

Regionalne Programy Zdrowotne z perspektywy AOTMiT – aspekty prawne, proces opiniowania



Michał Sawicki

Kierownik Działu Programów Zdrowotnych, WOT
Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji

Spotkanie informacyjno-szkoleniowe dla przedstawicieli MZ w
zakresie projektowania, przygotowywania oraz wdrażania PPZ

Warszawa, 17.03.2017 r.



Aspekty prawne

Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r., poz. 1793 z późn. zm.):

- Art. 5, ust. 29a. **Program Polityki Zdrowotnej*** – zespół zaplanowanych i zamierzonych działań z zakresu opieki zdrowotnej ocenianych jako skuteczne, bezpieczne i uzasadnione, umożliwiającym osiągnięcie w określonym terminie założonych celów, polegającym na wykrywaniu i zrealizowaniu określonych potrzeb zdrowotnych oraz poprawy stanu zdrowia określonej grupy świadczeniobiorców, opracowany, wdrażany, realizowany i finansowany przez ministra albo jednostkę samorządu terytorialnego;

*Program zdrowotny? Regionalny Program Zdrowotny?

Aspekty prawne



Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (*Dz. U. z 2016 r., poz. 1793 z późn. zm.*) – art. 48:

- Ust. 3. Programy, o których mowa w ust. 1, dotyczą w szczególności: 1) ważnych zjawisk epidemiologicznych; 2) innych niż określone w pkt 1 istotnych problemów zdrowotnych dotyczących całej lub określonej grupy świadczeniobiorców przy istniejących możliwościach eliminowania bądź ograniczania tych problemów; 3) wdrożenia nowych procedur medycznych i przedsięwzięć profilaktycznych

Ale...

- (art. 5, ust 29a skuteczne i bezpieczne)
- nowe rozwiązania organizacyjne (pilotáže)

Podstawa oceny projektu wg Ustawy



Art. 48a ust. 3 Ustawy: Agencja sporządza opinię w sprawie projektu programu polityki zdrowotnej (...) na podstawie kryteriów, o których mowa w:

1) art. 31a ust. 1:

- 1) wpływ na poprawę zdrowia obywateli przy uwzględnieniu:
 - a) **priorytetów zdrowotnych** określonych w przepisach wydanych na podst. ust. 2 (Rozp. MZ z 21.08.2009 r. ws priorytetów zdrowotnych, Dz.U. 2009;137,poz.1126),
 - b) wskaźników zapadalności, chorobowości lub śmiertelności określonych na podstawie aktualnej wiedzy medycznej;
- 2) **skutki następstw choroby lub stanu zdrowia**, w szczególności prowadzące do: przedwczesnego zgonu, niezdolności do samodzielnej egzystencji (...), niezdolności do pracy (...), przewlekłego cierpienia lub przewlekłej choroby, obniżenia jakości życia;
- 3) **znaczenie dla zdrowia obywateli**, przy uwzględnieniu konieczności: ratowania życia i uzyskania pełnego wyzdrowienia, ratowania życia i uzyskania poprawy stanu zdrowia, zapobiegania przedwczesnemu zgonowi, poprawiania jakości życia bez istotnego wpływu na jego długość;
- 4) **skuteczność kliniczna i bezpieczeństwo (!!!)**;
- 5) stosunek uzyskiwanych korzyści zdrowotnych do ryzyka zdrowotnego;
- 6) stosunek kosztów do uzyskiwanych efektów zdrowotnych;
- 7) skutki finansowe dla systemu ochrony zdrowia, w tym dla podmiotów zobowiązanych do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych.

Aspekty prawne



Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (*Dz. U. z 2016 r., poz. 1793 z późn. zm.*) – art. 48b:

- Ust. 1. W przypadku programów polityki zdrowotnej wyboru realizatora tego programu dokonuje się w drodze konkursu ofert.
- Ust. 6. Do wyboru realizatorów programów, o których mowa w art. 48 ust. 1, nie stosuje się przepisów o zamówieniach publicznych.

UWAGA!!! W przypadku PPZ finansowanych ze środków EFS, wybór realizatora programu polityki zdrowotnej następuje z zastosowaniem przepisów rozdziału 13 ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014-2020

—

RPZ współfinansowane przez UE

Zgodnie z pismem MR DZF.VII.8510.56.2016.PSz.1 z dnia 4.06.2016 r:

Programy nie mogą zwiększać dostępności do świadczeń:

- (...) *Program musi wnosić wartość dodaną poprzez wprowadzenie nowych rozwiązań systemowych zwiększających skuteczność badań (...) W związku z powyższym Ministerstwo Rozwoju stoi na stanowisku, że wykorzystanie środków EFS wyłącznie do sfinansowania większej liczby świadczeń zdrowotnych umożliwiającego zwiększenie dostępności tych świadczeń nie jest możliwe i byłoby niezgodne z wytycznymi*, a także z dużym prawdopodobieństwem zostałyby zakwestionowane przez służby audytowe Komisji Europejskiej (...)*

*** „Wytyczne w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze zdrowia na lata 2014-2020” – podpisano 23.12.2015 r. przez MR**

RPZ współfinansowane przez UE

Zgodnie z pismem MR DZF.VII.8510.56.2016.PSz.1 z dnia 4.06.2016 r:

- (...) jeżeli program odzwierciedla dokładnie świadczenia jakie opisane są w poszczególnych rozporządzeniach dotyczących wykazu świadczeń gwarantowanych to nie wykracza poza te rozporządzenia i de facto je dubluje. W takim przypadku można mówić o programie, który zwiększa dostępność do określonych świadczeń. Taki program ponadto zastępowałby świadczenia opieki zdrowotnej, których finansowanie jest zagwarantowane ze środków publicznych (...)
- (...) jeżeli w programie proponowany **jest zestaw kilku świadczeń gwarantowanych** połączonych ze sobą w sposób logiczny, występujących w ściśle określonej kolejności, ich zastosowanie oraz celowość są dokładnie opisane przed realizacją oraz program skierowany jest do zdefiniowanej populacji docelowej, to wtedy niewątpliwie wykracza poza wykaz świadczeń gwarantowanych (...)

Perspektywa UE 2014-2020

Umowa Partnerstwa na lata 2014-2020

- Na podstawie UP podpisanej przez Komisję Europejską 23.05.2014 r. Polska otrzyma od UE **82,5 mld euro na realizację polityki spójności**
- Konsultacje trwały od 16.11.2012
- RM 8.01.2014 roku przyjęła dokument
- 10.01.2014 trafił do KE

6 Programów Krajowych, MR **51,3 mld Euro**

- Program Infrastruktura i Środowisko 2014-2020
- Program Inteligentny Rozwój
- **Program Wiedza Edukacja Rozwój (PO WER - 4,4 mld Euro – 15 ogólnokrajowych programów: m. in nowotwory głowy i szyi, POChP, RZS, chorób naczyń mózgowych, zaburzeń depresyjnych)**
- Program Polska Cyfrowa
- Program Polska Wschodnia
- Program Pomoc Techniczna

16 Regionalnych Programów Operacyjnych, woj. **31,2 mld Euro**

- W ramach RPO zostały wyodrębnione m.in. **Regionalne Programy Zdrowotne (ok. 80)**

Proces wydawania opinii przez Agencję



Opinia AOTMiT o PPZ

DPZ

Ocena
analityczna

RP
Prezes

Ocena
wartościująca

1. Zespół analityków przygotowuje dane stanowiące podstawę wydania opinii. Podstawową zasadą oceny technologii medycznych jest zebranie wszystkich dostępnych informacji. Tworzony jest **Raport**.

2. Programy o zbliżonym problemie zdrowotnym oceniane są grupowo (**Aneks**)

3. Raport przedstawiany jest na posiedzeniu Rady Przejrzystości; Rada zapoznaje się także z opiniami wezwanych ekspertów. Rada formułuje swoją opinię.

4. W oparciu o opinię Rady Prezes wydaje **opinię Agencji** i przekazuje ją Samorządowi lub Ministrowi

NICE - National Institute for Clinical Excellence

Anglia i Walia



- Opiniowanie działań w zakresie zdrowia publicznego
- NICE wydaje swoje opinie w postaci wytycznych dotyczących określonego problemu zdrowotnego
- Każdy może zgłosić problem zdrowotny wymagający wydania wytycznych
- Zgłoszenia są oceniane na podstawie kryteriów:
 - znaczenie choroby dla społeczeństwa
 - wpływ choroby na koszty systemu opieki zdrowotnej i koszty społeczne
 - zgodność z rządowymi priorytetami zdrowotnymi
 - potrzeba ujednoczenia praktyki klinicznej w różnych regionach
 - pilność w stosunku do innych ocenianych problemów zdrowotnych
- Proces wydawania wytycznych może trwać 2-3 lata (NICE: >500 osób vs. DPZ: 7)
- Dokument poddawany jest konsultacjom społecznym na stronie internetowej; w trakcie oceny NICE kieruje też pytania do podmiotów, które zgłosiły swoją chęć uczestniczenia w ocenie (interesariusze)
- Gotowe wytyczne są udostępniane na stronie internetowej NICE i w razie potrzeby modyfikowane co kilka lat

EBPH vs EBM: podejście indywidualne czy populacyjne?

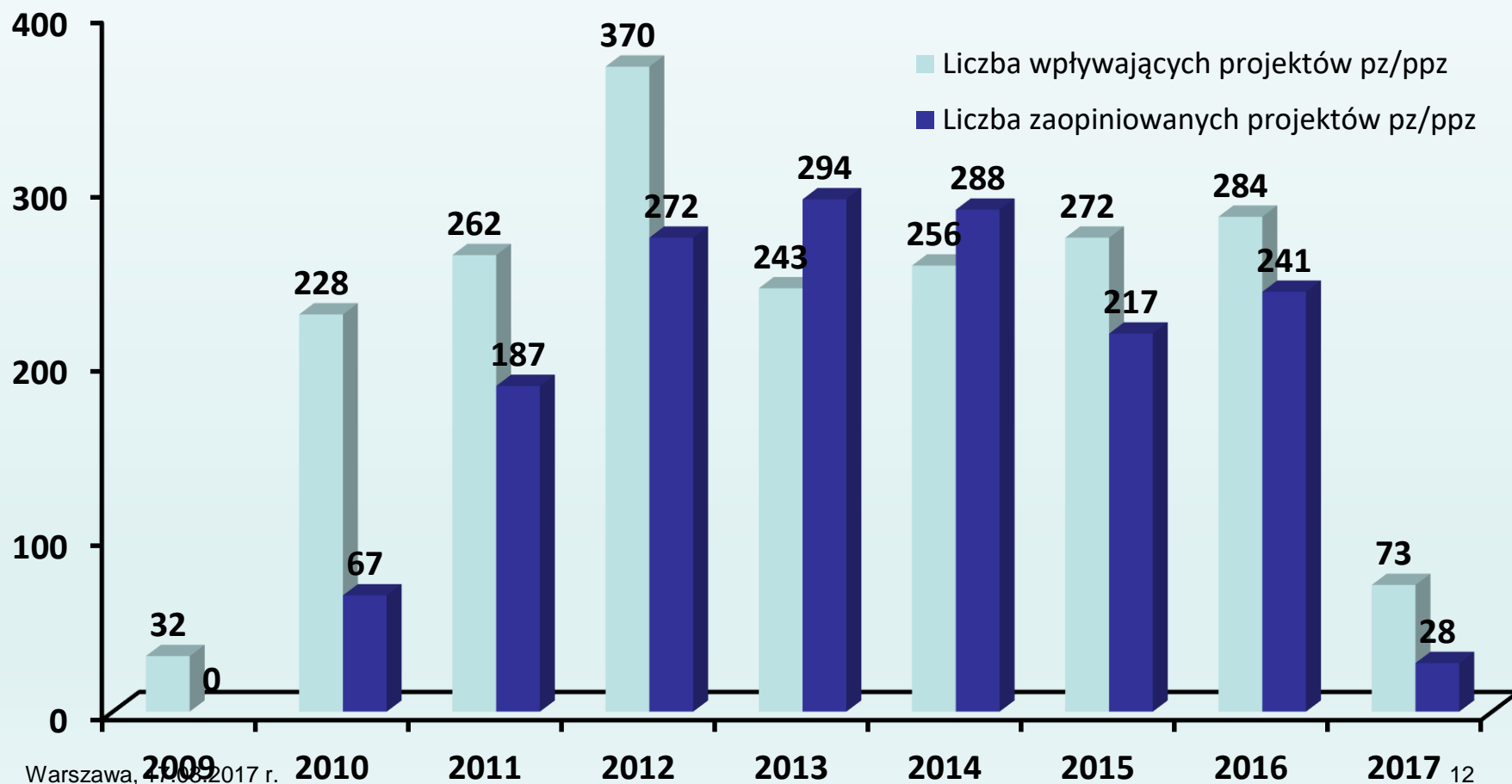
	EBPH	EBM
Podejście	populacyjne	indywidualne
Nacisk	<ul style="list-style-type: none"> • prewencja (profilaktyka) • promocja zdrowia • całe społeczności (lokalne) 	<ul style="list-style-type: none"> • diagnozowanie • leczenie • pojedynczy pacjent
Zakres interwencji	zachowania zdrowotne, nawyki żywieniowe, aktywność fizyczna, czynniki środowiskowe, opieka medyczna	opieka medyczna

Zaadaptowano z: Fineberg, Harvey, MD, PhD, Dean, Harvard University School of Public Health, 1990. Traditional Distinctions Between Public Health and Medicine. Table 5-1, Who Will Keep the Public Healthy? Educating Public Health Professionals for the 21st Century. Institute of Medicine, 2003. / Phpartners.org

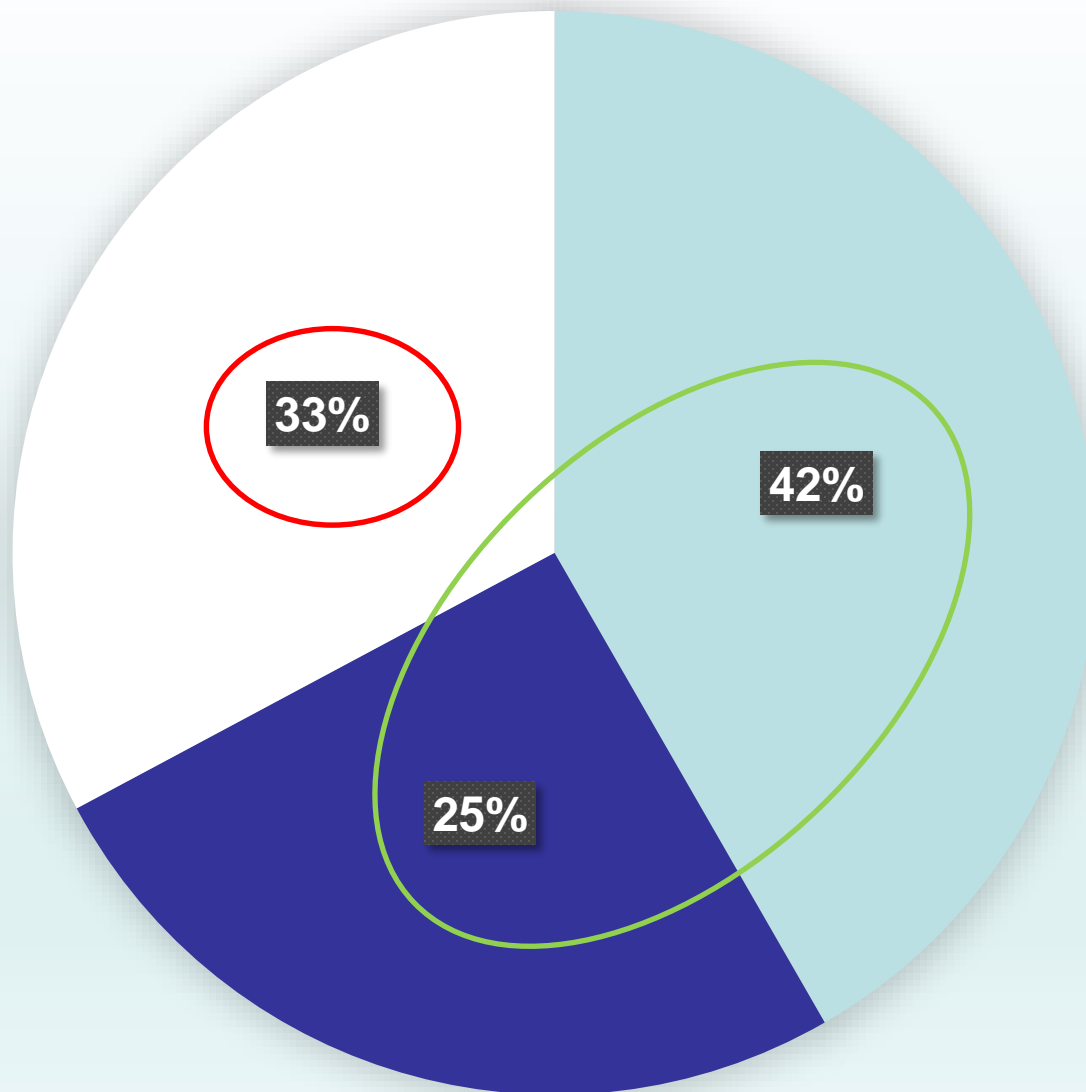
Stan wykonania zadania AOTMiT z zakresu opiniowania projektów PZ/PPZ



Liczba projektów PZ/PPZ wpływających do AOTM/AOTMiT i zaopiniowanych w latach 2009-2017



Opinie AOTMiT 2010 - 2017



- Pozytywne
- Warunkowo-Pozytywne
- Negatywne

RPZ współfinansowane przez UE

Do dnia 16.03.2017 wpłynęło 43 RPZ:

- 28 opinii pozytywnych lub warunkowo pozytywnych*
- 5 opinii negatywnych*
- 2 zakończone bez konieczności opiniowania
- 2 zaplanowane na posiedzenie 20.03
- 6 RPZ oczekuje na zaopiniowanie

85%

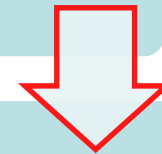
[*http://www.aotm.gov.pl/www/programy-polityki-zdrowotnej/opinie-o-programach-polityki-zdrowotnej/](http://www.aotm.gov.pl/www/programy-polityki-zdrowotnej/opinie-o-programach-polityki-zdrowotnej/)

Planowanie programu

Analiza potrzeb zdrowotnych w rejonie



Określenie problemu zdrowotnego wpływającego na niezadowalający stan zdrowia ludności



Określenie interwencji mogących przynieść największe efekty zdrowotne



Określenie populacji docelowej do której skierowane zostaną działania programowe

Najczęstsze błędy vs. oczekiwania AOTMiT:



Opis problemu zdrowotnego:

- (...) świat, w którym żyjemy nieustannie się zmienia, a lista wyzwań cywilizacyjnych i społecznych jest coraz dłuższa. Ludzi dręczą alergie i nowotwory, czyli nieprawidłowy i nadmierny rozrost tkanki ustrojowej, który trwa mimo ustąpienia czynnika, który go wywołał, a co więcej nie reaguje na naturalne mechanizmy regulacyjne organizmu. Na każdym kroku człowiek narażony jest na choroby o podłożu psychicznym. Należy tu wymienić nerwice, depresje, stres, schizofrenie, czy różnego rodzaju manie (...)
- (...) niby mówi się o nie uprawianiu seksu bez zabezpieczenia, o robieniu cyklicznych badań, czy wierności w związku, ale młodzież nie często stosuje się, do tak ważnych przecież, zaleceń (...)

- krótko i zwięźle opisać dane jednostki chorobowe
- opisanie sytuacji lokalnej i uzasadnienie z jakich powodów samorząd chce ukierunkować swoje działania na wskazany problem zdrowotny
- opisać przy tym należy znaczenie dla zdrowia społeczności lokalnej biorąc pod uwagę specyfikę regionu oraz inne istotne aspekty, które miały wpływ na wybór problematyki PPZ

Najczęstsze błędy vs. oczekiwania AOTMiT:



Opis epidemiologii:

- Brak powiązania przyczynowo - skutkowego z tematyką programu (np. program dotyczy nowotworów piersi, a dane epidemiologiczne dot. RSzM)
 - Wskazywanie danych nie odnoszących się do populacji docelowej
 - „Warto podkreślić, że w Polsce częstość występowania IChP, a także pneumokokowych zapaleń opon mózgowo-rdzeniowych u dzieci, maleje wraz z wiekiem i **jest najwyższa w okresie od 0-23 m.ż.** Zastosowanie szczepień przeciw zakażeniom pneumokokowym przyczyniać się może do 65% redukcji hospitalizacji u dzieci w pierwszym roku życia, w porównaniu z 23% redukcją u dzieci w wieku od 2 do 4 r.ż., z powodu pneumokokowego zapalenia płuc” (PPZ skierowany do 5 latków)
- przedstawienie danych epidemiologicznych, które uzasadniają potrzebę wdrożenia PPZ
 - dane powinny odnosić się bezpośrednio do populacji objętej programem oraz do działań programowych

„Praktyczne wskazówki dotyczące planowania, wdrażania oraz realizacji programów polityki zdrowotnej”

Najczęstsze błędy vs. oczekiwania AOTMiT:



Określenie celów:

- *głównym celem programu jest **realizacja** przedmiotowego programu*
- *celem założonym przez podmiot realizujący niniejszy program jest współdziałanie z szeroko pojętym krajowym środowiskiem paliatywno-hospicyjnym*

Określenie mierników efektywności:

- *wzrost świadomości, spadek umieralności*
- cel powinien być zgodny z koncepcją SMART (S - Specific, M - Measurable, A - Achievable, R - Relevant, T - Time-bound)
- osiągnięcie postawionego celu stanowi potwierdzenie skuteczności zaplanowanych i podejmowanych działań
- w trakcie definiowania celów niezbędne jest określenie konkretnych wartości, które będzie można zmierzyć po zakończeniu programu (+ wyjaśnienie przyjętych założeń)
- mierniki efektywności - to wskaźniki, które umożliwiają obiektywną i precyzyjną ocenę stopnia realizacji celów. Powinny dotyczyć rezultatów (a nie podjętych wysiłków), muszą być obserwowalne i obiektywne, zaś dane do pomiaru łatwo dostępne

„Praktyczne wskazówki dotyczące planowania, wdrażania oraz realizacji programów polityki zdrowotnej”

Najczęstsze błędy vs. oczekiwania AOTMiT:



Populacja docelowa:

- „Mieszkańcy Gminy X w każdym wieku, ze szczególnym uwzględnieniem osób w wieku 35 lat i więcej, ponieważ właśnie w tej grupie wiekowej rozpoczyna się poważna zachorowalność na choroby układu krążenia, która wzrasta wraz z wiekiem. Dlatego też tak istotne jest podjęcie odpowiednich działań profilaktycznych”
- „Program, o którym mowa, jest skierowany do potencjalnych chorych zamieszkujących na terenie Gminy Y, a więc rekrutujących się spośród 60-ciu tysięcy jej mieszkańców”
- „Do programu szczepień p/ HPV zostaną zaproszone 4 dziewczynki w wieku 10-13 lat” (wg GUS – 1237...)

- dokładna charakterystyka populacji docelowej, liczebność populacji docelowej
- kryteria włączenia do programu – zdefiniowane przed wdrożeniem PPZ
- efekt populacyjny

Najczęstsze błędy vs. oczekiwania AOTMiT:



Interwencja:

- „Program będzie na bieżąco monitorowany, a **interwencja** urzędnika będzie miała miejsce w razie potrzeby”
- zastosowanie nieadekwatnej (niezgodnej z wytycznymi klinicznymi) interwencji biorąc pod uwagę wiek populacji docelowej (np. mammografia dla kobiet 30-35 w ramach **badań przesiewowych**)

MAMMOGRAFIA

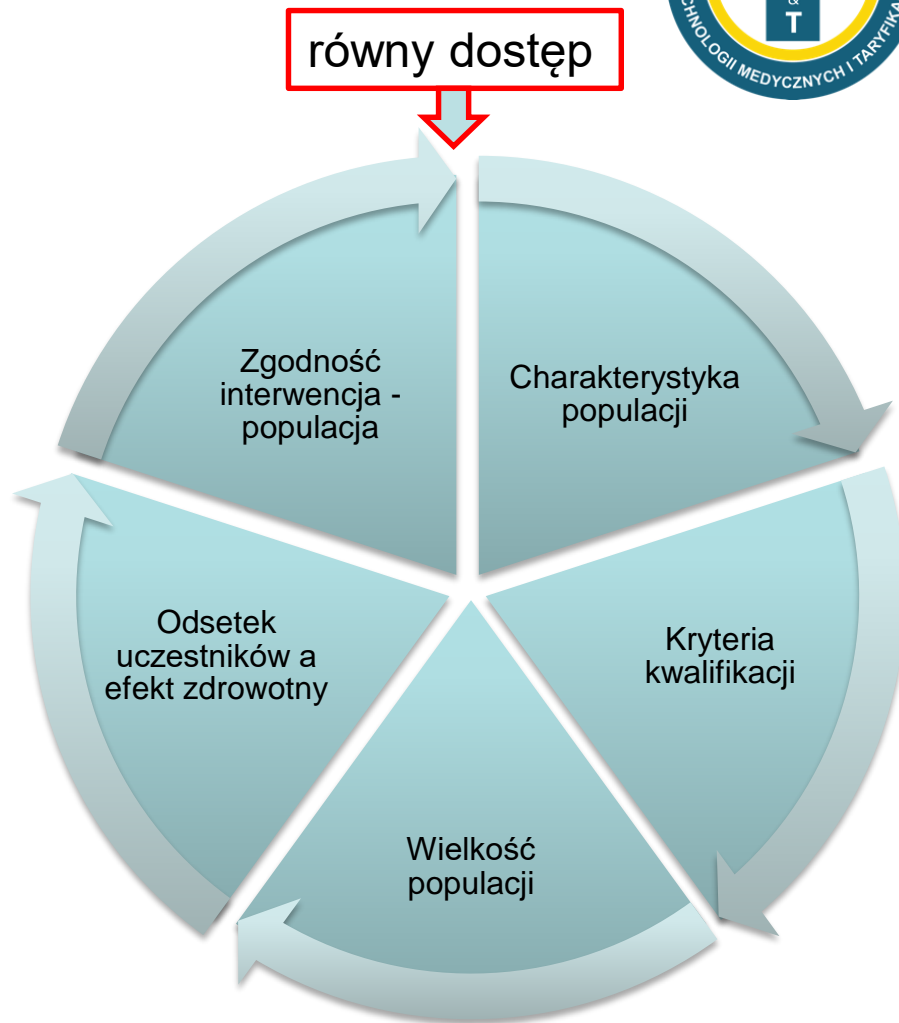
wiek	50 – 69	25 - 40
interwał czasowy	co 2 lata	co rok
inna interwencja	USG	

- interwencje muszą być działaniami o udowodnionej skuteczności i bezpieczeństwie
- zaplanowane działania muszą odpowiadać celom programu
- zaleca się przedstawienie dowodów naukowych i/lub rekomendacji, wytycznych, opinii ekspertów, wskazujących na zasadność prowadzenia danych działań w określonej populacji.

Populacja docelowa i interwencja



równy dostęp



- charakterystyka populacji docelowej zawierająca szczegółowe informacje na temat potencjalnego uczestnika programu (*m.in. wiek, płeć, przynależność do grupy ryzyka*)

- kryteria kwalifikacji do programu stanowiące narzędzie umożliwiające określenie populacji docelowej

- wielkość populacji docelowej a liczba uczestników zaproszona do programu

- wielkość populacji a efekt zdrowotny (*im większy odsetek uczestników tym większy efekt populacyjny*)

- zgodność z zaplanowanymi interwencjami (rekomendowane interwencje w populacji)

- **Działania informacyjne!**

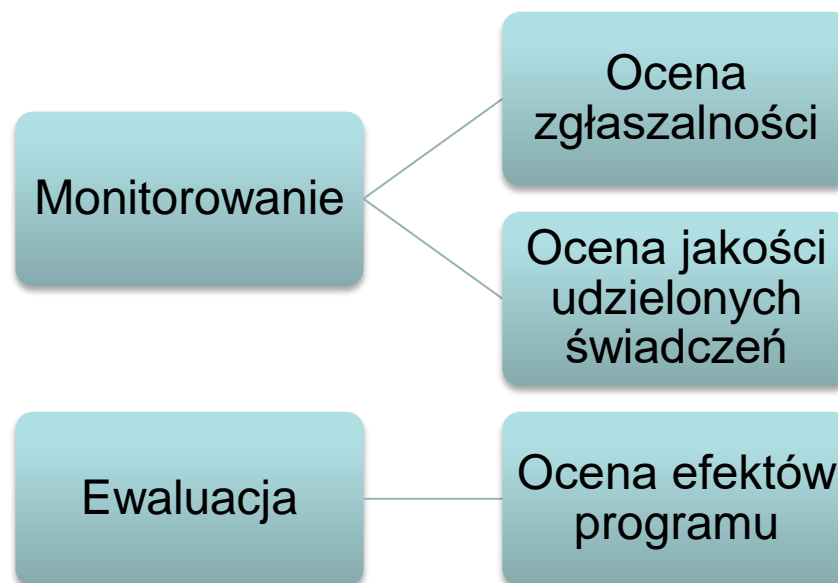
„Praktyczne wskazówki dotyczące planowania, wdrażania oraz realizacji programów polityki zdrowotnej”

Monitorowanie i ewaluacja



Monitorowanie jest procesem zbierania danych o realizacji PPZ i służy kontrolowaniu ich przebiegu i postępów. Proces ten uzasadnia modyfikacje, które wspierają realizację celów programu. Jest procesem przeprowadzanych w trakcie trwania programu.

Ewaluacja natomiast jest analizą danych z PPZ, realizowaną w celu oceny efektów prowadzonych działań. Jest procesem rozpoczynającym się po zakończeniu działań programowych i wykracza poza okres realizacji PPZ.



Najczęstsze błędy vs. oczekiwania AOTMiT:



Budżet:

- brak budżetu
- pojawienie się/brak w budżecie pozycji, których nie przywidywały działania programu
- zawyżenie/zaniżenie kosztów poszczególnych badań
- brak rozpisania poszczególnych kosztów bez szczegółowego wyjaśnienia (np. działania organizacyjne – 50% wartości RPZ)

- model populacyjny, tzn. opierający się na kosztach jednostkowych, które następnie mnożone są przez liczebność populacji docelowej
- oparciu o koszty jednostkowe poszczególnych świadczeń
- powinien uwzględniać wszystkie koszty poszczególnych składowych (tj. koszty interwencji, wynagrodzeń, wynajmu pomieszczeń, działań edukacyjnych, promocji i informacji itp.)

„Praktyczne wskazówki dotyczące planowania, wdrażania oraz realizacji programów polityki zdrowotnej”



Rodzaj kosztu	Liczba	Jedn.	Cena	Wartość
Koszty wizyt profilaktycznych				
Koszt lekarskiego badania profilaktycznego, w zakładzie pracy	102 000	badanie	25 zł	2 550 000 zł
Koszt obsługi pielęgniarskiej, w tym wykonanie badania krwi, pomiar ciśnienia, wzrostu i wagi pacjenta, w zakładzie pracy	102 000	badanie	10 zł	1 020 000 zł
Koszt edukacji zdrowotnej	72 000	porada	15 zł	1 080 000 zł
Działania informacyjno-edukacyjne				
Opracowanie merytoryczne i graficzne plakatu i ulotki	1	komplet	1000	1000
Wydruk plakatów	500	szt.	5 zł	2 500 zł
Wydruk ulotek	75 365	szt.	0,10 zł	7 537 zł
Artykuły prasowe	4	szt.	1 000 zł	4 000 zł
Audycje lub kampania edukacyjna w lokalnej TV	4	szt.	4 000 zł	16 000 zł
Audycje w lokalnych stacjach radiowych	8	szt.	1 500 zł	12 000 zł
Strona internetowa dotycząca profilaktyki chorób cywilizacyjnych i jej utrzymanie	3	lata	1000	3000
Opracowanie merytoryczne materiałów edukacyjnych dla pracujących	1	szt.	2000	2000
Wydruk	75 365	egz.	2,50 zł	188 412,50 zł
Opracowanie graficzne materiałów edukacyjnych	1	szt.	1000	1 000,00 zł
Działania szkoleniowe				
Opracowanie materiałów szkoleniowych	2	komplet	5 000 zł	10 000 zł
Szkolenia doskonalące dla lekarzy i edukatorów zdrowotnych	5	szkolenie	7300	36 500 zł
Szkolenia doskonalące dla pielęgniarek i edukatorów zdrowotnych	3	szkolenie	5800	17 400 zł
Szkolenia wprowadzające dla pracowników PIS, PIP, BHP	3	szkolenie	4000	12 000 zł
Szkolenia wprowadzające dla pracodawców lub osób zarządzających	12	szkolenie	4600	55 200 zł



Szkolenia dla edukatorów zdrowotnych	2	szkolenie	2700	5 400 zł
Koszt zakupu sprzętu i aparatury medycznej				
Przenośny profesjonalny analizator biochemiczny do wykonywania panelu badań kardiologicznych wraz z drukarką	10	szt.	4800	48 000 zł
Ciśnieniomierz automatyczny z mankietem naramiennym	10	szt.	200 zł	2 000 zł
Wzrostomierz zintegrowany z wagą, mobilny	10	szt.	2000	20 000 zł
Zakup komputerów przenośnych z systemem operacyjnym i pakietem biurowym	30	szt.	2500	75 000 zł
Zakup drukarek monochromatycznych	10	szt.	700	7 000 zł
Koszty materiałów diagnostycznych i pomocniczych				
Koszt biochemicznych testów diagnostycznych o profilu kardiologicznym	72 000	szt.	14 zł	1 008 000 zł
Koszt materiałów ochronnych, odkażających i opatrunków	72 000	szt.	0,50 zł	36 000 zł
Koszt etykiet samoprzylepnych do drukarki analizatora biochemicznego	72 000	szt.	0,25 zł	18 000 zł
Koszty opracowania narzędzi				
Opracowanie aplikacji na urządzenia mobilne	1	komplet	30 000 zł	30 000 zł
Koszt utrzymania aplikacji przez okres 4 lat	1	komplet	30000	30 000 zł
Opracowanie ostatecznej formy narzędzi przesiewowych w projekcie w formie programu/aplikacji	1	komplet	20 000 zł	20 000 zł
Koszt biura realizatora				
Poziom I (projekt szkoleniowy)	1	komplet	20 000 zł	20 000 zł
Poziom II (projekt oceny ryzyka zdrowotnego)	1	komplet	30 000 zł	30 000 zł
Poziom III (projekt zindywidualizowanych działań interwencyjnych)	1	komplet	30 000 zł	30 000 zł
Koszt dodatkowych porad edukacyjnych				
Koszt dodatkowych porad dla osób, u których stwierdzono jedno z trzech ryzyk	24786	porada	15	371790
Koszt dodatkowych porad dla osób, których stwierdzono więcej niż jedno ryzyko	68646	porada	20	1372920
Pozostałe koszty				
Koszty ewaluacji	4	szt.	12 500 zł	50 000 zł
Rezerwa	1	komplet		7 341 zł
Ogółem:			8200000	8 192 659,00 zł

Koszt na 1 osobę biorącą udział w Programie wynosi ok. 451,06 zł.

w tym koszty świadczeń:



koszt świadczeń u ok. 74% osób:	– 2 konsultacje z lekarzem POZ – badania diagnostyczne	ok. 126 zł/osobę
koszt świadczeń u ok. 26% osób:	– konsultacje z lekarzem POZ – badania diagnostyczne pierwszorazowe i powtórne – USG układu moczowego (wg wskazań) – konsultacja nefrologiczna – cykl 3 dwugodzinnych warsztatów edukacyjnych – konsultacja dietetyczna	ok. 702 zł/osobę

oraz pozostałe koszty: m.in. koszty prowadzenia akcji informacyjno-promocyjnej, przeszkolenia lekarzy. Ponadto zgodnie z krajowymi „Wytycznymi w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze zdrowia na lata 2014-2020” w ramach przedmiotowego obszaru interwencji finansowane mogą być także wydatki m.in.:

- ✓ zapewnienie dojazdu niezbędnego dla realizacji usługi zdrowotnej dla danej osoby z miejsca zamieszkania do miejsca realizacji usługi zdrowotnej i z powrotem,

- ✓ zapewnienie opieki nad osobą niesamodzielną, którą opiekuje się osoba korzystająca z usługi zdrowotnej w ramach projektu w czasie korzystania ze wsparcia,
- ✓ działania informacyjno-edukacyjne, dotyczące tematyki programu zdrowotnego, w tym edukacja prozdrowotna, skierowane do odbiorców programu zdrowotnego, prowadzone wyłącznie przez absolwentów kierunków medycznych oraz absolwentów kierunku zdrowie publiczne,
- ✓ działania informacyjno-szkoleniowe, związane z wdrażaniem programu zdrowotnego, skierowane do lekarzy i pielęgniarek POZ prowadzone wyłącznie przez absolwentów kierunków medycznych oraz absolwentów kierunku zdrowie publiczne,
- ✓ monitoring jakości i celowości podejmowanych działań

W projektach współfinansowanych ze środków EFS, zgodnie z krajowymi „Wytycznymi w zakresie kwalifikowalności wydatków w ramach Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Funduszu Spójności na lata 2014-2020” możliwe jest też finansowanie kosztów pośrednich.

2. Planowane koszty całkowite

Przewidywany łączny koszt realizacji Programu to ok. 2 255 300 złotych (całkowita wartość projektów), w tym 1 917 000 PLN stanowi współfinansowanie ze środków EFS⁶.

Elementy składowe PPZ:



1. **Strona tytułowa** (*nazwa programu, okres realizacji programu, autorzy programu*)
2. **Opis problemu zdrowotnego** (*problem zdrowotny, epidemiologia, obecne postępowanie*)
3. **Cele programu i mierniki efektywności** (*cel główny, cele szczegółowe, mierniki efektywności*)
4. **Charakterystyka populacji docelowej oraz interwencji** (*charakterystyka populacji docelowej, kryteria kwalifikacji, planowane interwencje, sposób udzielania świadczeń*)
5. **Organizacja programu** (***części składowe, etapy i działania organizacyjne***, *sposób wyboru realizatora, kompetencje/warunki niezbędne do realizacji programu, tryb zapraszania do programu, spójność merytoryczna i organizacyjna – art. 48 ust. 4*)
6. **Monitorowanie i ewaluacja** (*ocena zgłaszalności, ocena jakości, ocena efektywności – po PPZ*)
7. **Koszty** (*koszty jednostkowe, planowane koszty całkowite, źródła finansowania, partnerstwo*)

AOTMiT - sugestie:



Przykładowa tematyka:

1. Programy ukierunkowane na nadwagę i otyłość (*w szczególności dzieci*)
2. Programy ukierunkowane na profilaktykę próchnicy (*dzieci*)
3. Programy realizowane w warunkach szkolnych
4. Programy szczepionkowe zgodne z PSO (*niefinansowane, zalecane*)
5. Programy edukacyjne (*m. in. zgłaszalność do programów populacyjnych, zwiększenie wiedzy na temat systemu, choroby zakaźne, „szkoły rodzenia”, „pierwsza pomoc”*)
6. Programy aktywizujące osoby starsze (*nie tylko rehabilitacja!*)
7. Programy ukierunkowane na zwiększenie aktywności fizycznej

Aspekty prawne:

1. Art. 9a i 9b Ustawy – zakup świadczeń gwarantowanych w OW NFZ
2. Art. 48c i 48d Ustawy – dofinansowanie PPZ przez NFZ lub inne jst

Jakie informacje można odnaleźć na stronie internetowej AOTMiT www.aotmit.gov.pl



- Wytyczne AOTMiT w zakresie przygotowywania efektywnych samorządowych programów polityki zdrowotnej w zakładce Samorządowe programy polityki zdrowotnej:
 - Najczęstsze pytania (interpretacje prawne DP Min. Zdrowia)
 - Zalecenia dotyczące pożądanych cech PPZ (*oparte na metodologii przyjętej na świecie*)
 - Opinie wydane przez Prezesa AOTMiT
 - Zalecany Schemat PPZ – przedstawia podstawowe informacje przydatne przy projektowaniu programu polityki zdrowotnej
 - Opracowanie: „**Praktyczne wskazówki dotyczące planowania, wdrażania oraz realizacji PPZ**”



Dziękuję za uwagę

Michał Sawicki

www.aotmit.gov.pl

zakładka „Samorządowe programy polityki zdrowotnej”