów z badań szpitali		Wartość początkowa2012):160 Wartość pośrednia (2014): 500 Wartość końcowa (2015): 500
	Liczba wojewódzkich rankingów szpitalnych		Wartość początkowa (2012): 3 Wartość pośrednia (2013): 16 Wartość końcowa (2015): 16
	Liczba przygotowanych rekomendacji dla szpitali		Wartość początkowa (2012): 3 Wartość pośrednia (2014): 16 Wartość pośrednia (2015): 16
	Liczba opracowań		Wartość początkowa (2012): 1 Wartość pośrednia (2013): 1 Wartość pośrednia (2014): 0 Wartość końcowa (2015): 2
Cel szczegółowy 1: weryfikacja dotychczas stosowanych narzędzi badawcz. wykorzystywanych w procesie zarządzania szpitalami	Liczba opracowanych raportów-diagnoz dotyczących sytuacji szpitalnictwa w Polsce	Działanie II *Diagnoza i analiza problemu* Działanie III *Opracowanie wstępnej wersji produktu*	Wartość początkowa (2011): 0 Wartość końcowa (2011): 1
Cel szczegółowy 2: opracowanie nowatorskiego narzędzia badawczego w postaci platformy informatycznej;	Liczba platform informatycznych	Działanie VI *Stworzenie platformy informatycznej*	Wartość początkowa (2012): 0 Wartość pośrednia (2013): 1 Wartość pośrednia (2014): 1 Wartość końcowa (2015): 1
Cel szczegółowy 3: wykazanie praktycznej użyteczności przygotowanego narzędzia badawczego	Liczba efektywnie przebadanych szpitali (dwukrotne oprac. ankieta przy wykorzystaniu platformy informatycznej)	Działanie VI *Stworzenie platformy informatycznej* Działanie XI *Upowszechnienie i włączenie do głównego nurtu polityki*	Wartość początkowa (2012): 0 Wartość pośrednia (2013): 500 Wartość końcowa (2014): 500

[12] Do zadań SO, zgodnie z załącznikiem nr 3 do wniosku pt. „System organizacji partnerstwa" należy m.in.: kontrola realizacji projektu oraz przeglądy jakości

Cel szczegółowy 4: wypracowanie wskaźników badania efektywności usług publicznych (funkcjonowania szpitali), które pozwolą na zastosowanie odpowiednich metod w procesach zarządzania i pokażą nowe, dopasowane podejście do rozwiązywania problemów zarządczych	Liczba przygotowanych rekomendacji dla szpitali	Działanie III *Opracowanie wstępnej wersji produktu* Działanie V *Testowanie wstępnej wersji produktu* Działanie VII *Analiza rzeczywistych efektów testowania produktu* Działanie IX *Opracowanie produktu finalnego*	Wartość początkowa (2011): 0 Wartość pośrednia (2012): 3 Wartość pośrednia (2014): 16 Wartość pośrednia (2015): 16
	Liczba sporządzonych raportów z badań szpitali		Wartość początkowa2012): 160 Wartość pośrednia (2014): 500 Wartość końcowa (2015): 500
Cel szczegółowy 5: budowa sieci służącej stałej wymianie doświadczeń i dobrych praktyk – benchmarking, znalezienie innych partnerów społecznych (gminy, metropolie), naukowych, eksperckich, środowiskowych (związki zawodowe)	Liczba opracowanych rekomendacji w szpitalach	Działanie V *Testowanie wstępnej wersji produktu* Działanie XI *Upowszechnienie i włączenie do głównego nurtu polityki*	Wartość początkowa (2012): 3 Wartość pośrednia (2014): 16 Wartość końcowa 2015): 16
	Liczba warsztatów i konferencji	Działanie III *Opracowanie wstępnej wersji produktu* Działanie V *Testowanie wstępnej wersji produktu* Działanie VII *Analiza rzeczywistych efektów testowania produktu* Działanie IX *Opracowanie produktu finalnego* Działanie XI *Upowszechnienie i włączenie do głównego nurtu polityki*	Wartość początkowa (2011): 3 Wartość pośrednia (2012): 2 Wartość pośrednia (2013): 2 Wartość końcowa (2015): 1
Ce szczegółowy 7:. Możliwość skorzystania z gotowych rozwiązań i tzw. „dobrych praktyk" wypracowanych przez partnera ponadnarodowego	Liczba publikacji zawierających opis doświadczeń zagranicznych	Działanie I *Współpraca ponadnarodowa*	Wartość początkowa (2011):1 Wartość początkowa (2012):0 Wartość pośrednia (2013): o Wartość pośrednia (2014): 0 Wartość końcowa (2015):1
	Liczba wizyt studyjnych	Działanie I *Współpraca ponadnarodowa*	Wartość początkowa (2011): 2 Wartość pośrednia (2012): 2 Wartość pośrednia (2013): 1 Wartość pośrednia (2014): 0 Wartość końcowa (2015):1

III. OPIS INNOWACJI, W TYM PRODUKTU FINALNEGO

I. PROBLEM I JEGO INNOWACYJNY SPOSÓB ROZWIĄZANIA. Naukowo i empirycznie dowiedziono, że największe możliwości zapewnienia społeczeństwu polskiemu, społecznościom lokalnym stosownych świadczeń opieki szpitalnej wiążą się bardziej z ograniczaniem zużycia zasobów bez pogorszenia efektów zdrowotnych, mniej w polepszaniu efektów zdrowotnych. Na poziomie mikro, problemem jest racjonalne gospodarowanie zasobami dysponowanymi przez podmiot leczniczy. Natomiast na poziomie mezzo (regionu), problemem jest racjonalne rozmieszczenie tychże zasobów w przestrzeni regionu.

Pożądane jest znalezienie narzędziowego rozwiązania **problemu racjonalnego gospodarowania zasobami (tj. czynnikami wytwórczymi) przez podmiot leczniczy oraz ich rozmieszczenia (rozlokowanie podmiotów leczniczych oraz ich funkcji pomocniczych) w przestrzeni regionów**, w warunkach takich jak:

- ✓ ostre niedostatki zasobu pieniądza publicznego (w budżetach publicznych),
- ✓ sztucznie zaniżony popyt efektywny (w związku z systemem kontraktowania publicznych świadczeń zdrowotnych),
- ✓ rosnące potrzeby zdrowotne społeczeństwa,
- ✓ nowe uwarunkowania prawne (wprowadzona ustawa o działalności leczniczej z 2011 r.) .

Sama w sobie idea takiego narzędziowego rozwiązania, integrująca jednocześnie potrzeby racjonalizacji gospodarowania zasobami w skali mikro i mezzo jest innowacyjna. W dotychczasowej praktyce gospodarczej (w szpitalach, JST) i wiedzy naukowej tradycyjnie oddziela się dziedziny gospodarowania w skali mikro i mezzo (regionu), nie próbuje się integrować rozwiązań właściwych tych dziedzin – dopiero nowoczesna nauka gospodarowania przestrzenią, nurt ten zaczyna intensywnie eksponować.

W ogólności, **innowacyjność proponowanego rozwiązania w/w problemu** polega na kompleksowym (a nie występującym zwykle wysoce wybiórczym, silnie fragmentarycznym) podejściu oraz zintegrowaniu różnych wymiarów tego problemu (obok wskazanego już wymiaru skali mikro i mezzo). To znaczy na: 1/wszechstronnym i kompletnym rozpatrywaniu problemu (analiza, diagnoza, terapia -rekomendacje); 2/ujęciu wszystkich istotnych obszarów działania podmiotu leczniczego/szpitala (w tym Projekcie z pominięciem jednak obszaru stricte medycznego); 3/szerokim zakresie (wielości) oraz dużej głębokości badania (ustalonych w pilotażu jako ważne) kwestii w obrębie danego obszaru działania; 4/ opracowaniu rozwiązań szczegółowych w zakresie analizy i oceny gospodarowania zasobami - na zasadzie integracji wytworów prac ekspertów-praktyków i specjalistów naukowych oraz formułowaniu przez nich wspólnych i ujednoliconych stanowisk (prezentacje pytań ankietowych, pytań i odpowiedzi benchmarkingowych, kryteriów i zasad kwalifikacyjnych – nadawania ratingów), a tym samym ścisłym wiązaniu teorii z praktyką; 5/tworzeniu rekomendacji na różnych poziomach oceny, tj. dla każdej ocenianej kwestii z osobna w obrębie obszaru, dla grupy kwestii, dla obszaru działania, z uwzględnieniem powiązań między określonymi kwestiami z różnych obszarów; 6/uwzględnianiu w badaniach szpitali i rekomendacjach różnych aspektów racjonalizacji działania: logistycznych, budżetowania i controllingu (występujące rozwiązania z zakresu budżetowania, controllingu w praktyce szpitali nie są wystarczające i bez rozwiązań logistycznych nie stymulują poprawy gospodarowania); 7/wykorzystywaniu najnowszych osiągnięć myśli naukowej z różnych dziedzin: teorii organizacji, zarządzania, finansów, ekonomii sieciowej (gospodarki sieciowej) – funkcjonowania w relacjach sieciowych, strukturach outsourcingowych, gospodarowania przestrzenią; 8/uwzględnieniu aktualnych uwarunkowań prawnych mających znaczenie dla decyzji strategicznych dot. szpitali, dla których organem tworzącym jest JST; 9/uwzględnieniu różnych interesów głównych interesariuszy: samorządowych właścicieli i zarządu; 10/ uwzględnieniu zróżnicowanych potrzeb dot. funkcjonalności innowacji (szeregowanie szpitali według określonych cech, ocena dokonań/ stanów w interesującym użytkownika obszarze na tle możliwych ich wariantów, monitorowanie postępów w wybranym przez użytkownika obszarze, informacja o możliwych innych wariantach rozwiązań na użytek samodoskonalenia szpitala).

II. ISTOTA PROPONOWANYCH ROZWIĄZAŃ INNOWACYJNYCH ORAZ EFEKTY.

W wyniku współpracy z partnerami, dyskusji z ekspertami, praktykami, przedstawicielami JST, konsultacji w trakcie seminarium, warsztatów, konferencji została uszczegółowione narzędzie co do treści i wymiaru innowacyjnego.

Chociaż narzędzie innowacji będące przedmiotem projektu zostanie opracowana przede wszystkim z myślą o określonej grupie docelowej **(wymiar uczestnika projektu)** tj. kadra zarządzająca publicznymi szpitalami, pracownicy JST, pracownicy administracji rządowej (odbiorcy), oraz grupie docelowej użytkowników (zarządzający) – (dalej zwanym beneficjentom) to jednak zawierać będzie również elementy wymiaru problemu. Dlatego, że zdiagnozowany problem braku istnienia kompleksowej analizy efektywności gospodarowania szpitali w Polsce i możliwości ich wzajemnych oddziaływań poprzez wypracowywanie wskaźników efektywnego funkcjonowania jest niezbędnym elementem w podejmowaniu działań przyczyniających się do poprawy tej efektywności i skuteczności szpitali.

Innowacja narzędziowa w projekcie będzie związana głównie z dostarczeniem narzędzia analitycznego (produktu) beneficjentom, dokonaniu benchmarkingu funkcjonowania szpitali w następujących obszarach: (I) sprawność organizacyjna i funkcjonalna, (II) zarządzanie strategiczne i operacyjne, (III) zarządzanie zasobami ludzkimi, (IV) restrukturyzacja i reorganizacja, (V) finanse, budżet i kontrola, (VI) farmakoekonomika, (VII) jakość usług medycznych, (VIII) przestrzeganie przepisów prawnych, (IX) kontrole zewnętrzne, (X) Infrastruktura szpitala, (XI) zakażenia i bezpieczeństwo pacjentów, (XII) relacje właściciel-zarząd szpitala, (XIII) e-zdrowie.

Narzędzie analityczne, które powstanie w wyniku realizacji projektu umożliwi również grupie docelowej rozwiązywanie dostrzeżonych problemów w zakresie efektywnego i sprawnego funkcjonowania szpitala poprzez udzielenie stosowanych rekomendacji w odniesieniu do analizowanych szpitali. Użytkownicy korzystający z narzędzia najpierw poddadzą szpital diagnozie poprzez opracowanie elektronicznej ankiety a następnie otrzymają zestaw specjalnie dedykowanych rekomendacji. W Polsce nie istnieje podobnego typu narzędzie analityczne.

Drugi wymiar narzędzia innowacji, będącego przedmiotem projektu to **wymiar problemu**. Projekt polegać będzie na opracowaniu metodologii benchmarkingu poprzez opracowanie zestawu specjalistycznych ankiet - kwestionariuszy, dla kompleksowo i jak najszerzej określonych obszarów, które możliwie w najbardziej precyzyjny sposób umożliwią diagnozę szpitala oraz zestawu wskaźników porównawczych. Eksperci opracują również zestaw rekomendacji, dla różnych wariantów odpowiedzi na grupy pytań zawartych w ankietach. Opracowana ankieta zostanie poddana testom na grupie 160 szpitali z 3 województw. Wymiar problemu w projekcie polegać będzie więc na „testowaniu podejścia służącego rozwiązaniu problemu, który jest już częściowo rozpoznany, ale nadal nie zostały wypracowane specyficzne dla niego metody działania”.[13]

Dotychczasową praktyką była możliwość porównywania szpitali w bardzo ograniczonym zakresie (np. czas oczekiwania, liczba łóżek, liczba osobodni, ilość wykonanych porad, procedur oraz hospitalizacji, przychody, zysk, zadłużenie) i tylko w obrębie danego JST lub administracji rządowej. JST i administracja rządowa nadzorująca funkcjonowanie publicznych szpitali nie posiada również narzędzi analitycznych umożliwiających dokonanie zaawansowanych analiz i pogłębionych statystyk (np. w zakresie porównania kosztów procedur medycznych) oraz metodologii umożliwiających dokonanie porównań w obszarach, które trudniej jednoznacznie zwymiarować (np. zarządzanie strategiczne, zarządzanie zasobami ludzkimi, jakość usług zdrowotnych, struktura organizacyjna, efektywność narzędzi *IT).* Przewaga proponowanego w projekcie rozwiązania nad dotychczasową praktyką polega zarówno na bardzo szerokim zakresie możliwości porównywania (kilkanaście obszarów, kilkadziesiąt wskaźników i kilkaset zmiennych) jak i na dostarczeniu rekomendacji dla ocenianych.

Innowacyjność narzędzia polega również na tym, że dostarcza on bardzo precyzyjną wiedzę na temat funkcjonowania lecznictwa szpitalnego JST. Szczególnie przedstawiciele powiatów nie uczestniczą

[13] Poradnik dla oceniających projekty innowacyjne i projekty współpracy ponadnarodowej POKL. Krajowa Instytucja Wspomagająca. Centrum Projektów Europejskich. Warszawa 2011.

aktywnie w programowaniu regionalnej polityki zdrowotnej. Nie posiadając wiedzy na temat lokalnego SOZ, nie są w stanie kreować polityki lokalnej i być partnerem w strategicznych konsultacjach z samorządem województwa oraz NFZ.

Realizacja projektu wnosi **istotną wartość dodaną do obecnej praktyki**. Po pierwsze dostarcza kadrze zarządzającej szpitalami oraz jednostkom nadzorującym (JST, organy administracji centralnej) precyzyjną wiedzę na temat konkretnych szpitali oraz w kontekście doświadczeń i wyników innych podobnych jednostek. Wiedza ta umożliwi dyrektorom podmiotów leczniczych podejmowanie bardziej racjonalnych decyzji zarządczych, a przedstawicielom JST sprawowanie bardziej aktywnej roli w zakresie polityki zdrowotnej i racjonalnego wykorzystania istniejących zasobów. Działania te zwiększać będą efektywność i wydajność SOZ na poziomie krajowym, regionalnym i lokalnym. **Wartością dodaną wynikająca ze współpracy ponadnarodowej**, będzie możliwość uwzględnienia wyników podobnych badań przeprowadzanych przez partnera w projekcie - Health Policy Institute, który posiada pełną znajomość rynku ochrony zdrowia (restrukturyzacja, przekształcenia systemowe) w Słowacji oraz ogromne doświadczenie w przeprowadzaniu badań porównawczych w szpitalach, a także co do systemowych analiz benchmarkingowych na Słowacji i Węgrzech.

Produkt finalny sensu stricte będzie zintegrowanym narzędziem badawczym składającym się z następujących elementów:

- **metodologii** zintegrowanego, wielowymiarowego badania benchmarkingowego, monitorowania jakości działania szpitali i rekomendacji dot. polepszenia jakości i efektywności, do wykorzystania przez zarząd szpitala i organy nadzorujące i właścicielskie;
- **zestawu ankiet** (ankiety technicznej i benchmarkingowej);
- **platformy informatycznej** - narzędzia wspierającego proces badania szpitali i analizy uzyskanych wyników oraz automatycznego generowania rekomendacji;
- **książka** jako opis metody

Katalog efektów powstałych w trakcie projektu, związanych z wypracowywaniem produktu:

- cztery konferencje, w których udział weźmie razem około 1600 os.;
- badanie ankietowe: 160 szpitali na etapie testowania, 500 szpitali na etapie upowszechniania,
- raporty z badań szpitali: 160 raportów po etapie pilotażu; 1000 szt. po etapie upowszechniania oraz 3 raporty zbiorcze (1z pilotażu+2 z wdrażania),
- raport - diagnoza istniejącej sytuacji na rynku szpitalnictwa w Polsce -przeprowadzenie rekomendacji w najsłabszych przebadanych szpitalach (3 na etapie pilotażu oraz 32 na etapie wdrażania);
- zestaw rekomendacji do wdrożenia przez zarządzających i nadzorujących szpitale w odniesieniu do zidentyfikowanych i zdefiniowanych problemów w funkcjonowania szpitali (3 rekomendacje na etapie testowania produktu oraz 32 rekomendacje (16 w roku 2014 i 16 w 2015) na etapie upowszechniania),
- dwie książki: podsumowująca oraz upowszechniająca rozwiązania proponowane jako efekt projektu i jej tłumaczenie na język angielski;
- opracowanie dotyczące rozwiązań zagranicznych.

Wszystkie wymienione powyżej rezultaty będą **monitorowane** na każdym z etapów realizacji, poprzez terminowe odbiory, dostarczenia i wykonania zgodne z harmonogramem. Będą również elementami cząstkowymi produktu finalnego, jakim będzie kompleksowy system badawczy efektywności szpitali.
Produkt wypracowany jako rezultat projektu będzie opierał się na doświadczeniach stosowanych nie tylko na rynku polskim, ale również będzie bogatszy o znajomość rozwiązań stosowanych w innych krajach.

Stosowanie narzędzia stymuluje do pracy nad doskonaleniem działalności podmiotów leczniczych poprzez promowanie optymalnych i nowoczesnych modeli zarządzania szpitalami. Docelowo może

przyczynić się do poprawy efektywności i skuteczności funkcjonowania podmiotów medycznych na terenie wszystkich wojew. w Polsce, co ma znaczenie dla polepszenia dostępności do świadczeń, której animatorem są organy założycielskie.
Po wprowadzeniu innowacji stworzone zostaną nowe przesłanki dla wprowadzenia **modernizacji istniejących systemów oceny i certyfikacji usług medycznych.** Można będzie traktować to narzędzie jako komplementarne, wspomagające już istniejące systemy akredytacji szpitali, które w dalszym etapie umożliwi ZOZ uzyskanie certyfikatu ISO lub innego adekwatnego systemu zarządzania jakością. Mogłoby też stanowić wykładnię ułatwiającą poszczególnym podmiotom leczniczym przygotowującym się do ujednolicenia własnych procedur zarządczych oraz przyczynić się do wprowadzenia racjonalnej i efektywnej informatyzacji szpitali.
Dodatkowym efektem innowacji będzie uzyskanie narzędzia przez instytucje nadzorujące szpitale (JST, administracja centralna itp.) umożliwiające przeprowadzanie miarodajnej oceny pracy kadry zarządzającej szpitalami. Po wprowadzeniu innowacji kadra zarządzająca szpitalami, pracownicy instytucji nadzorujących szpitale (JST, administracja centralna itp.) oraz eksperci naukowi otrzymają wzorzec modelowy w postaci docelowych najlepszych rozwiązań w różnych ważnych obszarach działania podmiotu, tj. którym nadane zostaną najlepsze ratingi (tzw. ratingi A), które staną się pomocne w podejmowaniu działań przyczyniających się do poprawy efektywności i skuteczności funkcjonowania podmiotów leczniczych, podległych JST.
III. Grupą docelową projektu będą bezpośredni odbiorcy - szpitale w Polsce (zarządy). Użytkownikami będą podmioty tworzące szpitale tj. JST oraz urzędy centralne (w tym: Ministerstwo Zdrowia, uczelnie medyczne, MON, MSW, MS), dyrektorzy/prezesi szpitali. Odbiorcami produktu - w części dot. opracowań książkowych – będą oprócz podmiotów tworzących szpitale również uczelnie i instytucje naukowe zajmujące się problematyką zarządzania i ekonomiki systemu ochrony zdrowia.

IV. **Podstawową barierą** dla projektu jest **brak podstawy formalnej dla proponowanego narzędzia analityczno-diagnostycznego**. Szpitale mogą odmawiać wzięcia udziału w badaniu zasłaniając się brakiem podstaw prawnych lub choćby formalnych. W celu ograniczenia barier wnioskodawca w ramach produktu finalnego wystąpi do MZ z propozycją przedstawienia projektów rozwiązań formalnych ułatwiających implementację tego narzędzia. Głównym rozwiązaniem będzie aktywne ukazywanie praktycznego, korzystnego wymiaru poddania się badaniu oraz zapewnienie wsparcia ze strony instytucji o największym autorytecie, poprzez skierowanie do podmiotów leczniczych listu polecającego Ministra Zdrowia, przewodniczących organizacji reprezentujących marszałków i starostów. Będzie zagwarantowane aktywne uczestnictwo stowarzyszeń samorządów szczebla powiatowego (konwenty starostw w województwach, oddziaływanie ZPP) i wojewódzkiego (Związek Województw RP). Drugą zidentyfikowaną barierą może być **obawa ze strony szpitali w zakresie ochrony danych**. W tym celu na etapie upowszechniania produktu do podmiotów leczniczych zostanie skierowane obszerna informacja, w której wykonawca projektu wyjaśni aspekty związane z bezpieczeństwem przedstawionych danych. Kolejna bariera to **niechęć szpitali do odkrywania swoich słabości**. Obawy te zostaną zniwelowane poprzez przedstawienie korzyści związanych z wzięciem udziału w badaniu. Istotną barierą może **być duże obciążenie bieżącą sprawozdawczością statystyczno-rozliczeniową** (NFZ, GUS, Ministerstwo Zdrowia), co może skutkować niechęcią do sporządzania i opracowywania „kolejnych" ankiet. Projektowane rozwiązanie będzie ergonomiczne oraz łatwe w obsłudze. Pozwoli to ograniczyć obciążenia administracyjne pracowników podmiotów leczniczych do niezbędnego minimum. Ponadto wnioskodawca udostępni instrukcje obsługi systemu.

V. KOSZTY ZANIECHANIA DZIAŁANIA I KOSZTY WDROŻENIA. Koszty zaniechania to koszt alternatywny w sensie utraty możliwości usystematyzowanego, kompletnego, możliwie dogłębnego i zobiektywizowanego poznania stanu oraz zjawisk przez JST oraz zarządy szpitali w gospodarowaniu zasobami podmiotu leczniczego, ewentualnego porównywania swoich dokonań z rozwiązaniami idealnymi lub porównywania między podmiotami leczniczymi, łatwego dostępu do rekomendacji zmian i samodoskonalenia się podmiotu leczniczego zgodnie z nowoczesnymi zasadami gospodarowania w warunkach tworzącej się gospodarki sieciowej oraz nowoczesnych rozwiązań w

zarządzaniu organizacją (głównie rozwiązań logistycznych). Koszt ten można także określić jako cenę nabycia narzędzia na zasadach komercyjnych (jeśli takie rozwiązanie w ogóle byłoby proponowane na rynku). Dodatkowo, koszt zaniechania zwiększa się wskutek niemożności poddania narzędzia oraz wyników zebranych w fazie testowania dalszym badaniom naukowym (możliwe jest pozyskanie bogatego zasobu danych empirycznych i informacji niedostępnych lub trudno dostępnych w obecnym systemie statystyki społecznej.
Koszt wdrożenia gotowego produktu jest dla użytkowników bliski zero (pomijając zalecenie skorzystania z konferencji, na której będą wykazywane i wyjaśniane zalety i możliwości narzędzia zintegrowanego).

IV. PLAN DZIAŁAŃ W PROCESIE TESTOWANIA PRODUKTU FINALNEGO

Proces testowania obejmować będzie 160 szpitali z trzech województw. Specyfiką polskiego systemu ochrony zdrowia jest regionalizacja opieki zdrowotnej, w tym sensie, że wymusza organizację opieki zdrowotnej przede wszystkim NFZ z jego wojewódzką strukturą. Jednolite zasady kontraktowania świadczeń zdrowotnych przekładają się na podobieństwo organizacji opieki zdrowotnej w poszczególnych regionach. W każdym województwie znajdują się szpitale kliniczne, wojewódzkie, powiatowe. Podobieństwo sposobu organizacji opieki zdrowotnej, zwłaszcza szpitalnej, ma również swoje źródło historyczne. W latach 80 i 90-tych ubiegłego wieku obowiązywała rejonizacja opieki zdrowotnej, której kluczowym elementem był szpital powiatowy. Z uwagi na ostrożne podejście zaproponowano aby próba obejmowała szpitale z trzech różnych województw, co zapewni uwzględnienie dodatkowych czynników (dochodowość, zróżnicowanie co do zasobów, różnice regionalne, etc.). Wypracowane przez kilkanaście lat przez UEW, Ordo i ZPP, różnorodne kontakty, z liderami zmian, ekspertami, mediami specjalistycznymi, dyrektorami departamentów zdrowia w województwach, powiatach i gminach oraz dyrektorami szpitali, sprawiają, że istnieje bardzo duże prawdopodobieństwo, graniczące z pewnością, że do fazy testowania uda się pozyskać reprezentatywną grupę szpitali z trzech województw.

Przebieg procesu testowania będzie zgodny z wytycznymi wskazanymi w podręczniku *„Poradnik dla oceniających projekty innowacyjne i projekty”*. Obejmować będzie następujące etapy:

- identyfikacja uczestników grupy testującej,
- przekazanie ankiet,
- opracowanie ankiet, zebranie danych z ankiet, analiza danych ankietowych,
- opracowanie raportu z badań grupy testującej,
- opracowanie raportów jednostkowych tj. dla uczestników procesu testowania.

Etap identyfikacji uczestników grupy testującej obejmować będzie weryfikację danych adresowych zawartych w rejestrze podmiotów leczniczych (Rejestr zoz – baza MZ) z praktyczną kontr-weryfikacją dokonaną we współpracy z wybranymi urzędami marszałkowskimi. Następnie do uczestników etapu testowania zostanie wysłane zaproszenie na konferencję szkoleniową oraz szczegółowe informacje o projekcie. Równocześnie będą podejmowane działania (ZPP) by uzyskać wsparcie konwentów starostów i Marszałków Województw do bezpośredniego wsparcia badania.

Dodatkowo poprzez kontakty bezpośrednie (rozmowy telefoniczne, wizyty bezpośrednie), będą przekonywani dyrektorzy szpitali, o korzyściach związanych z uczestnictwem w projekcie. Wsparciem będzie współpracowanie z reprezentatywnymi organizacjami zarządzających szpitalami, m.in.: Polską Federacją Szpitali i Stowarzyszeniem Menadżerów Opieki Zdrowotnej (STOMOZ).

Konferencja szkoleniowa będzie odpowiednim sposobem na zapoznanie uczestników etapu testowania z metodologią i zadaniami. Dodatkowo uczestnicy konferencji szkoleniowej otrzymają profesjonalne materiały seminaryjne, które w sposób wystarczający wyjaśniać będą metodologię przeprowadzenia ankiety. Ankieta zostanie opracowana w wersji elektronicznej, tj. uczestnicy konferencji szkoleniowej otrzymają ją również na nośnikach elektronicznych. Zakłada, że opracowanie danych statystycznych zebranych w ramach ankiety zajmie 2 miesiące. Do opracowania ankiety zostanie wykorzystane powszechnie stosowane oprogramowanie (np. Access lub Statistica) danych z narzędziem informatycznym). Przez cały okres testowania realizujący projekt zapewni wsparcie merytoryczne dla osób wypełniających ankietę. Osoby uczestniczące w projekcie – konsultanci i eksperci zapewnią wsparcie telefoniczne. Po opracowaniu ankiety (2 miesiące) przygotowany zostanie raport zbiorczy oraz raporty jednostkowe. Realizujący projekt przewiduje przygotowania 160 raportów. Jednostkowy raport ze szpitala zawierać będzie analizę danych zebranych w trakcie ankietyzacji na tle danych zebranych z pozostałych szpitali (benchmarking) oraz danych pozyskanych z innych niezależnych

badań. Trzy najsłabsze szpitale otrzymają rekomendacje na etapie testowania. Rekomendacje zostaną przekazane, omówione, wdrożone bezpośrednio w wytypowanych szpitalach. Pomysł ten ma duże znaczenie ze względu na aspekt motywacyjny, samych dyrektorów a przede wszystkim właścicieli szpitali – JST.

Przez cały okres testowania produktu, będzie prowadzony **monitoring realizacji projektu**. Realizujący będzie stosował metodykę zarządzania projektami w oparciu o PRINCE 2, która zakłada odpowiednie procedury monitorujące i zostały szczegółowe opisane w regulaminie organizacyjnym projektu. Ponadto należy zauważyć, że ankiety będą przygotowywane i wysyłane w wersji papierowej (pewność dotarcia informacji i potwierdzenie wypełnienia ankiet oraz elektronicznej. Docelowo system informatyczny służący do odbierania ankiet (platforma IT) będzie miał wbudowane mechanizmy umożliwiające przygotowywanie raportów dotyczących terminu spływu ankiet oraz ich jakości, w fazie testującej będzie działał prototyp wykorzystujący typowe narzędzia do badań statystycznych i analitycznych. System poprzez wbudowane mechanizmy kontroli ograniczy do minimum konieczność wprowadzania korekt. Ponadto zaangażowani eksperci będą na bieżąco weryfikować poziom merytoryczny sporządzonych ankiet. W sytuacji, kiedy dane zawarte w przesłanej ankiecie będą w istotny sposób odbiegać od przewidywań, eksperci będą na bieżąco kontaktować się z osobami sporządzającymi ankietę w celu sprawdzenia i potwierdzenia przekazanych danych. Informacje od ekspertów scalał będzie ekspert kluczowy, natomiast decyzje co do ewentualnych korekt podejmować będzie z-ca kierownika ds. naukowo-metodologicznych.

Ostatecznym rezultatem fazy testowania będzie zweryfikowany formularz ankiety oraz zestaw rekomendacji dla wybranych szpitali (3 najsłabsze z próby testowej). Zakłada się, że ankieta, która w fazie upowszechnia będzie skierowana do około 500 szpitali będzie z jednej strony na tyle przystępna, że nie będzie sprawiać trudności w jej wypełnieniu, z drugiej strony musi będzie na tyle precyzyjna, aby można było na jej podstawie wypracować zakładany benchmark i opracowanie rekomendacji, których realizacja daje duże prawdopodobieństwo, że ich zastosowanie będzie skuteczne.

Przeprowadzona próba testowa pozwoli zweryfikować również poprawność opracowanego modelu wdrażania produktu. Zostaną omówione poprzez konsultacje z ekspertami, zespołem projektowym, zaangażowanymi praktykami oraz zainteresowanym środowiskiem (Zespół Doradztwa Strategicznego: przedstawiciele pracodawców, ministerstw, zw. zawodowych i innych organizacji).

Wnioski uzyskane w trakcie realizacji próby testowej będą miały znaczenie dla przeprowadzenia badania w pozostałych województwach.

V. SPOSÓB SPRAWDZENIA, CZY INNOWACJA DZIAŁA

Zakłada się, że kluczowym efektem innowacji będzie system umożliwiający automatyczne otrzymywanie oceny porównawczej szpitali (benchmarking) w celu ukazania rekomendacji dotyczących poprawy działalności szpitala oraz nadzoru nad ich funkcjonowaniem. Zawartość rekomendacji będzie zależeć od wyników testu ankietowego przeprowadzanego przez szpital.
Rekomendacje to wypadkowa zastosowania badania w celu określenia narzędzia benchmarkingowego. Jeśli w fazie testowania uda się przygotować zestaw takich rekomendacji to realizujący uzna, to za wystarczające uzasadnienie dla ich stosowania na szerszą skalę.

Narzędzie benchmarkingowe będzie przydatne dla osiągnięcia w/w celu, jeżeli **zarządzającym szpitalami** będzie służyło do monitorowania i wewnętrznej poprawy najważniejszych obszarów działalności, w szczególności do:
- pomiaru i oceny ich dokonań i efektywności;
- dokonywania porównań między szpitalami;
- ustalania najbardziej i najmniej skutecznych sposobów poprawy efektywności; - otrzymania rekomendacji środków (kierunków, sposobów) poprawy obszarów i
- efektywności, zależnie od uzyskanej oceny dokonań.

Narzędzie benchmarkingowe będzie przydatne dla osiągnięcia w/w celu, jeżeli **na poziomie JST** będzie służyło do:
- monitorowania efektywności działania szpitali (do wykorzystania narzędzie w części adresowanej do szpitali);
- monitorowania postępów w zakresie poprawy najważniejszych obszarów działalności szpitali (do wykorzystania narzędzie w części adresowanej do szpitali);
- poprawy relacji pryncypał (JST-właściciel/współwłaściciel) – agent (zarządzający szpitala);
- stworzenia podstaw dla podejmowania racjonalnych decyzji w JST dotyczących:
- - alokacji zasobów w regionie (terytorium wspólnoty lokalnej) w celu poprawy dostępności i jakości świadczonych usług szpitalnych, w tym przekształcania i tworzenia nowej struktury (rozmieszczania) obiektów stacjonarnej opieki medycznej w regionie,
- - kreowania polityki zdrowotnej skojarzonej z polityką rozwoju lokalnego/regionu.

Pytania ankietowe oraz rekomendacje zostaną opracowane na etapie produktu wstępnego a następnie doprecyzowane na etapie testowania produktu. W fazie upowszechniania szpitale na podstawie wypełnionej ankiety oraz dokonanego benchmarkingu otrzymywać będą automatycznie zestaw rekomendacji, które można będzie wdrożyć aby poprawić funkcjonowanie jednostki. Zweryfikowana ankieta wraz z zestawem rekomendacji stanowić będzie tzw. produkt finalny. Produkt będzie przedmiotem dwóch spotkań warsztatowych, gdzie poddany zostanie ostatecznej dyskusji w gronie ekspertów.

Istotnym elementem realizacji projektu jest **ewaluacja**. Projektodawca przewiduje dwie formy ewaluacji: wewnętrznej tj. przeprowadzonej przez sam zespół projektowy oraz zewnętrzną przeprowadzoną przez podmiot niezależny wyłoniony w trakcie procedury konkurencyjnej.

Ewaluacja wewnętrzna tj. auto-ewaluacja realizowana będzie na wszystkich etapach realizacji projektu przez specjalistę ds. organizacyjnych działającego w ramach Zespołu Realizacji Projektu oraz ekspertów zatrudnionych bezpośrednio przy projekcie. Do zadań SO, zgodnie z załącznikiem nr 3 do wniosku pt. „System organizacji partnerstwa" należy m.in.: kontrola realizacji projektu oraz przeglądy jakości. **Ewaluacja w tym przypadku polegać będzie na sprawdzeniu od strony formalnej czy zadanie zostało wykonane oraz czy jakość wykonanego zadania jest zgodna z założeniami tj. czy zawiera wszystkie elementy, które zostały przewidziane umową**. Ewaluacja przez kluczowych ekspertów odbywać się będzie przede wszystkim w trakcie dyskusji podczas systematycznie

organizowanych spotkań kierownictwa projektu, konferencji i warsztatów, spotkań z Zespołem Doradztwa Strategicznego (ZDS), poprzez opinię specjalnych komisji działających przy ZPP, ZW RP.

Decydujący głos dotyczący ewentualnych zmian w produkcie lub modyfikacji narzędzi badawczych będzie miał Kierownik Projektu wraz z z-cą ds. naukowo-metodologicznych. W ramach procesu ewaluacji wewnętrznej refleksji ekspertów zostaną poddane m.in.: założenia, wersje produktów oraz wyniki badań a także w szczególności precyzja projektowanych pytań ankietowych, precyzja projektów rekomendacji. Eksperci uznają, że produkt jest gotowy i nadaje się do wdrożenia w sytuacji gdy zostanie udowodnione, że projekt każdego pytania ankietowego umożliwia udzielenie precyzyjnej i jednoznacznej odpowiedzi, a projekt rekomendacji zawiera jasny i czytelny sposób poprawy efektywności działalności szpitala. Przeprowadzenie takiego dowodu będzie polegało na analizie odpowiedzi udzielonych przez dyrektorów szpitali w fazie testowania oraz ich opinii dotyczących trafności rekomendacji. W fazie wdrożeniowej ewaluacji poddawane będą metody upowszechniania i włączania do głównego nurtu polityki.

W ramach **ewaluacji zewnętrznej** projektodawca przewiduje zatrudnienie na umowę o dzieło eksperta zewnętrznego, którego celem będzie poddanie refleksji wstępnej wersji produktu. Ewaluator zewnętrzny zostanie wyłoniony w drodze konkursu, do którego zostaną zaproszone osoby dysponujące wiedzą w obszarach związanych z projektem. Rekrutacja odbywać się będzie wśród pracowników naukowych uczelni wyższych dysponujących m.in. tytułem doktora nauk ekonomicznych.

Projekt zakłada możliwość jak najszerszej debaty na temat produktu i jego efektów. Zorganizowane będą specjalne konferencje przed i po badaniu testowym, gdzie eksperci będą mieli okazję na dyskusję nad produktem. Projektodawcy w oparciu o własne kontakty będą korzystali z możliwości udziału w konferencjach organizowanych przez zaangażowanych społecznie, współpracujących organizacji (PFS, PZ, STOMOZ), a także ogólnopolskich spotkaniach samorządowców i dyrektorów szpitali organizowanych przez czasopisma branżowe tj. Menadżer Zdrowia, Rynek Zdrowia.

Do dyskusji oraz zbierania informacji będzie służyła strona internetowa portretyszpitali.pl, która umożliwi zgłaszanie uwag. Zostanie wypracowany specjalny, intuicyjnie i ergonomicznie, obsługiwany formularz, a także zapewnione będzie archiwizowanie zgłoszony uwag, jako cenna baza wiedzy. PortretySzpitali.pl to także możliwość zadawania pytań oraz system przekazywania do subskrybentów najnowszych informacji na temat projektu oraz otoczenia w którym jest realizowany. Interaktywna komunikacja pomiędzy beneficjentami systemu umożliwi pogłębianie wiedzy i informacji między ekspertami. Wirtualna organizacja która wytworzy się w ramach PortretySzpitali przyspieszy dzielenie się zasobami powstającymi w ramach projektu. Takie formy komunikacji w pełni pokrywają się z budową społeczeństwa informacyjnego oraz rozwoju narzędzi zgodnie z Agendą Cyfrową. Zastosowane innowacyjne rozwiązania pozwalają na wykorzystanie zasobów systemu do budowy kolejnych narzędzi, a otwartość systemu umożliwia zgodnie z Ustawą o przetwarzaniu danych osobowych tworzenie kolejnych rozwiązań bez powielania stworzonych algorytmów
Ostatecznie będzie przygotowany raport ewaluacyjny przygotowany przez zarządzających projektem i przez zewnętrznego ewaluatora.

VI. STRATEGIA UPOWSZECHNIANIA

Działania upowszechniające będą miały charakter uzupełniający. Celem ich będzie przekazanie kierującym szpitalami oraz osobom odpowiedzialnym za nadzór nad szpitalami w JST narzędzia metodologicznego umożliwiającego zdiagnozowanie sytuacji ekonomiczno-organizacyjnej na tle innych szpitali w kraju oraz opracowanie strategii podniesienia efektywności ich funkcjonowania (rekomendacje).

Działania upowszechniające polegać będą na przekazywaniu do JST jako organów tworzących szpitale, kierowników szpitali oraz administracji rządowej (Ministerstwo Zdrowia) informacji o wypracowanym produkcie, dobrych praktykach i innych rezultatach. Głównym celem upowszechniania jest wyposażenie przyszłych użytkowników (kierownicy szpitali, osoby odpowiedzialne za nadzór w JST, Ministerstwie Zdrowia) i innych zainteresowanych środowisk (środowiska naukowe, stowarzyszenia szpitali, stowarzyszenia pracodawców), w wiedzę na temat produktu i jego zalet. Upowszechnianie stworzy grunt pod późniejsze działania włączające produkt do głównego nurtu polityki.
Jednocześnie działania upowszechniające zostaną skierowane do wszystkich szpitali w Polsce (ok. 900) oraz JST oraz administracji rządowej (organy tworzące szpitale, ilość ok 450).

Projektodawca w trakcie analizy problemu doszedł do wniosku, że najbardziej efektywnym sposobem docierania do użytkowników produktu będącego przedmiotem projektu będą bezpośrednie spotkania z potencjalnymi użytkownikami, poparte listami polecającymi instancji wyższego stopnia oraz organizacji mających autorytet. Specyfika systemu ochrony zdrowia polega m.in. na bardzo wysokim stopniu skomplikowania funkcjonujących rozwiązań. Zarządzający szpitalami zaabsorbowani są w bardzo wysokim stopniu bieżącymi problemami takimi jak: kontraktowanie i rozliczanie świadczeń zdrowotnych, problematyka ubezpieczeń OC, zadłużenie, sprawy pracownicze. W związku z tym próba dotarcia tradycyjnymi sposobami np. poprzez zachęty, promocje projektu w prasie branżowej może nie przynieść spodziewanych rezultatów.

Projektodawca proponuje więc oprzeć **strategię upowszechniania** na więziach administracyjnych zachodzących pomiędzy poszczególnymi elementami SOZ. Będzie ona składała się z następujących działań podejmowanych od fazy testowania produktu w sposób ciągły z uwzględnieniem etapów związanych z przeprowadzaniem badań:

- zdobycie oficjalnego poparcia dla projektu ze strony Ministerstwa Zdrowia,
- zwrócenie się o poparcie organizacji mających autorytet w systemie ochrony zdrowia tj. m.in.: Polskie Towarzystwo Szpitalnictwa, Izba Gospodarcza Medycyna Polska, Polskie Forum Szpitali, Stowarzyszenie Menedżerów Opieki Zdrowotnej, oraz najbardziej reprezentatywne organizacje samorządowe: Związek Powiatów Polskich, Związek Województw RP.
- wystąpienie do JST z informacją o projekcie oraz korzyściami jakie przyniesie on organom tworzącym szpitale. Informacja o projekcie będzie poparta listami polecającymi Ministra Zdrowia, oraz organizacji mających autorytet. Projektodawca jest przekonany, że w konsekwencji uda się mu uzyskać wsparcie ze strony JST poprzez sformułowanie listu polecającego. Zostanie wykorzystana możliwość przekazania informacji za pośrednictwem Konwentów Starostw w poszczególnych województwach.
- zwrócenie się z informacją o projekcie bezpośrednio do szpitali podkreślając, że projekt ma silne wsparcie ze strony Ministra Zdrowia, przedstawicieli organizacji pozarządowych oraz konkretnych JST. Oprócz ogólnych informacji o projekcie kierownicy szpitali otrzymają zaproszenie na konferencję, na której zostaną przekazane szczegóły dotyczące projektu.

Inne działania:

- organizacja konferencji szkoleniowej, która w sposób precyzyjny zaznajomi kierujących szpitalami z założeniami projektu oraz metodologią, (po etapie testującym, przy badaniu w oparciu o produkt docelowy. W ramach projektu przewiduje się odbycie ogólnopolskich

konferencji, w których w sumie weźmie udział ok 1600 osób. Miejsce konferencji zostanie wybrane tak, aby w maksymalny sposób ułatwić dojazd uczestnikom. Każdy uczestnik konferencji otrzyma materiały promujące projekt oraz publikację książkową wyjaśniającą szczegóły projektu, w tym metodologię oraz przedstawione potencjalne korzyści.

- dystrybucja materiałów szkoleniowych, oraz raportów z poszczególnych etapów badawczych,
- wydanie dwóch książek: podsumowującej, upowszechniającej rozwiązania proponowane jako efekt projektu i jej tłumaczenie w języku angielskim, (zakończenie projektu, nakład ok 1500 szt. i tłumaczenie 400 egz.)
- własna strona www projektu odpowiednio spozycjonowana, która zapewni integrację z popularnymi serwisami społecznościami, (tj. facebook, twitter); stała aktualizacja strony, która przekaże merytoryczne informacje o projekcie, produkcie, korzyściach, cechach, zaletach, efektach, wynikach i badaniach,
- prezentacja produktu na konferencjach branżowych (menadżerów, samorządowców),
- przy okazji badania wysyłka materiałów informacyjnych, tzw. wizytówki projektu do wszystkich samorządów, ekspertów, uczelni, mediów; (etap testowania);
- ponowna wysyłka wraz z efektami po etapie testowania, (etap upowszechniania)
- banery i krótkie informacje prasowe, wyzwolenie efektu ciekawości,
- zaangażowanie studentów, kreacja prac mgr, doktoranckich,
- promowanie idei produktu na studiach podyplomowych.

Projektodawca przewiduje, że w stosunku do szpitali, które mimo zastosowanej strategii, nadal będą niechętne do uczestnictwa w projekcie jako użytkownicy, będą zastosowane takie działania „zmiękczające” jak bezpośrednie wizyty u kierowników szpitali oraz bezpośrednie pisma zachęcające do przystąpienia do projektu, a przede wszystkim interwencje w organach JST.

Działania promocyjne takie jak: publikacje prasowe w ogólnopolskich dziennikach, pismach specjalistycznych oraz czasopismach branżowych (Dziennik Prawo i Gospodarka, Rzeczpospolita, Służba Zdrowia, Menedżer Zdrowia, Rynek Zdrowia, Wspólnota – Pismo Samorządu Terytorialnego), broszury kolportowane na innych konferencjach dotyczące ochrony zdrowia, wywiady w mediach elektronicznych, zajmować będą ważne, ale będą miały charakter uzupełniający. Projektodawca dysponuje szerokimi kontaktami w świecie dziennikarskim, które umożliwią przeprowadzenie takich działań.

VII. STRATEGIA WŁĄCZANIA DO GŁÓWNEGO NURTU POLITYKI

Cel działań włączających

Włączanie do głównego nurtu polityki i praktyki to jedno z najważniejszych działania mające na celu doprowadzenie do szerszego wykorzystania i stosowania w praktyce produktów w skali lokalnej/regionalnej i krajowej. Projektodawca zakłada zarówno mainstreaming horyzontalny jak i wertykalny. W ramach pierwszego wypracowane w ramach projektu rozwiązania, będą przenoszone na instytucje zajmujące się problemem restrukturyzacji podmiotów leczniczych, zwłaszcza organy założycielskie/tworzące szpitali, którym są głównie JST. Jednym z ich statutowych zadań jest zabezpieczenie opieki zdrowotnej, którego to istotnym elementem jest sprawowanie nadzoru właśnie nad własnymi szpitalami. Stąd konieczność współpracy z menadżerami, parlamentarzystami, tak by ci beneficjenci systemowi mogli wykorzystać produkt w innych projektach koordynowanych czy inicjowanych przez MZ

W ramach mainstreamingu wertykalnego będą podejmowanie działania mające na celu inicjowanie zmian o charakterze administracyjnym, politycznym, prawnym; angażowanie otoczenia politycznego i decydentów różnych szczebli w celu przekonania ich do włączenia produktów projektu do procesów przekształceń i reorganizacji podmiotów leczniczych. Przede wszystkim stanie się tak poprzez spotkania kierownictwa i ekspertów kluczowych z różnymi gremiami decyzyjnymi. Również ważną rolą jest ich udział w konferencjach. Zasadniczą rolę będzie miało spotkanie z Ministrem Zdrowia.

Projektodawca zakłada, że włączeniu do głównego nurtu polityki podlegać będzie metoda diagnozy stanu szpitala (zestaw ankiet) oraz idea projektowania poprawy efektywności działalności szpitala oparta o metodologię i procedurę banchmarkingu system rekomendacji. Projektodawca zakłada przychylne podejście do tych pomysłów ze strony jednostek samorządu terytorialnego oraz Ministerstwa Zdrowia, ze względu na uwarunkowania prawne. Jednostki samorządu terytorialnego oraz Ministerstwo Zdrowia są zobligowane do podejmowania działań restrukturyzacyjnych poprzez nową ustawę[14]. Nie posiadają jednak narzędzia (metodologia, narzędzie badawcze, analityczne, system informatyczny) wspomagającego ten proces, co wielokrotnie było artykułowane na licznych konferencjach i seminariach.

Projektodawca zakłada, że istnieje bardzo duże prawdopodobieństwo, graniczące wręcz z pewnością, że działania włączające będą skuteczne. Gwarancją jest odpowiedni dobór partnerów projektu (zwłaszcza Związek Powiatów Polskich) uczestnicy Zespołu Doradztwa Strategicznego, współpracujące organizacje PFS, STOMOZ oraz ekspertów, którzy posiadają realne przełożenie „polityczne" i są autorytetami kreującymi opinie.

Plan działań i ich charakterystyka

Działania włączające realizowane będą zgodnie z harmonogramem przede wszystkim w ramach zadania 11 – *Projekt walidowany – upowszechnienie i włączenie do głównego nurtu polityki*.
W ramach zadania przeprowadzona będzie ogólnokrajowa konferencja (800 osób), gdzie opracowany ostatecznie i poddany walidacji produkt zostanie szeroko rozpropagowany oraz zostanie wydany podręcznik- książka (1500 szt.). Konferencja i podręcznik skierowane będą przede wszystkim do tzw. decydentów (przedstawicieli jednostek samorządu terytorialnego jako organów tworzących oraz Ministerstwa Zdrowia) oraz samego kierownictwa szpitali.

Działania te będą ukoronowaniem całego procesu włączania, który będzie realizowany również w ramach innych zadań (publikacje, konferencje, seminaria, warsztaty, raporty). Ponadto projektodawca przewiduje podjęcie inicjatywy włączenia założeń metodologicznych będących przedmiotem projektu do lokalnych i regionalnych strategii rozwoju zdrowia publicznego. Inicjatywa polegać będzie na skierowaniu pisma popartego przez Związek Powiatów Polskich, Ministerstwo Zdrowia,

[14] Ustawę z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. 2011 nr 112 poz. 654)

Stowarzyszenie Menedżerów Opieki Zdrowotnej (STOMOZ), związki pracodawców (np. Polskie Forum Szpitali), Polskie Towarzystwo Szpitalnictwa, Izbę Gospodarczą „Medycyna Polska" oraz uczelnię wyższą do przedstawicieli JST w celu podjęcia przez nie uchwał włączających opracowaną metodologię do lokalnych i regionalnych strategii rozwoju zdrowia publicznego.

Ponadto, projektodawca planuje wystąpienia z inicjatywą złożenie propozycji Ministerstwu Zdrowia aby opracowanej metodzie lub wybranym jej fragmentom nadać podstawę formalną na poziomie ustawy. Projektodawca zaproponuje opracowanie dla Ministerstwa Zdrowia propozycję odpowiednich zmian w *Ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. 2011 nr 112 poz. 654).* Ze wstępnych rozmów przeprowadzonych z przedstawicielami resortu zdrowia wynika, że takie zainteresowanie istnieje.

Obok działań mających charakter instytucjonalny projektodawca będzie podejmował liczne działania informacyjne, mające na celu zainteresowanie otoczenia opracowaną metodologią. Wśród nich przewiduje się następujące inicjatywy, **instrumenty służące realizacji działań włączających:**

- - indywidualne spotkania z przedstawicielami JST, wyszukiwanie liderów zmian, (16 Marszałków; zarządy organizacji samorządowych, 16 Konwentów Starostów),
- - wykreowanie pewnej marki produktu, poprzez stałą współpracę w ramach misji działalności organizacji samorządowych i pracodawców,
- - przekazywanie informacji posłom i senatorem z Komisji Zdrowia, (30 osób)
- - artykuły w prasie specjalistycznej (m. in. Menedżer Zdrowia, Służba Zdrowia, Rynek Zdrowia),
- - promocja w postaci druków ulotnych, które będą kolportowane na konferencjach krajowych (w ramach porozumienia z organizatorami)
- - publikacje naukowe,
- - zainteresowanie mediów publicznych (TVP, radio) oraz czasopism które patronują różnym badaniom rankingowym szpitali.

VIII. KAMIENIE MILOWE II ETAPU PROJEKTU

Wskazujemy kluczowe dla przebiegu II etapu terminów zdarzenia:

- opracowanie rekomendacji dla wybranych szpitali w fazie testowania produktu – 11. 2012
- opracowanie raportu z pilotażu projektu (faza testowania) – 11. 2012
- oddanie do użytkowania platformy IT – 06. 2013
- opracowanie finalnej wersji produktu (ankiety, metodologia) – 03. 2013
- konferencja rozpoczynająca badanie (faza upowszechniania) – 06.2013
- opracowanie raportu z badań ankietowych – badanie I (faza upowszechniania) – 12.2013
- opracowanie raportów z badań ankietowych– badanie II (faza upowszechniania) – 01. 2015
- wydanie książki podsumowującej (faza włączania do głównego nurtu polityki) – 04. 2015
- konferencja końcowa (faza włączania do głównego nurtu polityki) – 04. 2015

.

IX. ANALIZA RYZYKA

Ryzyko projektu może polegać na niewłaściwym doborze wskaźników, a przez to niepełnej efektywności stworzonego narzędzia do monitoringu. Mając tego świadomość już na etapie przygotowywania wstępnej wersji produktu (narzędzia benchmarkingowego) podjęto szereg działań ograniczających urzeczywistnienie się tego ryzyka.
W pierwszej kolejności przeprowadzono wnikliwą i pogłębioną analizę problemu angażując celowo dobrane osoby mające specjalistyczną wiedzę teoretyczną i praktyczną, zweryfikowano przypuszczenia oraz sądy prezentowane na łamach literatury fachowej oraz licznych wcześniejszych dziedzinowych konferencjach naukowych lub naukowo-szkoleniowych w realiach wybranych dwóch szpitali, następnie wyłoniono grono osób ze środowiska praktyków i naukowców, którzy mogliby wspomóc swą wiedzą i doświadczeniem budowę narzędzia w warstwie merytorycznej. W trakcie prac nad stworzeniem merytorycznej zawartości pytań benchmarkingowych, wielowariantowych odpowiedzi benchmarkingowych, kryteriów i zasad kwalifikowania możliwych wariantów odpowiedzi, pytań i odpowiedzi na pytania zawarte w ankiecie technicznej (pomocniczej dla ankiety benchmarkingowej) przyjęto zespołowy tryb prac, prowadzenie wielokrotnych konsultacji w stworzonych grupach zadaniowych (złożonych z ekspertów-praktyków i naukowców), wzajemnej wymiany opinii.
Poza tym rezultaty referowano na innych forach w Projekcie, głównie na posiedzeniach Komitetu Sterującego. Zadbano, by dotychczasowe doświadczenia praktyków nie zdominowały rozwiązań, które zostały ugruntowane w wiedzy naukowej i nie narażały na subiektywność narzędzia opartą na rozwiązaniach pragmatycznych czy powszechnie stosowanych sposobach postępowania w szpitalach, niekoniecznie jednak najlepszych w świetle dorobku naukowego.
Dostrzeżono także niebezpieczeństwo wynikające ze sposobu kwalifikowania (nadawania ratingów) określonych wariantów odpowiedzi benchmarkingowych. Najważniejsze zabezpieczenie polega na przypisaniu do każdego konkretnego wariantu odpowiedzi benchmarkingowej właściwej merytorycznie rekomendacji cząstkowej (niezależnie od tego, jaki ostatecznie rating zostanie nadany szpitalowi lub przy ewentualnej zmianie struktury ratingów).

Ryzykiem projektowym, który musi wziąć pod uwagę projektodawca to brak podstawy formalnej dla proponowanego narzędzia analityczno-diagnostycznego. Szpitale mogą odmawiać wzięcia udziału w badaniu zasłaniając się brakiem podstaw prawnych. Głównym przeciwdziałaniem dla tego ryzyka będzie aktywne ukazywanie praktycznego, korzystnego wymiaru poddania się badaniu oraz zapewnienie wsparcia ze strony instytucji o największym autorytecie, poprzez skierowanie do podmiotów leczniczych listu polecającego Ministra Zdrowia, Przewodniczącego Związku reprezentującego Marszałków i Starostów. Będzie zagwarantowane aktywne uczestnictwo stowarzyszeń samorządów szczebla powiatowego (konwenty starostw w województwach, oddziaływanie ZPP) i wojewódzkiego (Związek Województw RP). Drugim ważnym ryzykiem może być obawa ze strony szpitali w zakresie ochrony danych. Projektodawca w celu przeciwdziałania ryzka przewiduje, że na etapie upowszechniania produktu do podmiotów leczniczych zostanie skierowane obszerna informacja, w której wykonawca projektu wyjaśni aspekty związane z bezpieczeństwem przedstawionych danych. Kolejne możliwe ryzyko to to niechęć szpitali do odkrywania swoich słabości. W tym wypadku wnioskodawca postara się zniwelować te obawy poprzez przedstawienie korzyści związanych z wzięciem udziału w badaniu. Istotną barierą może być duże obciążenie bieżącą sprawozdawczością statystyczno-rozliczeniową (NFZ, GUS, Ministerstwo Zdrowia), co może skutkować niechęcią do sporządzania i opracowywania „kolejnych" ankiet. Projektowane rozwiązanie będzie ergonomiczne oraz łatwe w obsłudze. Pozwoli to ograniczyć obciążenia administracyjne pracowników podmiotów leczniczych do niezbędnego minimum. Ponadto wnioskodawca udostępni instrukcje obsługi systemu.

Analiza ryzyka została przeprowadzona w dwóch etapach. W etapie pierwszym projektodawca zgodnie zidentyfikował potencjalne ryzyka oraz oszacował ich wagę. W etapie II zaproponował

reakcje na ryzyko uwzględniając zalecenie, że przy projektach EFS podstawowym strategią unikania ryzyka jest jego *unikanie* oraz *łagodzenie*.

Etap I – identyfikacja i szacowanie ryzyka

Projektodawca zidentyfikował w sumie siedem głównych ryzyk, z czego cztery uznano za istotne (uzyskały 4 i więcej punktów). Wykaz ryzyk wraz oszacowaniem prawdopodobieństwa jego wystąpienia oraz wpływem na realizację projektu przedstawia tabela…

Lp.	Potencjalne zagrożenie	Oszacowanie prawdopodobieństwa wystąpienia ryzyka	Oszacowanie wpływu ryzyka na realizację projektu	Waga ryzyka
1	Niechęć podmiotów leczniczych do włączenia się w projekt argumentowany brakiem ram prawnych dla projektu.	2	3	6
2	Niechęć podmiotów leczniczych do włączenia się w projekt argumentowany dodatkowymi obciążeniami administracyjnymi (postawa typu: „My nie mamy czasu na takie głupoty", „Kolejne ankiety do wypełnienia! My mamy już tego serdecznie dosyć. Sprawozdawczość do NFZ jest wystarczającym obciążeniem", „Nie mamy pieniędzy aby zapłacić ludziom za wykonywanie dodatkowych obowiązków")	3	3	9
3	Niechęć podmiotów leczniczych do włączenia się w projekt argumentowany brakiem wiary w skuteczność narzędzia (postawa typu: „to wszystko nie ma sensu", „jak nie dostanę wyższego kontraktu to wasze rekomendacje i tak się do niczego nie przydadzą", „Ja zależę od samorządu i ode mnie nic nie zależy".	2	2	4
4	Duży poziom skomplikowania narzędzia przy równoczesnym braku kadr w podmiotach leczniczych, kompetentnych do współpracy z projektodawcą przy użyciu zaprojektowanego narzędzia.	1	3	3
5	Niechęć partnerów i ekspertów do regularnych spotkań argumentowany obciążeniami zawodowymi oraz koniecznością odbywania podróży. Trudność w ustaleniu terminu spotkań, które odpowiadałyby wszystkim uczestnikom.	2	1	3
6	Produkt finalny nie potwierdzi swojej skuteczności, w tym sensie, że decyzja o wdrożeniu zmian wynikających z rekomendacji wymaga decyzji o charakterze „politycznym" (np.: konieczność redukcji zatrudnienia, zmiany struktury organizacyjnej, ograniczenie lub rozszerzenie działalności)	3	3	9
7	Obawa podmiotów leczniczych biorących udział w projekcie przed ujawnieniem swoich słabości	1	3	3

oszacowanie prawdopodobieństwa wystąpienia ryzyka *(skala od 1 do 3, gdzie 1 oznacza niskie prawdopodobieństwo wystąpienia danego ryzyka, a 3 - prawdopodobieństwo wysokie),*

oszacowanie wpływu ryzyka *na realizację projektu (na skali od 1 do 3, gdzie 1 oznacza bardzo mały wpływ na realizację projektu, a 3 - wpływ bardzo duży),*

Waga ryzyka *(polega na przemnożeniu punktów przyznanych w kategorii „prawdopodobieństwo i wpływ ryzyka"; za istotne uznane są te zagrożenia, które uzyskały co najmniej 4punkty),*

Etap II – reakcja na ryzyko

Lp.	Potencjalne zagrożenie	Strategia reakcji na ryzyko	Opis działań
1	Niechętna podmiotów leczniczych do włączenia się w projekt argumentowany	Łagodzenie/ unikanie	- ukazywanie praktycznego, korzystnego wymiaru poddania się badaniu

	brakiem ram prawnych dla projektu.		- zapewnienie wsparcia ze strony instytucji o największym autorytecie (listy polecające Ministra Zdrowia, stowarzyszeń samorządowych, związków pracodawców, NFZ) - odstąpienie od proponowania udziału w przypadku dużego oporu ze strony podmiotu leczniczego
2	Niechęć podmiotów leczniczych do włączenia się w projekt argumentowany dodatkowymi obciążeniami administracyjnymi (postawa typu: „My nie mamy czasu na takie głupoty", „Kolejne ankiety do wypełnienia! My mamy już tego serdecznie dosyć. Sprawozdawczość do NFZ jest wystarczającym obciążeniem", „Nie mamy pieniędzy aby zapłacić ludziom za wykonywanie dodatkowych obowiązków")	Łagodzenie/ unikanie	-ukazywanie praktycznego, korzystnego wymiaru poddania się badaniu -proponowanie wsparcia merytorycznego i organizacyjnego przy sporządzeniu ankiety - podkreślanie, że projektowane rozwiązanie informatyczne obsługujące proces ankietowania jest ergonomiczne oraz łatwe w obsłudze, co pozwoli ograniczyć obciążenia administracyjne pracowników podmiotów leczniczych do niezbędnego minimum. - udostępnienie instrukcji obsługi systemu. - odstąpienie od proponowania udziału w przypadku dużego oporu ze strony podmiotu leczniczego
3	Niechętna podmiotów leczniczych do włączenia się w projekt argumentowany brakiem wiary w skuteczność narzędzia (postawa typu: „to wszystko nie ma sensu", „jak nie dostanę wyższego kontraktu to wasze rekomendacje i tak się do niczego nie przydadzą", „Ja zależę od samorządu i ode mnie nic nie zależy".	Łagodzenie/ unikanie	-ukazywanie praktycznego, korzystnego wymiaru poddania się badaniu - podkreślanie, że projekt ma wsparcie samorządów - występowanie do samorządów jako organów tworzących w celu wywarcia wpływu na kierownika podmiotu leczniczego - odstąpienie od proponowania udziału w przypadku dużego oporu ze strony podmiotu leczniczego
6	Produkt finalny nie potwierdzi swojej skuteczności, w tym sensie, że decyzja o wdrożeniu zmian wynikających z rekomendacji wymaga decyzji o charakterze „politycznym" (np.: konieczność redukcji zatrudnienia, zmiany struktury organizacyjnej, ograniczenie lub rozszerzenie działalności)	Łagodzenie	- podkreślanie, że rekomendacje mają charakter długookresowy, tj. mogą być wykorzystane przez podmiot leczniczy również w dalszej przyszłości - podkreślanie wagi projektu dla samorządów terytorialnych - proponowanie samorządom wpisanie opracowanego narzędzia (metodologia, system informatyczny) do lokalnych i regionalnych strategii zarządzania ochroną zdrowia

Załączniki

Nr 1. Diagnoza funkcjonowania szpitali w procesie transformacji systemu ochrony zdrowia w Polsce w latach 1999-2011,

nr 2. Badania szpitala o specjalistycznej strukturze – badanie sondażowe u źródła – studium szpitala o charakterze specjalistycznym,

nr 3. Wstępna wersja produktu finalnego

3.1 - metodologia zintegrowanego narzędzia badawczego
3.2 - ankieta techniczna,

3.3 - ankieta badania benchmarkingowego,

3.4 - założenia technologiczno-funkcjonalnych dla platformy internetowej będącej elementem innowacyjnego narzędzia na potrzeby monitorowania jakości usług publicznych i benchmarkingu z zakresu nadzoru nad funkcjonowaniem szpitali, dla których organem założycielskim jest JST,

Dariusz Wasilewski

Kierownik Projektu

Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu

Prof. dr hab. inż. Dorota Korenik

Z-ca kierownika ds. naukowo-metodologicznych

Polskie Centrum Edukacji i Analiz ORDO

Rober Kropiewnicki, Prezes Zarządu

Związek Powiatów Polskich