

Opinia do projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie określenia wzoru programu polityki zdrowotnej oraz wzoru raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej (MZ 582)

I. Opis sytuacji problemowej - zakres i cel projektu regulacyjnego

Niniejsza opinia dotyczy projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie określenia wzoru programu polityki zdrowotnej oraz wzoru raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej z dnia 10.11.17r., stanowiącego wykonanie upoważnienia ustawowego zawartego art. 48a ust. 16 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2017r. poz. 1938). Dotychczasowo brak było jednolitych zasad tworzenia projektów programów polityki zdrowotnej oraz jednolitych zasad opracowywania wyników realizacji programów polityki zdrowotnej. Projekt opiniowanego rozporządzenia ma za zadanie je wprowadzić, tym samym upraszczając wszelkie procedury związane z tym zagadnieniem. Przewiduje się stosowanie jednolitych wzorów dokumentów dla programu polityki zdrowotnej oraz raportu końcowego w realizacji programu polityki zdrowotnej – wynika to z konieczności zapewnienia jednolitych standardów ich tworzenia.

¹Wzór programu polityki zdrowotnej zawiera siedem głównych punktów, które wypełniane być mają w zgodzie z zaleceniami oraz wskazówkami jakie zostały w nim zawarte. Jednolite wzory dokumentów, które składane są do Agencji Oceny technologii Medycznych i Taryfikacji, ułatwią proces oceny oraz sprawią, że programy polityki zdrowotnej będą zawierały niezbędne elementy, które pomogą w poprawie ich jakości. Dotychczas programy polityki zdrowotnej opracowywane były w sposób zupełnie dowolny, a to powodowało sytuacje w której masa istotnych elementów była w nich pomijana – skutkiem tego było wystawienie opinii negatywnych przez Agencje Oceny technologii Medycznych i Taryfikacji.

Do obowiązkowych punktów programu będzie należeć między innymi monitorowanie i ewaluacja. Pierwsza część polegać ma na bieżącej ocenie zgłaszalności oraz ocenie jakości świadczeń. Ewaluacja natomiast ma zapewnić zobowiązanie podmiotu do oceny przeprowadzonych działań oraz uzyskanych efektów zdrowotnych programu, poprzez użycie wcześniej, specjalnie opracowanych mierników efektywności. Na wnioskodawców będzie również narzucony obowiązek wskazania wszystkich działań, jakie realizowane będą na obszarze programów – przedstawione mają być one w oparciu o dowody naukowe bądź rekomendacje czy wytyczne. Dokumentacja uzasadniać będzie wykonywane działania, a co

1 Dane zaczerpnięte z uzasadnienia projektu rozporządzenia oraz Oceny Skutków Regulacji (OSR)



za tym idzie, środki finansowe przeznaczone na ich realizację wydawane będą w sposób efektywny.

W sprawie raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej, to jednostka samorządu terytorialnego lub właściwy minister będą zobowiązani do jego przekazania i publikacji w prowadzonym przez siebie Biuletynie Informacji Publicznej w okresie do 3 miesięcy od dnia zakończenia realizacji programu polityki zdrowotnej. Takie rozwiązanie pozwoli na gromadzenie informacji w jednym miejscu i pozytywnie wpłynie na późniejszą analizę z działań w obrębie zdrowia publicznego na terenie kraju. W skład raportu końcowego wchodzić będzie podsumowanie projektu, a w nim wszystkie najważniejsze informacje, takie jak: liczba pacjentów objętych programem, długość trwania programu, koszty programu, uzyskane efekty. Należy również opisać wszelkie trudności zaistniałe w trakcie realizacji programu oraz sposoby ich rozwiązywania – posłużyć to może jako wzór i ułatwienie dla innych podmiotów w przyszłości.

Projektowane rozporządzenie w dużej mierze wpłynie na Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, poprzez narzucenie na nią obowiązku opiniowania projektów programów polityki zdrowotnej utworzonych na podstawie wzoru, oraz zbierania raportów końcowych z realizacji programów polityki zdrowotnej. Będzie ono również oddziaływało na jednostki samorządu terytorialnego oraz ministra właściwego do spraw zdrowia i innych ministrów, którzy zobligowani będą do tworzenia projektów programów polityki zdrowotnej oraz raportów końcowych z ich realizacji na podstawie wzoru i przekazywanie ich do Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. Do zakresu ich kompetencji należeć będzie również ich późniejsza publikacja w Biuletynie Informacji Publicznej.

Regulacja nie ma mieć wpływu na budżet państwa, jednostek samorządu terytorialnego, oraz Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. Nie ma się ona również przekładać na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczości. Nie przewiduję się jakiegokolwiek wpływu na rynek pracy, tak samo jak i na mikro i małe przedsiębiorstwa. Nie zakłada się ewaluacji efektów projektu rozporządzenia po jego wprowadzeniu. Rozporządzenie ma wejść w życie z dniem następującym po dniu jego ogłoszenia – oczekuję się, że będzie to miało miejsce jednocześnie z wprowadzeniem ustawy z dnia 29 września 2017r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw.

Należy zaznaczyć również, że nie ma możliwości podjęcia alternatywnych środków w celu osiągnięcia rezultatów, jakie przynieść ma wejście w życie projektowanego rozporządzenia.



Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój

ARS
VIVENDI



Unia Europejska



II. Opis zastosowanych metod zbierania danych i informacji

Przy przygotowaniu ekspertyzy głównymi metodami pozyskania informacji i danych były:

1. Analiza desk research: artykułów w prasie specjalistycznej, ocen skutków regulacji, stron internetowych administracji zdrowotnej RP, portali tematycznych,
2. Ankietyzacji organizacji pacjenckich (rezultaty zostały przedstawione poniżej),
3. Wywiadów bezpośrednich i telefonicznych z ekspertami ze strony Ministerstwa Zdrowia i organizacji pacjenckich,
4. Spożytkowanie wiedzy i dorobku własnego.

III. Zestawienie opinii organizacji pacjenckich

Konsultacje w sprawie opiniowanego projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie określenia wzoru programu polityki zdrowotnej oraz wzoru raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej przeprowadzane były jako wywiady bezpośrednie lub telefoniczne z przedstawicielami wybranych organizacji pacjenckich z całego kraju (ze względu na ogólnokrajowy charakter regulacji).

A. Rezultat wywiadów bezpośrednich i telefonicznych z ekspertami z organizacji pacjenckich

1. Czy Pana/Pani zdaniem projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie określenia wzoru programu polityki zdrowotnej oraz wzoru raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej z dnia 10.11.17r. i regulacja na mocy, której wprowadzone zostaną jednolite wzory dokumentów dotyczące opracowywania programu polityki zdrowotnej, oraz raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej, przyniosą pozytywne rezultaty?

Warianty odpowiedzi	Ilość
Tak	6
Nie	0
Nie mam zdania	1



Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój

ARS
VIVENDI



Unia Europejska



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

B. Konsultacje na Platformie Konsultacji prowadzone były w postaci zestawu pytań (otwartych i zamkniętych). Poniżej zaprezentowano wyniki procesu konsultacji, jakie zostały przeprowadzone:

1. Czy Pan/Pani zgadza się ze stwierdzeniem, że ujednolicenie przepisów w sprawie tworzenia programów polityki zdrowotnej oraz raportów końcowych z realizacji programów polityki zdrowotnej pozytywnie wpłynie na ich sprawiedliwą ocenę, oraz zapewni umieszczenie w nich niezbędnej części merytorycznej? dotychczas programy polityki zdrowotnej opracowywane były w sposób zupełnie dowolny, a to powodowało sytuacje w której masa istotnych elementów była w nich pomijana, czy regulacja pozwoli skutecznie zażegnać ten problem?

Warianty odpowiedzi	Ilość
Tak	7
Nie	1
Nie mam zdania	1

2. Czy uważa Pan/Pani, że publikacja raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej w Biuletynie Informacji Publicznej przez Jednostkę samorządu terytorialnego lub właściwego ministra, pozwoli na skuteczne gromadzenie informacji w jednym miejscu, a to przełoży się w sposób pozytywny na późniejszą analizę działań z zakresu zdrowia publicznego na terenie kraju?

Warianty odpowiedzi	Ilość
Tak	5
Nie	1
Nie mam zdania	1



3. Czy uważa Pan/Pani, że obligatoryjne punkty realizacji programu polityki zdrowotnej takie jak monitorowanie i ewaluacja, pozwolą na stałą, bieżącą i skuteczną poprawę prowadzonych działań? Czy sytuacja w której wnioskodawcy zobligowani będą do przedstawiania w oparciu o dowody, wszystkich interwencji realizowanych w ramach programów wpłynie na to, że środki finansowe przeznaczone na realizację tych świadczeń wykorzystywane będą w sposób efektywny?

Warianty odpowiedzi	Ilość
Tak	7
Nie	0
Nie mam zdania	0

Pytania otwarte

1. Jak Pan/Pani ogólnie ocenia zmiany, jakie wprowadza projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie określenia wzoru programu polityki zdrowotnej oraz wzoru raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej z dnia 10.11.17r.? Czy chciał/a by Pan/Pani nanieś jakieś poprawki, uwagi, komentarze bądź wprowadzić zmiany?
2. Czy Pan/Pani zgadza się ze stwierdzeniem, że zmiany, które wprowadza projekt opiniowanego rozporządzenia sprawią, iż kryteria w sprawie treści programu polityki zdrowotnej oraz raportu końcowego z jego realizacji będą jasno określone, co wpłynie na ich lepsze i dokładniejsze sporządzanie?

IV. Stanowisko eksperckie

Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie określenia wzoru programu polityki zdrowotnej oraz wzoru raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej z dnia 10.11.17r., wprowadza zmianę polegającą na wprowadzeniu jednolitych zasad tworzenia projektów programów polityki zdrowotnej oraz jednolitych zasad opracowywania wyników realizacji programów polityki zdrowotnej. Jak wiadomo dotychczas programy polityki



Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój

ARS
VIVENDI



Unia Europejska



zdrowotnej opracowywane były w sposób zupełnie dowolny, a to powodowało sytuacje w której szereg istotnych elementów był w nich pomijany. Niestety często wiązało się to z ich negatywnym rozpatrzeniem przez Agencje Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. Regulacja ma zapewnić stosowanie jednolitych wzorów dokumentów dla programu polityki zdrowotnej oraz raportu końcowego w realizacji programu polityki zdrowotnej, co przełożyć się powinno na ich sprawiedliwą ocenę, poprawienie jakości oraz zapewnienie właściwej treści merytorycznej. W sprawie raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej, to ma być on zamieszczany w Biuletynie Informacji Publicznej do 3 miesięcy po zakończeniu programu polityki zdrowotnej. Zobowiązane do tego będą jednostka samorządu terytorialnego lub właściwy minister.

Warto zaznaczyć, że pomysł ten nie wziął się z nikąd. Podobne rozwiązania stosowane są również w innych krajach. Jak informuje resort zdrowia, w Anglii i Walii Public Health Advisory Committee (PHAC) działający w charakterze doradcy National Institute Health and Care Excellence (NICE), czyli odpowiednika Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji opracowuje rekomendacje w zakresie zdrowia publicznego. Rekomendacje są opracowane na podstawie doniesień naukowych, opinii ekspertów, opinii grup zainteresowanych, konsultacji społecznych. W ocenie tych dowodów naukowych, nacisk kładziony jest na ich wiarygodność, możliwość zafałszowania ale również ważne są aspekty etyczne oraz opinia społeczna, w celu zapewnienia równości i różnorodności prawodawstwa. Wielką uwagę przykładana się do jakości dowodów, możliwości ich zastosowania w populacji docelowej oraz dowodów wspierających i potwierdzających skuteczność interwencji. Ocenie podlega również to, czy dane rekomendacje mogą zostać zastosowane w praktyce. Dowody naukowe oceniające praktyczne wdrażanie interwencji, tak samo jak stopień zmiany dotychczasowej praktyki, wymagane zasoby rzeczowe i osobowe oraz źródła finansowania, powinny być przedstawione. Podobne rekomendacje wydawane są przez amerykański U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF) czy kanadyjski Canadian Preventive Task Force (CPTF).

W celu lepszego zrozumienia istoty opiniowanego rozporządzenia oraz zmian jakie ono wprowadza, należy bliżej przyjrzeć się wzorom zarówno programu polityki zdrowotnej, jak i raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej. Oba dokumenty zostały przedstawione w załączniku do projektu rozporządzenia a z ich treści możemy dowiedzieć się jakie informacje powinny być w nich zawarte oraz w jakiej formule należy je sporządzać.

Wzór programu polityki zdrowotnej:

W dokumencie przedstawionym jako załącznik do projektu rozporządzenia, możemy zauważyć, że wzór programu polityki zdrowotnej składa się z siedmiu głównych punktów takich jak:

1.Strona tytułowa:

Znajdziemy tutaj wszystkie podstawowe informacje dotyczące programu polityki zdrowotnej jak chociażby: nazwa programu polityki zdrowotnej, okres jego realizacji dopasowany do zdefiniowanych celów i działań zaplanowanych w jego obszarze, nazwę podmiotu

opracowującego program wraz z danymi kontaktowymi oraz podstawę prawną opracowania programu polityki zdrowotnej wraz ze wskazaniem przepisów ustawy na podstawie której go opracowano.

2. Opis choroby lub problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej wraz z danymi epidemiologicznymi i opisem obecnego postępowania:

Tą część można podzielić na kilka obszarów. W przypadku choroby lub problemu zdrowotnego należy zdefiniować zjawisko oraz w krótki sposób opisać jednostki chorobowe, których dotyczyć będzie program polityki zdrowotnej. Należy również opisać sytuację lokalną w zakresie tego zagadnienia oraz uzasadnić podjęcie działań w tym konkretnym problemie zdrowotnym. W przypadku danych epidemiologicznych, czyli tych informujących nas o przyczynach, rozwoju, rozprzestrzenianiu się oraz leczeniu chorób oraz schorzeń występujących w populacji, należy skupić się by były one jak najbardziej aktualne oraz koncentrować się na tych danych, które są ogólnie dostępne. Powinny one uzasadniać realizację programu polityki zdrowotnej. W kontekście opisu obecnego postępowania należy wskazać w jaki sposób są prowadzone działania w obrębie zdefiniowanego problemu zdrowotnego w obrębie Rzeczypospolitej Polskiej. Odbywać się to powinno na podstawie przedstawienia aktów prawnych, wytycznych lub rekomendacji klinicznych, które potwierdzały by taki stan rzeczy. Należy również wskazać rekomendacje Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zalecanych technologii medycznych i działań przeprowadzonych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz ich warunków realizacji w kontekście danej choroby bądź danego problemu zdrowotnego.

3. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji:

Tutaj skupić należy się na efektach jakie przynieść ma program polityki zdrowotnej. W pierwszej kolejności należy określić jeden, najważniejszy cel główny do którego uzyskania dążyć się będzie podczas trwania programu. Należy go sformułować w sposób taki, by był stanem oczekiwanym i pożądanym po realizacji programu. Powinien być on mierzalny i możliwy do osiągnięcia w określonym czasie. Oczekuję się również, że zostaną wskazane cele szczegółowe, które mogą odnosić się do skutków zastosowania danych interwencji w określonej populacji. Mają stanowić one uzupełnienie celu głównego, a ich osiągnięcie jest elementem warunkującym jego uzyskanie. Ponadto należy określić mierniki, które umożliwiają obiektywną ocenę stopnia realizacji celów programu polityki zdrowotnej. Powinny być one istotnym odzwierciedleniem zdarzeń lub faktów występujących w danym programie, wyrażone w odpowiednich jednostkach miary. Mają dotyczyć one rezultatów, a nie działań, a określone być one powinny według stanu przed i po realizacji programu polityki zdrowotnej.

4. Charakterystyka populacji docelowej, w tym kryteria kwalifikacji do udziału w programie i kryteria wyłączenia, oraz charakterystyka interwencji, jakie są planowane w ramach programu polityki zdrowotnej, w tym sposób udzielania świadczeń w ramach programu, a także wskazanie, czy i w jaki sposób interwencje te są zgodne z przepisami dotyczącymi świadczeń gwarantowanych oraz czy są zgodne ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej:

W tym punkcie należy określić wielkość populacji docelowej w danym rejonie i wskazać liczebność populacji, która zostanie włączona do programu polityki zdrowotnej przy



zachowaniu równego dostępu do niej dla wszystkich uczestników. Należy również określić kryteria kwalifikacji oraz wykluczenia w sprawie prowadzonego programu polityki zdrowotnej. Kwalifikacja do udziału ma się opierać o jasne i przejrzyste wymagania, powinny one stanowić opis poszczególnych cech charakterystycznych dla danej populacji. Należy określić w jaki sposób zaplanowano informowanie o programie polityki zdrowotnej i wskazać wszelkie możliwe kanały dotarcia do potencjalnych uczestników. Dodatkowo trzeba zaznaczyć wszystkie interwencje jakie realizowane będą w ramach programu, wliczając świadczenia zdrowotne i działania edukacyjne. Program jako całość może obejmować jedną bądź więcej interwencji, wzajemnie się łączących lub uzupełniających - powinien być przedstawiony ich szczegółowy opis, przygotowany w oparciu o dowody naukowe, rekomendacje, wytyczne. Działania muszą mieć uzasadnioną skuteczność, być bezpieczne oraz stanowić aktualną wiedzę medyczną. Piśmiennictwo w tym zakresie powinno uzasadniać prowadzenie poszczególnych działań w określonej populacji. W kwestii sposobu udzielania świadczeń, należy określić, na jakich warunkach przewidziane interwencje w ramach programu będą dostępne dla uczestników. Jeśli to możliwe powinno określić się czas, miejsce oraz rodzaj udzielanych świadczeń oraz ich zakres, częstotliwość i czas trwania. Ważne jest również określenie zależności między interwencjami, w przypadku zaplanowania kilku. Uczestnicy programu muszą być świadomi zasad jakimi posługują się jego realizator. Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej, powinien być również określony w tej części. Zasadne jest by po zakończeniu udziału, uczestnik otrzymał zalecenia do dalszego postępowania – powinna być zachowana ciągłość prowadzenia diagnostyki wykrytych zmian lub podjęcia dalszego leczenia wykrytych schorzeń.

5. Organizacja programu polityki zdrowotnej, w szczególności etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów, oraz warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych:

W tym miejscu należy skupić po pierwsze na określeniu poszczególnych części składowych programu polityki zdrowotnej, począwszy chociażby od sposobu jego wykonywania przez realizatora, prowadzenia akcji promocyjno-informacyjnej i kończąc na działaniach ewaluacyjnych. Należy również przedstawić podział na etapy oraz określić czynności jakie będą wykonywane w poszczególnych etapach, np. w formie harmonogramu. W tej części programu polityki zdrowotnej skupiamy się również na warunkach realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczących personelu, wyposażenia i warunków lokalowych. Oczekujemy, że określone zostaną: jakie kompetencje powinien posiadać realizator programu wraz z określeniem wymagań w zakresie wymagań kadrowych zapewniających prawidłową realizację programu, warunki realizacji programu dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych wraz z określeniem zasobów rzeczowych zapewniających prawidłową realizację programu oraz doświadczenie w prowadzeniu działań o podobnym charakterze.

6. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej:

Monitorowanie programu polityki zdrowotnej należy zakończyć wraz z końcem realizacji programu polityki zdrowotnej. Powinno być one prowadzone na bieżąco, warto rozważyć więc tworzenie projektów okresowych. Składać powinno się ono z oceny zgłaszalności do programu polityki zdrowotnej, w tym określenia: liczby uczestników programu, liczby osób, które nie zostały objęte programem z powodów zdrowotnych bądź innych, oceny jakości



świadczeń w programie wraz z przygotowaniem ankiety satysfakcji – ocena jakości może być przeprowadzona przez zewnętrznego eksperta w danej dziedzinie. W kwestii ewaluacji natomiast, rozpocząć ją należy po zakończeniu realizacji programu polityki zdrowotnej. Ma opierać się ona na porównaniu stanu przed i po działaniach w obrębie programu. Odbywać się powinna z wykorzystaniem co najmniej zdefiniowanych wcześniej mierników efektywności odpowiadającym celom konkretnego programu.

7. Budżet programu polityki zdrowotnej, w tym koszty jednostkowe i całkowite oraz źródła finansowania programu polityki zdrowotnej:

Kwestie budżetu można podzielić na kilka etapów. W kontekście kosztów jednostkowych, należy określić je szacunkowo w przeliczeniu na pojedynczego uczestnika programu, przy założeniu, że każdemu oferowany będzie dokładnie ten sam zakres interwencji/usług. W złożonych programach polityki zdrowotnej, które zakładają wieloetapowość interwencji, należy podzielić koszty ze względu na poszczególne świadczenia oferowane w ich zakresie. Przy określaniu kosztów całkowitych, należy wskazać całkowity koszt programu polityki zdrowotnej, jaki trzeba ponieść w związku z jego realizacją. Kiedy program jest wieloletni, należy przedstawić całkowity koszt jego realizacji, ale również podział kosztów na poszczególne lata. Budżet programu powinien uwzględniać wszystkie koszty poszczególnych składowych, jak chociażby: koszty interwencji, wynagrodzeń, wynajmu pomieszczeń, działań edukacyjnych, promocji i informacji. Przy wskazywaniu źródeł finansowania, należy określić je wszystkie. Należy również wskazać organ lub jednostkę, która finansować będzie program. W przypadku kiedy realizacja opierać się będzie o kilka źródeł finansowania, trzeba wskazać jaki udział będzie mieć finansowanie pochodzące z innego źródła niż budżet podmiotu, który opracował, wdrożył i realizuje program. Dodatkowo w przypadku gdyby do realizacji programu włączona miała zostać inna jednostka np. instytut badawczy albo jednostka naukowa, również określić trzeba zakres partnerstwa i finansowania.

Wzór raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej:

Raport końcowy z realizacji programu polityki zdrowotnej jest dokumentem wystawianym po zakończeniu programu polityki zdrowotnej. W jego treści znajdziemy podsumowanie oraz opinie na temat realizacji danego programu. Biorąc pod uwagę dokument który został załączony do projektu rozporządzenia jako wzór raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej, w jego treści należy uwzględnić:

- Okres na jaki przewidziano realizację programu polityki zdrowotnej oraz czas jego faktycznej realizacji;
- Czy cel główny oraz cele poboczne zostały osiągnięte;
- W jakim stopniu nastąpiła realizacja celów z ewentualnym wskazaniem przyczyn, dla których niemożliwa była ich pełna realizacja;
- Wskazanie i opisanie wdrożonych działań modyfikacyjnych;



Fundusze Europejskie
Projekt współfinansowany przez Unię Europejską
Wiedza Edukacja Rozwój

ARS
VIVENDI



Unia Europejska



- Wymienienie wszystkich interwencji w danej populacji docelowej programu polityki zdrowotnej;
- Wskazanie liczby osób wdrożonych do udziału w programie oraz liczbę osób które nie zostały nim objęte z równych przyczyn, z ich wskazaniem;
- Ukazanie liczby osób, które z własnej woli zrezygnowały w trakcie programu;
- Opisanie wyników przeprowadzonej oceny jakości, w tym przedstawienie zbiorczych wyników wypełnionych ankiet satysfakcji przez uczestników programu polityki zdrowotnej;
- W przypadku programów wieloletnich powinno się przedstawić wyniki monitorowania z podziałem na poszczególne lata;
- Ustosunkowanie do efektów zdrowotnych uzyskanych i utrzymujących się po zakończeniu programu polityki zdrowotnej, również na podstawie wcześniej określonych mierników efektywności;
- Przedstawienie rezultatów możliwych do oceny w momencie składania raportu (krótko i długoterminowe);
- Przedstawienie poniesionych kosztów jednostkowych w przeliczeniu na pojedynczego uczestnika programu, tam gdzie każdemu oferowany był dokładnie ten sam zakres interwencji/usług;
- Przedstawienie kosztów w rozbiciu na poszczególne świadczenia oferowane w ramach programu, w przypadku programów złożonych zakładających wieloetapowość interwencji;
- Przedstawienie rzeczywistego poniesionego kosztu całkowitego programu polityki zdrowotnej – sumaryczne zestawienie wszystkich wydatków ze wskazaniem źródeł finansowania;
- W przypadku programów wieloletnich należy wskazać łączny koszt za cały okres realizacji z uwzględnieniem kosztów na poszczególne lata trwania programu;
- Opisanie trudności zweryfikowanych w trakcie realizacji programu polityki zdrowotnej oraz sposoby ich rozwiązania;
- Opisanie krytycznych aspektów, przez które planowane działania lub ich część nie mogły zostać zrealizowane.

Konsultacje przeprowadzone w sprawie opiniowanego projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie określenia wzoru programu polityki zdrowotnej oraz wzoru raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej z dnia 10.11.17r. przeprowadzane były jako wywiady bezpośrednie lub telefoniczne z przedstawicielami wybranych organizacji pacjenckich z całego kraju. Ich wyniki obrazują nam odczucia osób trzecich na omawiany projekt rozporządzenia. Rezultaty jakie zostały otrzymane ukazują, że projekt wprowadza zmiany bardzo korzystne. Na pytanie o to czy opiniowany projekt oraz regulacja na mocy, której wprowadzone zostaną jednolite wzory dokumentów dotyczące opracowywania programu polityki zdrowotnej, oraz raportu końcowego z realizacji programu polityki



Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój

ARS
VIVENDI



Unia Europejska



zdrowotnej, przyniosą pozytywne rezultaty, zdecydowana większość respondentów odpowiedziała twierdząco. Ta informacja odbierana jest pozytywnie ponieważ obrazuje, że projekt rozporządzenia został zaakceptowany przez opinie publiczną a zmiany, które wprowadza odbierane są na plus. W kwestii pytania o to czy ujednoczenie przepisów w sprawie tworzenia programów polityki zdrowotnej oraz raportów końcowych z realizacji programów polityki zdrowotnej pozytywnie wpłynie na ich sprawiedliwą ocenę, oraz zapewni umieszczenie w nich niezbędnej części merytorycznej, również przeważały odpowiedzi twierdzące. Jak wiadomo dotychczas programy polityki zdrowotnej opracowywane były w sposób zupełnie dowolny, a to powodowało sytuacje w której masa istotnych elementów była w nich pomijana. Regulacja zawarta w opiniowanym projekcie rozporządzenia ma pozwolić skutecznie zażegnać ten problem. W odpowiedzi na pytanie o to czy publikacja raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej w Biuletynie Informacji Publicznej przez Jednostkę samorządu terytorialnego lub właściwego ministra, pozwoli na skuteczne gromadzenie informacji w jednym miejscu, a to przełoży się w sposób pozytywny na późniejszą analizę działań z zakresu zdrowia publicznego na terenie kraju, również górowała odpowiedź „tak”. W zapytaniu, czy obligatoryjne punkty realizacji programu polityki zdrowotnej takie jak monitorowanie i ewaluacja, pozwolą na stałą, bieżącą i skuteczną poprawę prowadzonych działań, oraz czy sytuacja w której wnioskodawcy zobligowani będą do przedstawiania w oparciu o dowody, wszystkich interwencji realizowanych w ramach programów wpłynie na to, że środki finansowe przeznaczone na realizację tych świadczeń wykorzystywane będą w sposób efektywny, wszyscy pytani zgodzili się z tą tezą. Bardzo jednostronne wyniki badań ukazują pozytywny odbiór rozporządzenia, a co za tym idzie to fakt, że zawarte w nim regulacje wprowadzą szereg istotnych i ważnych zmian.

Podsumowując projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie określenia wzoru programu polityki zdrowotnej oraz wzoru raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej z dnia 10.11.17r. można stwierdzić, że wprowadza on bardzo pozytywne zmiany, a całość odbierana jest w sposób jak najbardziej pozytywny. Po szczegółowym opracowaniu oraz zapoznaniu się z treścią wzoru programu polityki zdrowotnej oraz wzoru raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej widać, że zostały one sporządzone w sposób bardzo szczegółowy i treściwy. Wprowadzenie w życie regulacji, która będzie nakazywać opracowywanie wyżej wymienionych dokumentów według przedstawionej formuły niewątpliwie przyniesie korzystne rezultaty i pozwoli na ich ujednoczenie. Zmiana ta zaowocuje również tym, że kryteria w sprawie treści dokumentów będą jasno określone, co przełoży się na ich lepsze i dokładniejsze sporządzanie. Wszystko to doprowadzić ma do sytuacji, w której wystawienie opinii negatywnych w sprawie projektów przedstawianych Agencji Oceny technologii Medycznych i Taryfikacji zostanie zmniejszone do minimum.

Opinię przygotował:

Mirosław Zieliński

Ekspert projektu



Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój

ARS
VIVENDI



Unia Europejska

