



JAK REALIZOWAĆ SKUTECZNE PROGRAMY POLITYKI ZDROWOTNEJ?

PRAKTYCZNE WSKAZÓWKI DLA SAMORZĄDÓW

Publikacja powstała w ramach projektu edukacyjnego Zdrowie Człowiek Profilaktyka. Inicjatywa ma na celu pokazanie dobrych praktyk oraz korzyści – ekonomicznych i zdrowotnych – wynikających z ochrony zdrowia i realizacji projektów profilaktycznych w środowiskach lokalnych.

Materiał w wersji elektronicznej oraz więcej informacji na temat projektu edukacyjnego dostępne są na stronie www.zdrowieczlowiekprofilaktyka.pl

Autor:

Anna Dusza-Ciechanowska, ekspert samorządowy, Kierownik Referatu Promocji Zdrowia i Profilaktyki Wydziału Edukacji, Kultury i Sportu Urzędu Miasta Kielce

Partner merytoryczny:

Fundacja Aby Życ



Materiał powstał dzięki finansowaniu Pfizer Polska Sp. z o.o.



Copyright © Wszelkie prawa zastrzeżone

Publikacja objęta jest prawem autorskim. Kopiowanie, przedruk całości bądź części publikacji bez pisemnej zgody wydawcy są zabronione.

Wydanie pierwsze
Warszawa 2020

PP-PFE-POL-0128

Szanowni Państwo,

oddajemy w Państwa ręce poradnik „Jak zrealizować skuteczne Programy Polityki Zdrowotnej?”, przygotowany w ramach projektu edukacyjnego Zdrowie Człowiek Profilaktyka, mając nadzieję, że będzie on doskonałym przewodnikiem przy planowaniu i realizacji licznych i potrzebnych inicjatyw prozdrowotnych. Dzięki efektywnym programom polityki zdrowotnej mogą mieć Państwo realny wpływ na poprawę i ochronę zdrowia lokalnej społeczności. Właściwe zaplanowanie programów jest wyrazem odpowiedzialności oraz przekłada się na liczne korzyści społeczne, zdrowotne, wizerunkowe i epidemiologiczne, przyczyniając się jednocześnie do zmniejszenia nierówności społecznych w obszarze zdrowia, nie tylko w regionie, ale w całej Polsce.

Przy opracowywaniu niniejszego poradnika przyświecał nam cel, aby zachęcić Państwa do podejmowania, ale i kontynuowania już rozpoczętych inicjatyw własnych dotyczących ochrony zdrowia publicznego. Potrzeby z tym związane wciąż są duże, a panująca pandemia choroby COVID-19, spowodowana wirusem SARS-CoV-2, dobitnie pokazała, jak wielkim zagrożeniem nadal pozostają dla nas choroby zakaźne i jak ciężko z nimi walczyć, jeśli brakuje skutecznych metod chociażby w postaci szczepień. Na szczęście istnieje szereg chorób zakaźnych, przed którymi możemy się zabezpieczyć, a dotychczas realizowane regionalne inicjatywy zdrowotne udowodniły zasadność i skuteczność podjętych interwencji.

W niniejszym opracowaniu podpowiadamy więc, jak właściwie zaplanować, przygotować i realizować skuteczne programy (np. programy szczepionkowe). Kluczem do sukcesu jest prawidłowo przeprowadzona analiza potrzeb zdrowotnych na obszarze działania danego samorządu. Następnie trzeba obrać odpowiednie cele i działania oraz opracować adekwatne mierniki ich realizacji. Musimy też prawidłowo oszacować populację mieszkańców danego regionu i odbiorców programu, a w kolejnym kroku zbudować budżet, w taki sposób, aby później optymalnie i efektywnie wydatkować przeznaczone na realizację programu środki. Dodatkowo zawarliśmy w nim praktyczne wskazówki, m.in. gdzie szukać informacji, przytoczyliśmy przykłady dobrych praktyk, a także opisaliśmy najczęściej pojawiające się problemy i możliwe sposoby ich rozwiązania.

Serdecznie zachęcamy Państwa do lektury poradnika i realizacji skutecznych programów polityki zdrowotnej.

Anna Dusza-Ciechanowska

ekspert samorządowy, Kierownik Referatu Promocji Zdrowia i Profilaktyki
Wydziału Edukacji, Kultury i Sportu Urzędu Miasta Kielce
we współpracy z partnerami merytorycznymi projektu Zdrowie Człowiek Profilaktyka

Spis treści

1. Podstawowe definicje	5
2. Działania samorządów w zakresie zdrowia	8
Obowiązki prawne na poszczególnych szczeblach samorządu	8
Obszary działań w zakresie zdrowia	9
Jakie działania podejmować na poziomie JST	10
3. Analiza zasobów na poziomie JST	11
Od czego zacząć	11
Planowanie działań i zasobów w perspektywie wieloletniej – o czym warto pamiętać	12
Programy polityki zdrowotnej JST	12
4. Jak budować cele i działania	14
5. Skąd brać aktualne dane zdrowotne	15
6. Szacowanie populacji i odbiorców programu	16
7. Budowanie budżetu programu	18
Wskazówki	18
Etapy planowania budżetu	18
8. Badanie ewaluacyjne	19
9. Konkurs ofert	21
10. Wpisanie programu w schemat AOTMiT	22
11. Programy polityki zdrowotnej w praktyce oraz najczęstsze problemy i możliwe rozwiązania	25
12. Wybrane przykłady dobrych praktyk w zakresie PPZ w JST	25
13. Czego nie robić w JST i dlaczego	30
14. Najczęściej zadawane pytania i odpowiedzi	31

1. Podstawowe definicje

Zdrowie publiczne

Zdrowie publiczne to zorganizowany wysiłek społeczny, realizowany głównie przez wspólne działania instytucji publicznych, mający na celu polepszenie, promocję, ochronę i przywracanie zdrowia ludności. Obejmuje m.in. analizę sytuacji zdrowotnej, nadzór zdrowotny, promocję zdrowia, zapobieganie i zwalczanie chorób zakaźnych, ochronę środowiska, działania przygotowawcze na wypadek katastrof i nagłych sytuacji zdrowotnych oraz medycynę pracy.

Polityka zdrowotna

Polityka zdrowotna to dział polityki społecznej, który według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) „odnosi się do decyzji, planów i działań, które podejmowane są w celu osiągnięcia konkretnych celów opieki zdrowotnej w społeczeństwie (...). Określa wizję przyszłości, która z kolei pomaga ustalić cele i punkty odniesienia w perspektywie krótkoterminowej i średnioterminowej”.

Źródło: Health Policy, WHO

Narodowy Program Zdrowia

Narodowy Program Zdrowia (NPZ) jest dokumentem strategicznym dla zdrowia publicznego, a więc podstawą działań w tym zakresie. Cele NPZ to przede wszystkim:

- ✔ wydłużenie życia Polaków,
- ✔ poprawa jakości ich życia, związanej ze zdrowiem,
- ✔ ograniczanie społecznych nierówności w zdrowiu.

Cele te są realizowane poprzez 6 celów operacyjnych:

1. Poprawa sposobu żywienia, stanu odżywienia oraz aktywności fizycznej społeczeństwa.
2. Profilaktyka i rozwiązywanie problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych, uzależnieniami behawioralnymi i innymi zachowaniami ryzykownymi.
3. Profilaktyka problemów zdrowia psychicznego i poprawa dobrostanu psychicznego społeczeństwa.
4. Ograniczenie ryzyka zdrowotnego, wynikającego z zagrożeń fizycznych, chemicznych i biologicznych w środowisku zewnętrznym, miejscu pracy, zamieszkania, rekreacji oraz nauki.
5. Promocja zdrowego i aktywnego starzenia się.
6. Poprawa zdrowia prokreacyjnego.

Źródło: www.mz.gov.pl

Mapy Potrzeb Zdrowotnych

Mapy potrzeb zdrowotnych (MPZ) stanowią podstawę dla określenia priorytetów polityki zdrowotnej na poziomie regionalnym. Obowiązek tworzenia map wynika z ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Mapowanie potrzeb zdrowotnych jest odpowiedzią na potrzebę racjonalnego gospodarowania zasobami systemu ochrony zdrowia, realizującego model zarządzania opartego na danych. Istnieje 16 map potrzeb zdrowotnych (osobna dla każdego województwa) oraz mapy szpitalne, onkologiczne, kardiologiczne, dla 30 grup chorób.

Źródło: www.mapypotrzebzdrowotnych.mz.gov.pl

Priorytety dla Regionalnej Polityki Zdrowotnej

Priorytety dla Regionalnej Polityki Zdrowotnej są odrębne dla każdego z województw w Polsce. Określone są przez wojewodę we współpracy z Wojewódzką Radą do spraw Potrzeb Zdrowotnych, na podstawie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Dokumenty te są podane do publicznej wiadomości i można je znaleźć na stronach urzędów wojewódzkich, właściwych dla danego województwa.

Programy Polityki Zdrowotnej

Programy polityki zdrowotnej (PPZ) to zespół zaplanowanych i zamierzonych działań z zakresu opieki zdrowotnej, ocenianych jako skuteczne, bezpieczne i uzasadnione, umożliwiających osiągnięcie w określonym terminie założonych celów, polegających na wykrywaniu i zrealizowaniu określonych potrzeb zdrowotnych oraz poprawie stanu zdrowia określonej grupy świadczeniobiorców.

Programy polityki zdrowotnej dotyczą:

- ✔ ważnych zjawisk epidemiologicznych,
- ✔ ważnych problemów zdrowotnych (innych niż epidemiologiczne) dotyczących całej lub określonej grupy docelowej chorych – przy istniejących możliwościach eliminowania bądź ograniczania tych problemów,
- ✔ wdrażania nowych procedur medycznych i profilaktyki.

Warto wiedzieć

Od 1 stycznia 2015 r. programy zdrowotne może opracowywać, wdrażać i realizować NFZ, a programy polityki zdrowotnej ministrowie oraz jednostki samorządu terytorialnego.

Źródło: www.mz.gov.pl

Promocja Zdrowia

Promocja zdrowia wg Karty Ottawskiej umożliwia nam zwiększenie kontroli nad zdrowiem i jego poprawę poprzez podejmowanie decyzji sprzyjających zdrowiu,

kształtowanie potrzeb i kompetencji, do rozwiązywania problemów zdrowotnych oraz zwiększanie potencjału zdrowia. Promocję zdrowia określa się także jako sztukę interwencji w systemy społeczne i dążenie, aby rozwijały się one w kierunku zdrowych środowisk.

Źródło: www.mz.gov.pl

Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT)

Zgodnie z ustawą z dnia 25 czerwca 2009 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy o cenach, Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji ma status państwowej jednostki organizacyjnej posiadającej osobowość prawną.

Jednym z zadań AOTMiT jest:

wydawanie opinii w sprawie projektów programów zdrowotnych ministrów i jednostek samorządu terytorialnego.

Rola AOTMiT w procesie przygotowywania i wdrażania programu polityki zdrowotnej przez JST jest niezmiernie ważna, ponieważ:

- ✪ samorządy mają obowiązek przesać projekt programu polityki zdrowotnej przed przyjęciem do realizacji do Agencji, celem jego zaopiniowania;
- ✪ opinia Prezesa Agencji jest dla samorządu wiążąca i nie przysługuje od niej odwołanie;
- ✪ samorządy mogą realizować programy polityki zdrowotnej wyłącznie zaopiniowane pozytywnie lub pozytywnie pod warunkiem uwzględnienia uwag Agencji lub po przesłaniu oświadczenia do Agencji na podstawie rekomendacji;
- ✪ realizacja przez samorząd programu polityki zdrowotnej bez opinii Prezesa Agencji, zaopiniowanego negatywnie lub nieuwzględnienie uwag Agencji w warunkowo pozytywnie zaopiniowanym programie stanowi naruszenie dyscypliny finansów publicznych.

Jeśli projekt programu polityki zdrowotnej został opracowany według wzoru określonego w przepisach, to Prezes Agencji jest zobowiązany wydać o nim opinię w terminie dwóch miesięcy od daty jego wpływu do Agencji.

Jeśli projekt programu nie został opracowany według wzoru określonego w przepisach, to Prezes Agencji wzywa samorząd do jego poprawienia wyłącznie w tym zakresie, a bieg terminu na wydanie opinii zostaje wstrzymany. Prezes może wydać opinię pozytywną, pozytywną pod warunkiem uwzględnienia uwag oraz negatywną.

W przypadku stwierdzenia, że przesłany przez samorząd projekt nie jest programem polityki zdrowotnej, Agencja odstępuje od wydania opinii. Opinia Prezesa jest opisową analizą wszystkich elementów projektu programu wraz z uzasadnieniem wydanej opinii i krótką syntezą jego zgodności z Evidence Based Medicine.

Do opinii Prezesa dołączana jest także opinia Rady przejrzystości, raport analityka z procesu opiniowania oraz tzw. aneks – wspólne podstawy naukowe oceny danego programu lub grupy podobnych programów. Materiały te są cennym źródłem fachowej wiedzy medycznej.

Z perspektywy prawie dziesięciu lat wydawania przez Agencję opinii do projektów programów, można stwierdzić, że najczęstszymi uwagami są:

- ☛ źle definiowane cele programu (np. efekt programu jest przedstawiany jako cel lub miernik),
- ☛ niezgodność celów z zasadą SMART (np. cele zdefiniowane bardzo ogólnie lub opisowo),
- ☛ źle zdefiniowane efekty realizacji celów (np. efekt określony jako „ogólna poprawa stanu zdrowia w populacji docelowej”),
- ☛ niezgodność proponowanych interwencji z zaleceniami,
- ☛ umieszczanie w programie świadczeń, które są dostępne dla jego odbiorców (np. interwencja składająca się ze świadczeń gwarantowanych dla danej grupy docelowej).

W większości takich przypadków Prezes Agencji wydaje tzw. opinię pozytywną warunkową, dość dokładnie opisując w uzasadnieniu błędy projektu oraz sposób ich usunięcia.

2. Działania samorządów w zakresie zdrowia

Obowiązki prawne na poszczególnych szczeblach samorządu

Konstytucja RP nakłada na władze publiczne obowiązek zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej (art. 68 ust. 2 Konstytucji RP).

Zadania władz publicznych w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych określają przepisy ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (u.ś.o.z.). Zgodnie z art. 6 u.ś.o.z. „Zadania władz publicznych w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej obejmują w szczególności:

1. tworzenie warunków funkcjonowania systemu ochrony zdrowia;
2. analizę i ocenę potrzeb zdrowotnych oraz czynników powodujących ich zmiany;
3. promocję zdrowia i profilaktykę, mające na celu tworzenie warunków sprzyjających zdrowiu;
4. finansowanie w trybie i na zasadach określonych ustawą świadczeń opieki zdrowotnej.”

Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych umożliwia jednostkom samorządu terytorialnego (gminom, powiatom i samorządom województw) realizację i finansowanie fakultatywnych zadań własnych w zakresie

zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej. Należy do nich m.in. opracowywanie i realizacja oraz ocena efektów programów polityki zdrowotnej, wynikających z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia ich mieszkańców. **Działania te na poziomie powiatu realizowane są po konsultacji z właściwymi terytorialnie gminami, a na poziomie województwa – po konsultacji z właściwymi terytorialnie gminami i powiatami.** Programy zdrowotne powinny być adresowane do mieszkańców danej jednostki samorządu terytorialnego. Zadanie powinno być realizowane zgodnie z trybem opisanym w art. 48 u.ś.o.z. W przepisie tym jednostki samorządu terytorialnego zostały wymienione wśród podmiotów upoważnionych ustawą do opracowywania, wdrażania, realizowania i finansowania programów polityki zdrowotnej.

Zakres działania i zadania gminy określa ustawa z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym. Zgodnie z art. 6 ust. 1 tej ustawy do zakresu działania gminy należą wszystkie sprawy publiczne o znaczeniu lokalnym, niezastrzeżone ustawami na rzecz innych podmiotów. **Do zadań własnych gminy należy zaspokajanie zbiorowych potrzeb wspólnoty – w tym w szczególności sprawy ochrony zdrowia** (art. 7 ust. 1 pkt. 5 ustawy).

Ważne

Działania samorządów w zakresie programów polityki zdrowotnej są działaniami fakultatywnymi. Przygotowując program polityki zdrowotnej podstawą do jego wdrożenia jest:

- ✔ ustawa o samorządzie gminnym, powiatowym, wojewódzkim (w zależności od szerokości);
- ✔ ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (art. 48).

Dodatkowo należy zwrócić uwagę na:

- ✔ Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie wzoru programu polityki zdrowotnej, wzoru raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej oraz sposobu sporządzenia projektu programu polityki zdrowotnej i raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej;
- ✔ Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie priorytetów zdrowotnych;
- ✔ Rozporządzenie Rady Ministrów w sprawie Narodowego Programu Zdrowia.

Obszary działań w zakresie zdrowia

Realizując zadania w obszarze ochrony zdrowia, jednostki samorządu terytorialnego (JST) działają w trzech głównych obszarach ochrony zdrowia:

1. organizacji systemu ochrony zdrowia;
2. nadzoru właścicielskiego nad utworzonymi podmiotami leczniczymi zdrowia;
3. realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego.

Mimo tak poważnych zadań (wynikających z ról jakie pełnią JST w polskim systemie opieki zdrowotnej) JST praktycznie nie mają większego wpływu na wykorzystanie, poza środkami własnymi, przeznaczanych na realizację obowiązku ochrony zdrowia środków z budżetu płatnika publicznego. Środki na świadczenia zdrowotne przekazywane są bowiem bezpośrednio do wykonujących te zadania podmiotów, w znacznej mierze nie przez jednostkę samorządu, ale administrację państwową, tj. publicznego płatnika, czyli NFZ, a w przypadku mieszkańców wsi KRUS.

Inną formą finansowania świadczeń leczniczych (w tym profilaktycznych, edukacyjnych itd.) są działania finansowane ze środków własnych, celowych lub prywatnych. Samorządy terytorialne mogą bowiem brać udział w procesie świadczenia usług zdrowotnych, w zakresie nie tylko usług kontraktowanych przez publicznego płatnika, ale i świadczeń niekontraktowanych, które finansowane są ze środków własnych czy też bezpośrednio przez pacjentów.

Jednostki samorządu terytorialnego wszystkich szczebli mogą prowadzić działania w obszarze zdrowia publicznego, także poprzez opracowywanie, wdrażanie i finansowanie realizacji programów polityki zdrowotnej dla swoich mieszkańców, na podstawie rozpoznanych potrzeb zdrowotnych. W ostatnich latach, samorządy zaczęły angażować się finansowo także we wsparcie kształcenia kadry medycznej, poprzez realizację lokalnych programów stypendialnych, głównie dla studentów kierunków lekarskich oraz pielęgniarских. Obszar zdrowia publicznego to także płaszczyzna współpracy JST z organizacjami pozarządowymi, w tym z organizacjami zrzeszającymi chorych.

Z doświadczenia praktyków

Zachęcam Państwa do wdrażania dobrych programów polityki zdrowotnej, ze szczególnym uwzględnieniem programów profilaktyki chorób zakaźnych. Ich skuteczność potwierdzają opinie Prezesa AOTMiT, zdecydowana większość programów szczepionkowych jest pozytywnie opiniowana. Realizacja PPZ to nie tylko wyraz odpowiedzialności za zdrowie lokalnej społeczności, to przykład dobrej, godnej naśladowania praktyki. Decyzje o realizacji programów szczepionkowych przyczyniają się do poprawy sytuacji epidemiologicznej w regionie. Działania takie, nabierają szczególnego znaczenia właśnie teraz, w dobie pandemii COVID-19. Jeżeli jest tylko taka możliwość, należy przeznaczyć środki na profilaktykę zdrowotną. Decyzje o wprowadzeniu programów profilaktycznych i ochrona przed chorobami zakaźnymi powinny być w regionach standardem.

Anna Dusza-Ciechanowska

Kierownik Referatu Promocji Zdrowia i Profilaktyki Wydziału Edukacji,
Kultury i Sportu Urzędu Miasta Kielce

Jakie działania podejmować na poziomie JST

Planując działania w zakresie polityki zdrowotnej, należy zastanowić się, czy w naszej JST problemy zdrowotne istotnie różnią się od problemów w innych jednostkach.

Przez kilkanaście lat większość samorządów zidentyfikowała problemy zdrowotne na swoim obszarze i wdrożyła stosowne programy. Warto zatem skorzystać z tak bogatej bazy gotowych rozwiązań, gdyż znakomita większość problemów zdrowotnych będzie tożsama, a zastosowane rozwiązania zostały już w większości zweryfikowane i ocenione.

Zalecane jest podejmowanie działań obejmujących jak największą populację mieszkańców (np. szczepienia lub populacyjne programy skriningowe), ponieważ cechują się one najlepszym stosunkiem efektu do ceny.

Z doświadczenia praktyków



Mając na uwadze dobro najmłodszych mieszkańców Gminy Czemierniki, 31 stycznia 2020 r. Rada Gminy podjęła Uchwałę Nr XV/77/2020 w sprawie przyjęcia programu polityki zdrowotnej – Program zdrowotny szczepień przeciw meningokokom dla dzieci z Gminy Czemierniki na lata 2020-2021. W związku z wystąpieniem w gminnym przedszkolu przypadku zakażenia meningokokami u jednego z dzieci, zdecydowaliśmy się na wdrożenie pierwszego PPZ w naszej gminie w celu uniknięcia podobnych sytuacji. W ramach Programu planowane są szczepienia u dzieci zameldowanych na terenie Gminy Czemierniki, urodzonych w latach 2014-2017. Liczymy na pozytywny odbiór wdrożonych działań przez naszych mieszkańców i wierzymy, że w przyszłości będziemy mogli pochwalić się także wynikami zrealizowanych już programów polityki zdrowotnej skierowanych do różnych grup docelowych.

Monika Jeż – Cholewa

Inspektor do spraw organizacyjnych, kultury i promocji Urzędu Miasta Czemierniki

3. Analiza zasobów na poziomie JST

Od czego zacząć

Planując działania w zakresie zdrowia publicznego, należy dokonać analizy zasobów instytucjonalnych i kadrowych w zakresie polityki zdrowotnej. Dane do przeprowadzenia analizy, można uzyskać w urzędach wojewódzkich (kadra medyczna, łóżka szpitalne, wybrany sprzęt medyczny), od samorządów zawodów medycznych (np. struktura wiekowa personelu medycznego), w siedzibach wojewódzkich oddziałów NFZ (udzielane świadczenia zdrowotne) oraz w wielu innych instytucjach. Wiele jednostek samorządowych szczebla powiatowego lub wojewódzkiego opracowuje przekrojowe analizy zasobów ochrony zdrowia, obejmujące także pojedyncze gminy. Analiza zasobów może także obejmować potencjał organizacji samorządowych (NGO) działających w zakresie ochrony zdrowia.

Dobrze wykonana analiza zasobów, pozwoli na określenie, czy planowane działanie ma szansę na realizację na terenie danej JST oraz może stać się częścią projektu programu polityki zdrowotnej.

Planowanie działań i zasobów w perspektywie wieloletniej – o czym warto pamiętać

Jak sama definicja mówi „Program Polityki Zdrowotnej (PPZ) – jest to zespół zaplanowanych i zamierzonych działań z zakresu opieki zdrowotnej ocenianych jako skuteczne, bezpieczne i uzasadnione, umożliwiających osiągnięcie w określonym terminie założonych celów, polegających 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”. Aby program przyniósł spodziewane efekty musi być odpowiednio zaplanowany, przygotowany i realizowany w odpowiednio długim czasie. Projekt programu powinien być przygotowany na kilka lat, co ułatwia zaplanowanie środków w budżecie gminy i wpisanie ich do WPF (wieloletniej prognozy finansowej). Gwarantuje to też ciągłość finansowania i płynnej realizacji po okresie „roku budżetowego” i ułatwi wieloetapowość interwencji oraz przygotowanie działań edukacyjnych i promocji programu.

Źródło: www.aotm.gov.pl

Programy polityki zdrowotnej JST

Planując program polityki zdrowotnej samorządy muszą przeprowadzić proces analityczny, którego wyniki są kluczowe dla jego opracowania.

Analizy potrzeb zdrowotnych na obszarze działania danego samorządu można dokonać korzystając przede wszystkim z dostępnych danych zdrowotnych. **Analiza potrzeb zdrowotnych powinna wskazać główne problemy zdrowotne mieszkańców JST oraz czy są one zaspokojone w ramach świadczeń gwarantowanych lub nie.** Ocena potrzeb zdrowotnych to przede wszystkim ocena obiektywna tych elementów stanu zdrowia, które mogą być poprawione przez modyfikację i rozwój opieki zdrowotnej i działań zdrowia publicznego. Ocena potrzeb zdrowotnych nie jest tożsama z oceną zdrowia populacji.

Celami oceny potrzeb zdrowotnych są:

- ✔ poprawa stanu zdrowia;
- ✔ planowanie opieki zdrowotnej;
- ✔ ustalenie priorytetów zdrowotnych;
- ✔ planowanie regionalnej polityki zdrowotnej.

Osiągnięcie tych celów jest możliwe poprzez zaplanowanie modyfikacji czy rozwoju istniejącej opieki zdrowotnej w zakresie usług, infrastruktury, czy zasobów kadrowych, a nawet finansowych, ustalanie priorytetów zdrowotnych oraz całościowe tworzenie polityki zdrowotnej. Z punktu widzenia programów zdrowotnych, potrzeby będą obejmować aktywności w zakresie zwiększania świadomości, rozpoznawania problemów

zdrowotnych oraz te w zakresie wiedzy czy dostępu do opieki. Alokacja środków powinna zostać dokonana z uwzględnieniem największych korzyści zdrowotnych, oczekiwań mieszkańców i realnych możliwości interwencji.

Innym istotnym elementem w ocenie potrzeb zdrowotnych jest współpraca międzysektorowa jednostek opieki zdrowotnej, edukacji, pomocy społecznej i innych oraz współdziałanie w rozwoju strategii, która będzie obejmować działania we wszystkich tych obszarach. Ważnym elementem jest możliwość określenia nierówności w zdrowiu, czyli aspektów, które determinują to, że nie wszyscy mieszkańcy mogą skorzystać z istniejących zasobów i działań zdrowotnych w takim samym stopniu.

Mając rozeznane problemy zdrowotne oraz stopień ich zaspokojenia, należy następnie wskazać problem, który wpływa na niezadawalający stan zdrowia mieszkańców. Kolejnym krokiem jest dobór działań (interwencji), które mogą przynieść największe korzyści zdrowotne. Ostatnim krokiem jest określenie populacji, do której będą skierowane wybrane interwencje w ramach programu.

Po wykonaniu powyższych analiz można przystąpić do projektowania programu.

Z doświadczenia praktyków



Jako przedstawiciel podmiotów działających na rzecz środowisk seniorskich widzę ogromną potrzebę wsparcia bezpieczeństwa zdrowotnego osób starszych. W dobie pandemii COVID-19 kluczową kwestią staje się zapewnienie seniorom skutecznej ochrony, przede wszystkim przed groźnymi – z punktu widzenia zdrowia i życia – wirusami i bakteriami, przeciwko którym istnieje skuteczna profilaktyka. Dostęp do szczepień przeciwko grypie i pneumokokom to priorytet, ponieważ u osób starszych zakażenia te wiążą się z większym ryzykiem zgonu z powodu choroby układu oddechowego. Pamiętajmy, że profilaktyka chorób zakaźnych to nieodłączny element tak bardzo istotnej, odpowiedzialnej polityki senioralnej – cieszący się ogromnym poparciem społecznym – i w miarę możliwości powinny się w nią angażować zarówno władze centralne, jak i samorządy, ale także inne instytucje, takie jak chociażby placówki opieki długoterminowej, domy opieki przewlekłej zamieszkałe przez osoby starsze często z chorobami towarzyszącymi. Z mojej obserwacji wynika, że spora część samorządów od wielu lat angażuje się w profilaktykę chorób skierowaną do osób starszych, ale niestety są też takie, które nie są aktywne w tym względzie i mam nadzieję, że to się wkrótce zmieni.

Łukasz Salwarowski

Prezes Stowarzyszenia MANKO, redaktor naczelny Głosu Seniora, realizator programu Gmina Przyjazna Seniorom - Ogólnopolska Karta Seniora, Członek Rady Dostępności przy Ministrze Funduszy i Polityki Regionalnej, członek Rady ds. Polityki Senioralnej przy Ministrze Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej oraz członek Rady Organizacji Pacjenta przy Rzeczniku Praw Pacjenta.

Przydatne informacje do przeprowadzenia analizy potrzeb zdrowotnych zawiera „Model oceny potrzeb zdrowotnych w społecznościach lokalnych: metody i narzędzia”, dostępny w lokalizacji: <http://bazawiedzy.pzh.gov.pl/nierownosci-w-zdrowiu>.

4. Jak budować cele i działania

Cel jest to oczekiwany, docelowy stan. Inaczej mówiąc, jest to dążenie do uzyskania konkretnie zdefiniowanej zmiany. Cel powinien być rzeczywisty (możliwy do realizacji), mierzalny oraz określony w czasie. 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.

Powyższe to tzw. zasada SMART, która mówi, że sformułowany cel powinien być:

- ✔ skonkretyzowany (ang. *specific*) – jego zrozumienie nie powinno stanowić kłopotu, sformułowanie powinno być jednoznaczne i niepozostawiające miejsca na luźną interpretację,
- ✔ mierzalny (ang. *measurable*) – a więc tak sformułowany, by można było liczbowo wyrazić stopień realizacji celu lub przynajmniej umożliwić jednoznaczną „sprawdzalność” jego realizacji,
- ✔ osiągalny (ang. *achievable*) – cel powinien być realistyczny, możliwy do osiągnięcia, dostosowany do posiadanych do jego realizacji zasobów, a jednocześnie ambitny,
- ✔ istotny (ang. *relevant*) – cel powinien być ważnym krokiem naprzód, jednocześnie musi stanowić określoną wartość dla tego, kto będzie go realizował,
- ✔ określony w czasie (ang. *time-bound*) – cel powinien mieć dokładnie określony horyzont czasowy w jakim zamierzamy go osiągnąć.

Cele szczegółowe powinny stanowić uzupełnienie celu głównego. Powinny charakteryzować się dużą szczegółowością, a ich osiągnięcie jest elementem warunkującym osiągnięcie celu nadrzędnego. Nie w każdym programie możliwe jest określenie celów szczegółowych. Jedną z uwag, najczęściej formułowanych przez Prezesa Agencji, zawartych w opiniach jest niezgodność celu głównego i/ lub celów szczegółowych z zasadą SMART.

Warto zatem dobrze zaprojektować cele, już na etapie opracowywania założeń programu, ponieważ z dobrze sformułowanego celu wynika mierzalny efekt oraz skuteczny miernik.

Z określonymi celami, związane są mierniki ich realizacji. Mierniki efektywności są to wskaźniki, które umożliwiają precyzyjną i obiektywną ocenę stopnia realizacji celów. Mierniki muszą być istotnym odzwierciedleniem zdarzeń lub faktów występujących w danym programie wyrażonym w jednostkach miary.

W celu zaprojektowania dobrych mierników należy:

- ✔ określić stan istniejący (obecny);
- ✔ określić spodziewany efekt po zrealizowaniu działań (interwencji);
- ✔ określić sposób pomiaru zaistniałej zmiany;
- ✔ wybrać wskaźniki najlepiej odpowiadające założonym celom programu.

Interwencje muszą być działaniami o udowodnionej skuteczności i bezpieczeństwie lub stanowić aktualną praktykę lekarską. Zaleca się przedstawienie dowodów naukowych i/lub rekomendacji, wytycznych, opinii ekspertów wskazujących na zasadność prowadzenia danych działań w określonej populacji. Zaplanowane działania muszą odpowiadać celom programu. Interwencje muszą być dostosowane do potrzeb populacji docelowej. Zaplanowane działania powinny stanowić uzupełnienie już istniejących świadczeń zdrowotnych (wartość dodana do aktualnych świadczeń).

Zaleca się wspieranie działań już istniejących, aby poprawić ich efektywność i jakość. Konieczne jest wskazanie powiązania ze świadczeniami NFZ.

W przypadku zaplanowania kilku interwencji istotne jest wykazanie zależności pomiędzy nimi. Należy również określić warunki przechodzenia uczestnika pomiędzy danymi etapami programu zawierającymi różne interwencje.

Należy wskazać sposób zakończenia udziału w programie. Zasadne jest, aby zakończenie udziału wiązało się z przekazaniem uczestnikom zaleceń dalszego postępowania. Istotne jest także zaplanowanie kontynuacji świadczeń zdrowotnych (np. współpraca z lokalnym ośrodkiem zdrowia, do którego kierowani będą pacjenci po zakończeniu programu, potrzebujący dalszej opieki).

Konieczne jest szczegółowe opisanie warunków realizacji interwencji: ich formy, długości, intensywności, miejsca, czasu, kompetencji realizatorów.

5. Skąd brać aktualne dane zdrowotne

Dane zdrowotne wykorzystywane w programach polityki zdrowotnej możemy podzielić zasadniczo na dwie grupy. Pierwsza to **dane epidemiologiczne** uzasadniające realizację programu polityki zdrowotnej oraz identyfikujące problemy zdrowotne istotne z punktu widzenia lokalnej polityki zdrowotnej. Druga to **dane kliniczne** uzasadniające zaproponowane w projekcie programu działania (interwencje).

Polecanyymi źródłami danych klinicznych są:

- podręczniki medyczne (np. „Interna Szczeklika”);
- wyszukiwarki internetowe (np. pubmed.gov, scholar.google.com, academic.microsoft.com);
- pojedyncze artykuły naukowe oraz bibliografie artykułów naukowych dostępne w bazach czasopism medycznych np.:

<https://www.uptodate.com>

<https://accessmedicine.mhmedical.com>

<https://www.scopus.com>

<https://www.sciencedirect.com>

<https://clarivate.com/webofsciencegroup/solutions/web-of-science>

<https://www.reaxys.com>

<https://www.wiley.com/en-pl>

<https://publikacje.wum.edu.pl>
<https://www.embase.com/login>
<https://www.ebsco.com/products/ebscohost-research-platform>
<https://www.proquest.com>
<https://www.clinicalkey.com>
<https://www.ebsco.com/e/pl-pl/produkty-i-uslugi/bazy-danych/medline-complete>
<https://www.gbl.waw.pl/p/polska-bibliografia-lekarska>

Źródła danych i dobrych przykładów:

- ✓ Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji: www.aotm.gov.pl
- ✓ Główny Inspektorat Sanitarny: www.gis.gov.pl
- ✓ Krajowy Ośrodek Referencyjny ds. Diagnostyki Bakteryjnych Zakażeń Ośrodkowego Układu Nerwowego (KOROUN): www.koroun.nil.gov.pl
- ✓ Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny: www.pzh.gov.pl
- ✓ Ministerstwo Zdrowia: www.mz.gov.pl
- ✓ Narodowy Fundusz Zdrowia: www.nfz.gov.pl
- ✓ Główny Urząd Statystyczny: www.stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie
- ✓ Polskie Towarzystwo Zdrowia Publicznego: www.ptzp.org
- ✓ Związek Województw Rzeczypospolitej Polskiej: www.zwrp.pl
- ✓ Związek Powiatów Polskich: www.zpp.pl
- ✓ Związek Miast Polskich: www.miasta.pl
- ✓ Stowarzyszenie Zdrowych Miast Polskich: www.szmp.pl
- ✓ Projekt edukacji środowisk samorządowych: www.zdrowieczlowiekprofilaktyka.pl
- ✓ Portal Dobre Programy Zdrowotne: www.dobreprogramyzdrowotne.pl
- ✓ Central and Eastern Society of Technology Assessment in Health Care: www.ceestahc.org
- ✓ Biuletyny Informacji Publicznej (BIP) poszczególnych samorządów.

6. Szacowanie populacji i odbiorców programu

Określając populację docelową programu i jej liczebność należy pamiętać, że priorytetem programów polityki zdrowotnej są działania populacyjne, a nie indywidualne.

Charakterystyka populacji docelowej powinna zawierać szczegółowe informacje na temat potencjalnego uczestnika programu (m.in. wiek, płeć, przynależność do grupy ryzyka). Kryteria kwalifikacji do programu powinny być jasne i przejrzyste dla wszystkich (ustalone przed wdrożeniem programu polityki zdrowotnej) oraz stanowić opis poszczególnych cech charakterystycznych dla danej populacji. Kryteria kwalifikacji mogą dotyczyć również poszczególnych etapów programu (np. kwalifikowanie na podstawie wyników badań do danych interwencji). Należy także określić kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej (np. przeciwwskazania lekarskie).

Przy określaniu populacji docelowej należy pamiętać, aby odpowiadała ona charakterowi zaplanowanych interwencji (inaczej wygląda dobór populacji do programów dotyczących np. szczepień, inaczej zaś do badań przesiewowych). W tym celu zaleca się oparcie doboru uczestników o dostępne dowody naukowe.

Powszechnie stosowanym, szczególnie w tzw. programach szczepionkowych jest NNT (ang. Numer Needed to Treat) – liczba pacjentów, których trzeba poddać danej interwencji (leczeniu) przez określony czas, aby zapobiec jednemu niekorzystnemu punktowi końcowemu. NNT zależy od rodzaju interwencji i opracowywane jest na podstawie dostępnych badań. Na podstawie NNT możliwe jest określenie minimalnego odsetka populacji, dla osiągnięcia widocznego efektu populacyjnego.

Z doświadczenia praktyków

”

Mając na uwadze rekomendacje ekspertów medycznych i ogromną potrzebę zapewnienia ochrony przed chorobami zakaźnymi osobom starszym, od 2019 roku realizujemy Program profilaktyczny przeciwko zakażeniom pneumokokowym wśród mieszkańców Elbląga po 65 roku życia z grupy ryzyka. Pandemia COVID-19 utwierdziła nas w przekonaniu o słuszności tych działań i pokazała, jak istotne jest zapewnienie seniorom – którzy ze względu na wiek, mają osłabiony układ immunologiczny – ochrony przed chorobami, które mogą prowadzić do ciężkiego przebiegu, a przeciwko którym istnieje skuteczna profilaktyka. Jesteśmy dumni, że możemy kontynuować realizację programu. Działania z nim związane pozwalają nam na zmniejszenie zapadalności na inwazyjne zakażenia pneumokokowe, a co za tym idzie zmniejszenie liczby hospitalizacji chociażby z powodu pneumokokowego zapalenia płuc. Tylko do końca 2019 roku zaszczepiliśmy 275 osób i to pokazuje pozytywny odbiór tego typu inicjatyw. Wierzmy, że kontynuacja programu przyniesie jeszcze lepsze efekty. Zachęcamy inne samorządy do realizacji programów zdrowotnych w swoich regionach.

Michał Missan
Wiceprezydent Miasta Elbląg

W momencie wyboru danej grupy docelowej ważne jest określenie sposobów dotarcia do niej. Należy odpowiednio dobrać sposoby zapraszania do programu oraz działania informacyjne, które dostosowane będą do specyfiki danej grupy i pozwolą na uzyskanie jak największej zgłaszalności do programu.

Inaczej prowadzone będą działania skierowane do dzieci (rodziców/opiekunów prawnych), a inaczej w przypadku osób starszych. W pierwszym przypadku dobrym rozwiązaniem jest rozpropagowanie informacji na terenie szkoły lub w jej pobliżu, na portalach społecznościowych. W przypadku osób starszych źródłem dotarcia do potencjalnych uczestników programów mogą być zakłady pracy lub też instytucje kościelne, np. ogłaszanie akcji informacyjnych podczas ogłoszeń parafialnych lub za pośrednictwem środków masowego przekazu wykorzystywanych przez nich najczęściej (np. lokalna prasa).

Dokładne dane demograficzne oraz zdrowotne w różnych układach, dostępne są na stronach Głównego Urzędu Statystycznego:

- ✓ <http://demografia.stat.gov.pl/bazademografia/>
- ✓ <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/statystyka-przyczyn-zgonow/zgony-wedlug-przyczyn-okreslanych-jako-garbage-codes,3,3.html>
- ✓ <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/>
- ✓ <http://swaid.stat.gov.pl/SitePagesDBW/AtlasRegionow.aspx>;
- ✓ <https://geo.stat.gov.pl/>;
- ✓ <https://strateg.stat.gov.pl/dashboard/#/obszary-tematyczne/7>

7. Budowanie budżetu programu

Wskazówki

- ✓ Zaplanowane w programie środki powinny być wydatkowane w sposób optymalny i efektywny.
- ✓ Planowanie budżetu może odbywać się w oparciu o model populacyjny, tzn. opierający się na kosztach jednostkowych, które następnie mnożone są przez liczebność populacji docelowej.
- ✓ Możliwe jest także zaplanowanie budżetu w oparciu o koszty jednostkowe poszczególnych świadczeń.
- ✓ Budżet programu powinien uwzględniać wszystkie koszty poszczególnych składowych (tj. koszty interwencji, wynagrodzeń, wynajmu pomieszczeń, działań edukacyjnych, promocji i informacji itp.). Należy także wskazać sumaryczny koszt wszystkich kosztów cząstkowych.
- ✓ Należy wymienić wszystkie źródła finansowania programu polityki zdrowotnej.

Etapy planowania budżetu:

1. Określić koszty jednostkowe programu polityki zdrowotnej biorąc pod uwagę:

- ✓ usługę;
- ✓ świadczenie zdrowotne;
- ✓ koszty interwencji;
- ✓ koszty wynagrodzeń;
- ✓ koszty działań edukacyjnych;
- ✓ koszty promocji etc.

2. Koszty jednostkowe określić w przeliczeniu na pojedynczego uczestnika programu.

3. Określić całkowity koszt programu polityki zdrowotnej:

- ✔ rocznie;
- ✔ przez cały okres realizacji programu.

4. Koszty programu przydzielić do poszczególnych lat realizacji.

5. Wymienić wszystkie źródła finansowania:

- ✔ gmina;
- ✔ powiat;
- ✔ województwo;
- ✔ NFZ;
- ✔ inne jednostki, np. badawcze.

6. Określić jaki udział będzie mieć finansowanie pochodzące z innych źródeł.

7. Skorzystać z kalkulatora na stronie projektu Zdrowie Człowiek Profilaktyka.

Poglądowe wyliczenie kosztów przeprowadzenia programu polityki zdrowotnej przez JST można wykonać przy użyciu kalkulatora kosztów dostępnego na stronie projektu Zdrowie Człowiek Profilaktyka: www.zdrowieczlowiekprofilaktyka.pl/jst/kalkulator. Wyliczenia podawane są na podstawie uśrednionych cen rynkowych. Dodatkowo osoby zainteresowane wdrożeniem działań profilaktycznych, które chcą otrzymać precyzyjne wyliczenia kosztów realizacji programu zachęcamy do kontaktu z biurem organizacyjnym projektu, np. za pośrednictwem poczty elektronicznej na adres: sekretariat@zdrowieczlowiekprofilaktyka.pl lub za pośrednictwem formularza programowego dostępnego pod adresem: www.zdrowieczlowiekprofilaktyka.pl/jst/formularz-programowy.

8. Badanie ewaluacyjne

Celem badania ewaluacyjnego jest całościowa ocena realizacji programu polityki zdrowotnej. W badaniu powinno się uwzględnić następujące kryteria ewaluacyjne:

- ✔ Skuteczność – pozwalającą ocenić w jakim stopniu udało się zrealizować cele PPZ.
- ✔ Efektywność – pozwalającą określić relacje pomiędzy wartością poniesionych nakładów w stosunku do uzyskanych efektów.
- ✔ Użyteczność – pozwalającą ocenić rzeczywiste efekty realizacji PPZ, także te nieprzewidziane, ich zgodność z potrzebami odbiorców oraz ich wpływ na sytuację zdrowotną.
- ✔ Trwałość – pozwalającą ocenić, czy osiągnięte efekty są i pozostaną trwałe po zakończeniu udziału w ramach PPZ.

Badanie ewaluacyjne powinno w szczególności zawierać informacje uzupełniające do raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2017 r. w sprawie wzoru programu polityki zdrowotnej, wzoru raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej oraz sposobu sporządzenia projektu programu polityki zdrowotnej i raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej.

W ramach badania ewaluacyjnego powinny zostać wykonane analizy, popartej jakościową oceną zjawisk, w następujących obszarach (celach szczegółowych):

1. Ocena osiągnięcia stopnia/ poziomu celu głównego PPZ.
2. Ocena osiągnięcia stopnia/ poziomów poszczególnych celów szczegółowych PPZ.
3. Ocena zgłaszalności do programu.
4. Ocena osiągnięcia oczekiwanych efektów określonych w PPZ.
5. Ocena efektywności programu, zgodnie z miernikami efektywności w ramach realizacji PPZ, oraz stopnia osiągniętych wartości mierników.
6. Problemy zidentyfikowane przez interesariuszy PPZ oraz sposoby ich rozwiązania.
7. Ocena realizacji PPZ na podstawie ankiety satysfakcji uczestnika programu.
8. Ocena realizacji PPZ w opiniach uczestników/ osób objętych wsparciem lub rodziców/ opiekunów lub innych interesariuszy programu, w zakresie:
 - 1) organizacji PPZ w tym:
 - a) ocena uczestnictwa w PPZ;
 - b) działań realizatora/ beneficjenta w ramach PPZ;
 - c) celowości realizacji PPZ w latach następnych.
 - 2) działań edukacyjnych w tym:
 - a) poziomu przekazanej wiedzy;
 - b) formy przekazania wiedzy;
 - c) użyteczność przekazanej wiedzy;
 - d) wykorzystywania w życiu codziennym zdobytej wiedzy;
 - e) przekazywania zdobytej wiedzy osobom z otoczenia.
 - 3) zmian (pozytywne, negatywne lub bez zmiany) w:
 - a) stanie zdrowia;
 - b) stylu życia, które zaszły u uczestników PPZ/osób objętych wsparciem lub osób z ich otoczenia w wyniku uczestnictwa w PPZ.

Ewaluacja powinna korzystać z danych zbieranych w trakcie realizacji PPZ (wartości mierników, wskaźników, informacji o ewentualnych problemach) i mieć również wymiar jakościowy, a nie tylko ilościowy. Głównym produktem badania ewaluacyjnego jest raport końcowy, realizujący cel główny ewaluacji oraz zawierający odpowiedzi na postawione pytania.

Raport końcowy z realizacji programu polityki zdrowotnej zgodnie z art. 48a ust.14 u.ś.o.z. musi zawierać:

1. Nazwę programu polityki zdrowotnej.
2. Przewidziany w programie PPZ okres jego realizacji oraz okres jego faktycznej realizacji.
3. Opis sposobu osiągnięcia celów PPZ.
4. Charakterystykę interwencji zrealizowanych w ramach PPZ.
5. Wyniki monitorowania i ewaluacji PPZ.
6. Informacje o problemach, które wystąpiły w trakcie realizacji PPZ oraz o podjętych w związku z nimi działaniach modyfikujących.

Raport sporządza się w terminie 3 miesięcy od zakończenia realizacji PPZ i niezwłocznie przekazuje do Agencji oraz udostępnia w BIP. Wzór raportu końcowego określa rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2017r.

Z doświadczenia praktyków



Właściwa realizacja Programów Polityki Zdrowotnej stanowi połowę sukcesu całego przedsięwzięcia. Nawet najlepiej napisany program może okazać się trudnodostępny dla odbiorców z powodu niewłaściwej organizacji etapu realizacji. Wszystko ma znaczenie, począwszy od działań marketingowych, dzięki którym odbiorcy dowiadują się o możliwości wzięcia udziału w programie, poprzez zapewnienie właściwej dostępności do oferowanych świadczeń. Np. w przypadku szczepień profilaktycznych, odbiorca nie powinien pokonywać dużych odległości, aby otrzymać szczepienie. Należy zapewnić wystarczającą liczbę placówek, które mogą je wykonać. Nasze wieloletnie doświadczenie pozwala też opracować szczegółowy i rzetelny raport z realizacji danego Programu Profilaktyki Zdrowotnej, zawierający rekomendacje pod kątem kontynuacji danego programu w przyszłości. Podczas realizacji programu mamy stały kontakt z odbiorcami programu i możemy zebrać od nich cenne informacje o postrzeganiu zaproponowanych działań profilaktycznych i oczekiwaniach. Pomaga to w planowaniu kolejnych Programów Polityki Zdrowotnej, tak aby jak najlepiej spełniały oczekiwania odbiorców.

Barbara Kozak

Dyrektor ds. medycznych w Centrum Medycznym Luxmed w Lublinie

9. Konkurs ofert

W przypadku programów polityki zdrowotnej wyboru realizatora tego programu dokonuje się w drodze konkursu ofert.

Konkurs ofert jednostka samorządu terytorialnego ogłasza w swojej siedzibie i na stronie internetowej co najmniej 15 dni przed upływem wyznaczonego terminu składania ofert.

W ogłoszeniu o konkursie określa się:

- ✔ przedmiot konkursu ofert;
- ✔ wymagania stawiane oferentom, niezbędne do realizacji programu polityki zdrowotnej;
- ✔ termin i miejsce składania ofert.

Do wyboru realizatorów programów nie stosuje się przepisów o zamówieniach publicznych oraz przepisów o prowadzeniu działalności pożytku publicznego na podstawie zlecenia realizacji zadań publicznych.

Dofinansowanie przez NFZ

Narodowy Fundusz Zdrowia może przekazać środki na dofinansowanie programów polityki zdrowotnej realizowanych przez jednostkę samorządu terytorialnego w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych określonych w wykazach świadczeń gwarantowanych w kwocie nieprzekraczającej:

- ✔ 80% środków przewidzianych na realizację programu JST o liczbie mieszkańców nieprzekraczającej 5 tys.;
- ✔ 40% środków przewidzianych na realizację programu JST o liczbie mieszkańców powyżej 5 tys.

10. Wpisanie programu w schemat AOTMiT

Projekt programu polityki zdrowotnej musi ściśle odpowiadać schematowi określoneму w wydanym na podstawie art. 48a ust. 16 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2017 r. w sprawie wzoru programu polityki zdrowotnej, wzoru raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej oraz sposobu sporządzenia projektu programu polityki zdrowotnej i raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej. Powyższe rozporządzenie dokładnie określa, jakie elementy musi zawierać projekt programu polityki zdrowotnej, w jakiej kolejności muszą być one umieszczone oraz co powinny zawierać.

Zgodność projektu programu ze schematem jest niezmiernie ważna, gdyż zgodnie z art. 48a ust. 6 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych: „Jeżeli projekt programu polityki zdrowotnej nie został opracowany według wzoru określonego w przepisach wydanych na podstawie ust. 16, Prezes Agencji wzywa podmiot, który opracował projekt, do jego poprawienia”.

Zgodnie ze schematem, program polityki zdrowotnej powinien rozpoczynać się stroną tytułową, która zawiera elementy określone we wzorze, oraz zawierać następujące części w przedstawionej kolejności:

1. Opis choroby lub problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej:
 - 1) opis problemu zdrowotnego;
 - 2) dane epidemiologiczne;
 - 3) opis obecnego postępowania.
2. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji:
 - 1) cel główny;
 - 2) cele szczegółowe;
 - 3) mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej.

3. Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka interwencji, jakie są planowane w ramach programu polityki zdrowotnej:

- 1) populacja docelowa;
- 2) kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej;
- 3) planowane interwencje;
- 4) sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach programu polityki zdrowotnej;
- 5) sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej.

4. Organizacja programu polityki zdrowotnej:

- 1) etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach tych etapów;
- 2) warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych.

5. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej:

- 1) monitorowanie;
- 2) ewaluacja.

6. Budżet programu polityki zdrowotnej:

- 1) koszty jednostkowe;
- 2) koszty całkowite;
- 3) źródła finansowania.

7. Bibliografia.

Rozporządzenie określa także sposób sporządzenia programu polityki zdrowotnej, rozumiany jako sprecyzowanie zakresu informacji, które powinny znaleźć się w poszczególnych częściach programu. Powyższe w istotny sposób ułatwia prawidłowe skonstruowanie programu polityki zdrowotnej.

Aby uprościć proces konstruowania programów polityki zdrowotnej i zunifikować ich formę, Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji opracowała „kreator PPZ” – aplikację internetową, której celem jest ułatwienie realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego w zakresie tworzenia programów polityki zdrowotnej oraz raportów z ich realizacji. Kreator PPZ jest aplikacją internetową z otwartym dostępem poprzez logowanie i rejestrację przy użyciu adresu mailowego, dostępną pod adresem:

<http://kreator.power.aotm.gov.pl/>. W ramach aplikacji są do dyspozycji dwa kreatory (projekt PPZ i raport końcowy), które w efekcie finalnym stworzą dokumenty w formacie PDF, zgodne z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2017 r. w sprawie wzoru programu polityki zdrowotnej (...). Na każdym etapie prac projektowych istnieje możliwość zapisania zmian, edycji wprowadzonych danych oraz powrotu do wcześniej zapisanej wersji projektu. W ramach aplikacji dostępne będą również gotowe szablony programów polityki zdrowotnej (przygotowane zgodnie z rekomendacjami prezesa Agencji), z których będzie można korzystać.

Projekt programu polityki zdrowotnej należy wysłać pocztą tradycyjną (zalecana wysyłka „za poświadczaniem odbioru”) do Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji na podany niżej adres:

Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
ul. Przeskok 2, 00-032 Warszawa

Z doświadczenia praktyków

Biorąc pod uwagę rekomendacje ekspertów w dziedzinie zdrowia publicznego, miasto Kraków chętnie angażuje się w realizację odpowiedzialnej polityki senioralnej, a przede wszystkim w ochronę przed groźnymi dla życia i zdrowia wirusami i bakteriami, przeciwko którym istnieje skuteczna profilaktyka. Jednym z podjętych przez nas działań jest przygotowanie programu polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki zakażeń pneumokokowych dla mieszkańców Krakowa, którzy ukończyli 75 r.ż. Program został pozytywnie zaopiniowany przez AOTMiT i w każdej chwili możemy go wdrożyć. Aktualnie rozważamy także przeprowadzenie akcji szczepień przeciw pneumokokom w Domach Pomocy Społecznej, aby odpowiedzieć na ogromną potrzebę zapewnienia w czasie pandemii COVID-19 szczególnej ochrony pensjonariuszom tych placówek. Szczepienia to skuteczna i bezpieczna forma profilaktyki i ochrony przed zakażeniami pneumokokowymi. To właśnie teraz szczególnie istotne jest, abyśmy my, samorządowcy nie rezygnowali z działań na rzecz ochrony zdrowia, chociaż wiem, że z uwagi na trudną sytuację finansową nie zawsze jest to łatwe.

Elżbieta Kois- Żurek

Dyrektor Wydziału Polityki Społecznej i Zdrowia, Urząd Miasta Krakowa

Szereg dokumentów i narzędzi pomocnych w przygotowaniu, wdrożeniu, przeprowadzeniu i ewaluacji efektywnych programów polityki zdrowotnej znajdziecie Państwo na stronie projektu edukacji zdrowotnej Zdrowie Człowiek Profilaktyka : www.zdrowieczlowiekprofilaktyka.pl

Znajdują się tam m.in.: gotowe schematy PPZ i ankiety ewaluacyjne. W przypadku jakichkolwiek pytań lub wątpliwości zachęcamy do bezpłatnej konsultacji z ekspertami projektu Zdrowie Człowiek Profilaktyka m.in. ds funduszy unijnych, ekspertami prawa pracy, BHP, doradcami podatkowymi, klinicystami, epidemiologami oraz praktykami samorządowcami. Więcej informacji: www.zdrowieczlowiekprofilaktyka.pl/jst#eksperci.

11. Programy polityki zdrowotnej w praktyce oraz najczęstsze problemy i możliwe rozwiązania

Problem	Możliwe rozwiązanie
Brak w samorządzie kadry, która mogłaby przygotować program	zlecenie na zewnątrz opracowania programu, korzystanie z rekomendacji AOTMiT (https://bipold.aotm.gov.pl/index.php/repozytorium-ppz-2/rekomendacje-do-zalecanych-technologii-ppz), korzystanie z „Kreatora PPZ” (http://kreator.power.aotm.gov.pl), korzystanie z programów przygotowanych przez inne samorzady, korzystanie z modelowych programów, współpraca z uczelniami medycznymi, konsultantami wojewódzkimi oraz autorytetami w dziedzinie zdrowia.
Brak wiedzy dotyczącej pisania programu	Korzystanie ze szkoleń organizowanych przez AOTMiT.
Brak lub zbyt mało środków na realizację programu	Możliwe dofinansowanie z NFZ lub środków pochodzących z funduszy europejskich – tylko w przypadku regionalnych programów zdrowotnych (należy to ująć w projekcie programu). W przypadku samorządu powiatowego współfinansowanie z gminami, a samorządu wojewódzkiego – z powiatami i gminami.
Brak wiedzy, skąd wziąć dane do pisania programu	Wystąpienie z pismem do NFZ, sanepidu, dane statystyczne z GUS.
Brak rozróżnienia między akcją profilaktyczną a programem polityki zdrowotnej	Realizacja według obowiązujących przepisów: programy polityki zdrowotnej: art. 48 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, promocja zdrowia: ustawa o zdrowiu publicznym bądź pożytku publicznym i o wolontariacie.

12. Wybrane przykłady dobrych praktyk w zakresie PPZ w JST

„Zapobieganie ciężkim zapaleniom płuc u chorych onkologicznych z najczęstszymi nowotworami litymi i hematologicznymi”

Program został skierowany do mieszkańców województwa świętokrzyskiego, leczonych z powodu najczęstszych nowotworów złośliwych, tj. raka: płuca, sutka, trzonu macicy, szyjki macicy, jelita grubego, odbytnicy, pęcherza moczowego oraz przewlekłej białaczki limfocytowej.

Nowotwory te zostały wybrane ze względu na istotność epidemiologiczną, kliniczną oraz społeczną, możliwość i efektywność leczenia radykalnego (5-letnie przeżycia) oraz dostępne dane dotyczące efektywności szczepień w tej grupie.

Program zakłada, że w 3-letnim okresie realizacji, co najmniej 7 200 osób zostanie objętych działaniami edukacyjnymi i co najmniej 5 400 osób chorych onkologicznie zostanie zaszczepionych jedną dawką szczepionki skoniugowanej 13-walentnej przeciwko pneumokokom.

1. Cel główny:

Zmniejszenie o co najmniej 10% zapadalności na inwazyjną i nieinwazyjną chorobę pneumokokową u chorych z województwa świętokrzyskiego z najczęstszymi nowotworami litymi i hematologicznymi do roku 2021.

2. Cele szczegółowe:

- 1) Zmniejszenie o co najmniej 10% liczby zachorowań na infekcje pneumokokowe oraz powikłań po zakażeniu pneumokokowym wśród osób poddawanych leczeniu onkologicznemu do roku 2021.
- 2) Zmniejszenie o co najmniej 10% liczby hospitalizacji z powodu inwazyjnej choroby pneumokokowej wśród osób poddanych leczeniu onkologicznemu do roku 2021.
- 3) Zwiększenie efektywności leczenia przeciwnowotworowego poprzez poprawę systematyczności kolejnych cykli chemioterapii – wydłużenie czasu wolnego od choroby, wydłużenie całkowitego przeżycia chorych.
- 4) Zwiększenie świadomości zdrowotnej wśród pacjentów onkologicznych oraz ich rodzin na temat chorób wywoływanych przez pneumokoki.
- 5) Podniesienie świadomości pacjentów na temat roli szczepień w profilaktyce chorób zakaźnych.

Program jest współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020. Całkowity koszt programu: 1,5 mln złotych.

We wnioskach z oceny przeprowadzonej przez AOTMiT program został uznany za unikalny w skali krajowej i europejskiej, wpisujący się w trendy leczenia przeciwnowotworowego jakie obowiązują we współczesnym leczeniu onkologicznym oraz mogący znacząco obniżyć koszty terapii systemowej, poprzez obniżenie kosztów leczenia powikłań infekcyjnych.

Niniejszy program stanowi bazę do konstruowania przez JST analogicznych programów dla swoich mieszkańców. Program może zostać także rozszerzony przez włączenie do interwencji innych szczepień zalecanych osobom z chorobami onkologicznymi, np. szczepień przeciwko grypie.

Z doświadczenia praktyków

Nasz urząd od wielu lat angażuje się w działania mające na celu poprawę zdrowia mieszkańców Kielc i widzimy ich efekty. Finansujemy i realizujemy programy polityki zdrowotnej od 2006 roku. W tym czasie realizowaliśmy takie programy jak: Program profilaktyki zakażeń pneumokokowych, Program profilaktyki zakażeń meningokokowych, Program prewencji ospy wietrznej, Program profilaktyki zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego HPV oraz Program szczepień przeciw grypie.

Jesteśmy dumni, że możemy pochwalić się tak dobrymi wynikami, że jesteśmy stawiani jako wzór dla innych samorządów. Zachęcam lokalne samorzady do angażowania się w profilaktykę zdrowotną. Profilaktyka zdrowotna jest najbardziej optycalną inwestycją w zdrowie.

Marcin Różycki
Wiceprezydent Miasta Kielce

Pracownicy ochrony zdrowia to grupa zawodowa szczególnie narażona na bezpośredni i stały kontakt z biologicznymi czynnikami chorobotwórczymi. Dlatego już od 20 lat, co roku szczepimy przeciwko grypie cały personel naszej przychodni – zarówno medyczny, jak i pomocniczy. Realizowaliśmy szczepienia przeciwko odrze, śwince i różyczce, a w czasie pandemii COVID-19, zdecydowaliśmy się zainwestować w szczepienia przeciwko pneumokokom. To bardzo ważne szczepienie, które zapewniłoby także mieszkańcom Biłgoraja, w ramach regionalnego, samorządowego Programu Polityki Zdrowotnej. Ochroną objęliśmy zarówno dzieci, jak i dorosłych, szczególnie narażonych na ciężkie konsekwencje związane z zachorowaniami na infekcje pneumokokowe. Obecnie realizujemy biłgorajski program szczepień przeciwko grypie dla osób powyżej 60. roku życia, a także szczepimy 12-letnie dziewczynki przeciw wirusowi HPV. Bazując na wieloletniej praktyce lekarskiej, jestem przekonana, że PPZ w zakresie profilaktyki chorób zakaźnych przynoszą ogromne korzyści zdrowotne i coraz więcej osób z naszego regionu ma tego świadomość. W obecnej sytuacji epidemiologicznej sięganie po dostępną, skuteczną profilaktykę grypy i infekcji pneumokokowych to jeden z najwyższych priorytetów. Mam wielką nadzieję, że już wkrótce taką ochroną zostaną objęci pacjenci onkologiczni z terenu całego województwa lubelskiego.

Lek. Zofia Woźnica
Specjalista pediatra, Kierownik Przychodni POZ – Praktyka Lekarska „Konsylium”,
Radna Sejmiku Województwa Lubelskiego

Miejscowość	Rodzaj samorządu	Obszar terapeutyczny	Lata realizacji	Czas trwania
Kraków	Urząd Miasta	Pneumokoki	2019-2024	6 lat
Suwałki	Urząd Gminy	Kleszczowe Zapalenie Mózgu	2019-2021	3 lata
Tarnowo Podgórne	Urząd Gminy	Pneumokoki	2020-2022	3 lata
Tarnowo Podgórne	Urząd Gminy	Meningokoki ACWY	2020-2022	3 lata
Elbląg	Urząd Miasta	Pneumokoki	2019-2020	2 lata
Żary	Urząd Miasta	Pneumokoki	2019-2019	1 rok
Brzeg Dolny	Urząd Gminy	Pneumokoki	2019-2023	5 lat
Sandomierz	Urząd Gminy	Meningokoki ACWY	2019-2023	5 lat
Jaworze	Urząd Gminy	Meningokoki ACWY	2019-2023	5 lat
Wielkopolska	Urząd Marszałkowski	Pneumokoki	2020-2022	3 lata
Wisznia Mała	Urząd Gminy	Meningokoki ACWY	2019-2020	2 lata
Żory	Urząd Miasta	Meningokoki ACWY	2020-2022	3 lata
Czemierniki	Urząd Gminy	Meningokoki ACWY	2020-2021	2 lata
Nowe Skalmierzyce	Urząd Miasta i Gminy	Pneumokoki	2019-2021	3 lata
Świętokrzyskie	Urząd Marszałkowski	Pneumokoki	2019-2021	3 lata
Powiat Olecko	Starostwo Powiatowe	Kleszczowe Zapalenie Mózgu	2018-2022	5 lat
Pomorskie	Urząd Marszałkowski	Pneumokoki	2018-2018	1 rok
Ustroń	Urząd Gminy	Kleszczowe Zapalenie Mózgu	2017-2022	6 lat
Toruń	Urząd Marszałkowski	Pneumokoki	2017-2017	1 rok
Wodzisław	Urząd Gminy	Meningokoki C	2016 - 2018	3 lata
Lublin	Urząd Marszałkowski	Pneumokoki	2016-2021	6 lat

Grupa docelowa	Liczba uczestników	Wartość programu PLN	Źródło finansowania	Numer opinii
75+	37 760	11 627 750,00	własne	3/2020
1+	180	58 000,00	własne	6/2020
60+	500	130 500,00	własne	27/2020
2-latki	540	108 500,00	własne	28/2020
65 + (J40-J47)	640	162 000,00	własne	63/2019
65+ (J40-J47)	100	35 000,00	własne	86/2019
50 +	1750	512 500,00	własne	102/2019
1+	590	116 400,00	własne	109/2019
1+	160	25 500,00	własne	110/2019
18 + grupy ryzyka	4500	3 337 496,00	fundusze unijne	152/2019
1-2-latki	117	30 000,00	własne	160/2019
2-latki	600	288 000,00	własne	179/2019
3-latki	159	28 620,00	własne	190/2019
65+	1375	412 500,00	własne	206/2018
Grupy ryzyka	5400	1 500 000,00	fundusze unijne	166/2018
ROLNICY I RODZINY/KRUS	1305	415 415,00	własne	43/2018
65+	6600	210 000,00	własne	159/2018
po 1. r.ż.	600	192 000,00	własne	76/2017
65+	1705	511 500,00	województwo	31/2016
16.-18. m.ż. VI klasa szkoły podst.	600	90 000,00	własne	62/2016
60+	460 000	133 400 000,00	własne	76/2016

W 2019 roku, z inicjatywy Urzędu Marszałkowskiego w Świętokrzyskim Centrum Onkologii w Kielcach powstał program „Szczepienia dla chorych onkologicznie” obejmujący szczepieniami ochronnymi przeciwko pneumokokom chorujących na nowotwory, mieszkańców woj. świętokrzyskiego. To innowacyjne przedsięwzięcie profilaktyczne ma na celu zmniejszenie zapadalności na chorobę pneumokokową wśród chorych z nowotworami litymi i hematologicznymi, u których powikłania wynikające z zapadalności na infekcję np. zapalenie płuc czy oskrzeli są śmiertelnym zagrożeniem. Wiemy już na podstawie własnych doświadczeń, które zostały udokumentowane i szeroko publikowane nie tylko w Polsce, że w przypadku chorych na przewlekłą białaczkę limfocytową, interwencja w odpowiednim czasie w postaci szczepienia przeciwko pneumokokom, sprawia, że pacjenci którzy wymagają chemioterapii znoszą leczenie zdecydowanie lepiej. Co ważne zmniejsza się też ryzyko powikłań. Realizowane są również działania informacyjno – edukacyjne dla osób leczonych onkologicznie oraz ich rodzin. Dziś nowotwór to już nie wyrok, wiele z nich można z sukcesem wyleczyć. Bardzo się cieszę, że nasza Klinika - jako pierwsza w Polsce - wprowadziła program, którego od początku byłem gorącym orędownikiem, a w efekcie autorem. Liczę, że za naszym przykładem pójdą inne, nie tylko Polskie kliniki. I bardzo Państwa do tego zachęcam.

Dr hab. n. med. Marcin Pasiarski

Prof. UJK, specjalista chorób wewnętrznych, hematolog, kierownik Kliniki Hematologii i Transplantacji Szpiku, Świętokrzyskie Centrum Onkologii

13. Czego nie robić w JST i dlaczego

Przegląd opinii Prezesa Agencji Oceny Technologii medycznych i Taryfikacji z ostatnich lat, pokazuje, że nie należy powielać w projektowanych programach polityki zdrowotnej świadczeń gwarantowanych.

Świadczenia gwarantowane, które są finansowane ze środków płatnika publicznego, mogą być elementem programu, tylko wtedy, gdy ich wykonanie w programie, wynika bezpośrednio z logiki interwencji.

Należy zastanowić się nad tym, czy warto konstruować i realizować skomplikowane i wielowątkowe programy. Taki program może okazać się skomplikowany w realizacji, gdyż będzie wymagał działań interdyscyplinarnych. Nie bez znaczenia jest to, że łatwiej osiągnąć zakładane efekty w programach prostszych. Osiągnięcie zakładanych efektów w rozbudowanych programach może być bardzo utrudnione, np. w przypadku opuszczania programu przez uczestników na poszczególnych jego etapach. W prostym programie można w takim przypadku podjąć określone działania naprawcze, skutkujące poprawą jego efektywności. W przypadku programu wielowątkowego, takie działania mogą być trudne do przeprowadzenia lub wręcz niemożliwe.

Wieloletnie doświadczenie samorządów terytorialnych w realizacji programów polityki zdrowotnej to, podobnie jak zbiór opinii AOTMiT, prawdziwa skarbnica wiedzy praktycznej. Warto zatem z niej skorzystać, np. poprzez bezpośredni kontakt z inną jednostką samorządu terytorialnego.

Cenne wskazówki „czego nie robić”, będą zawarte w „Repozytorium PPZ”, które zostanie wkrótce udostępnione na stronach AOTMiT. W repozytorium zamieszczone będą programy polityki zdrowotnej wraz z dokumentami wewnętrznymi Agencji, wykorzystywanymi w procesie oceny programu (raporty analityków itp.).

14. Najczęściej zadawane pytania i odpowiedzi

Czy samorząd może napisać np. dwa PPZ i wysłać w celu opinii do AOTMiT, a wprowadzić tylko jeden z powodów finansowych?

Jednostki samorządu terytorialnego nie są zobowiązane do obligatoryjnej realizacji programów polityki zdrowotnej, które uzyskały pozytywną lub warunkowo pozytywną opinię Prezesa AOTMiT.

Nie ma zatem przeszkód, aby samorząd mając np. dwa pozytywnie zaopiniowane programy, realizował tylko jeden z nich.

Gdzie należy wysłać program i w jakiej formie, na jaki adres (list polecony czy mail)?

Projekt programu polityki zdrowotnej należy wysłać do siedziby AOTMiT. Obecnie jest to ul. Przeskok 2, 00-032 Warszawa.

Projekt można wysłać zarówno w wersji papierowej, jak i elektronicznej.

W przypadku wysyłania projektu w wersji papierowej proponujemy wybrać formę przesyłki, która jest rejestrowana w systemie dostawcy, np. przesyłka polecona z potwierdzeniem odbioru lub przesyłka kurierska.

Jeśli projekt wysyłamy w formie elektronicznej, to najlepiej jest to zrobić poprzez przesłanie projektu z pismem przewodnim na elektroniczną skrytkę podawczą AOTMiT: /AOTMiT_ePUAP/SkrytkaESP lub mailem na adres: sekretariat@aotm.gov.pl. W obu przypadkach otrzymujemy potwierdzenie dostarczenia dokumentów.

Projekt w formie elektronicznej najlepiej jeśli będzie w formacie PDF, wygenerowanym przez edytor tekstu lub przez „Kreator Programów Zdrowotnych” – narzędzie opracowane przez AOTMiT i dostępne pod adresem: kreator.power.aotm.gov.pl.

Czy wysłanie programu do AOTMiT zobowiązuje samorząd do uruchomienia programu?

Jednostki samorządu terytorialnego nie są zobowiązane do obligatoryjnej realizacji programów polityki zdrowotnej, które uzyskały pozytywną lub warunkowo pozytywną opinię Prezesa AOTMiT.

Jednostka samorządu terytorialnego może nie przystąpić do uruchomienia takiego programu, np. ze względu na zmianę sytuacji budżetowej lub odroczyć w czasie jego uruchomienie. Odroczenie uruchomienia programu nie może być dłuższe niż 2 lata od jego zaopiniowania.

Na jaki minimalny i maksymalny okres powinny być pisane programy?

Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych nie precyzuje tego. Jednak posiłkując się art. 5 pkt. 29a przedmiotowej ustawy, który definiuje program polityki zdrowotnej jako „zespół zaplanowanych i zamierzonych działań z zakresu opieki zdrowotnej ocenianych jako skuteczne, bezpieczne i uzasadnione, umożliwiających osiągnięcie w określonym terminie założonych celów, polegających na wykrywaniu i zrealizowaniu określonych potrzeb zdrowotnych oraz poprawy stanu zdrowia określonej grupy świadczeniobiorców (...)”, należy uznać, że zakładając konieczność przeprowadzenia ewaluacji programu, nie powinien on trwać krócej niż 1 rok.

Maksymalny czas trwania programu jest również nieograniczony ustawowo, jednak AOTMiT zaleca, aby nie był on jednorazowo dłuższy niż 5 lat.

Czy program może być przerwany przed jego zakończeniem?

Jednostka samorządu terytorialnego może w dowolnym momencie realizacji programu polityki zdrowotnej, np. ze względu na sytuację budżetową lub zakwalifikowanie realizowanych w nim interwencji do świadczeń gwarantowanych, przerwać realizację danego programu. Przerwanie realizacji może być trwałe, co jest równoznaczne z jego wcześniejszym zakończeniem, lub czasowe.

W przypadku wcześniejszego zakończenia realizacji programu, samorząd powinien zagwarantować dokończenie osobom już w nim uczestniczącym, wszystkich zaplanowanych dla nich interwencji oraz zrealizować obowiązek przesłania do AOTMiT raportu z jego realizacji, o którym mowa w 48a ust. 13 i 14 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Możliwe jest także czasowe przerwanie realizacji programu (w całości lub części), a następnie wznowienie jego realizacji. Taka przerwa, czyli de facto zawieszenie realizacji programu, nie powinna być dłuższa niż 2 lata. W przypadku podjęcia przez JST decyzji o czasowym zawieszeniu realizacji programu, należy jednocześnie wydłużyć czas jego realizacji o okres odpowiadający jego zawieszeniu. Wydłużenie okresu realizacji programu, nie wiąże się z obowiązkiem uzyskania opinii Prezesa AOTMiT.

Czy można wprowadzać do programu zmiany w trakcie jego trwania, bez ponownego pisania programu, np. poszerzenie grupy wiekowej?

Do realizowanego programu można wprowadzać jedynie zmiany, które nie wiążą się z obowiązkiem uzyskania ponownej opinii Prezesa AOTMiT, np.:

- ✔ zmiany wzorów ankiet stosowanych w programie (np. ankiety rekrutacyjne, satysfakcji, badające poziom wiedzy);
- ✔ zmiany czasu trwania konkretnej interwencji (np. edukacji), o ile nie skutkuje to ograniczeniem jej zakresu;
- ✔ zmiany wymogów odnośnie do personelu programu (np. rozszerzenie kadry), o ile nie skutkuje to ograniczeniem wykonywania danych interwencji, a personel ma odpowiednią wiedzę i kompetencje do ich wykonywania;
- ✔ zmiana kolejności interwencji, o ile nie są one połączone ze sobą ciągiem przyczynowo skutkowym;
- ✔ zmiany w budżecie programu (np. zmiana wyceny poszczególnych interwencji, zwiększenie lub zmniejszenie ogólnego budżetu), o ile nie powodują one zawężenia zakresu programu.

Zmiany grupy docelowej (rozszerzenie lub zawężenie) nie są dopuszczalne w trakcie realizacji programu i wymagają uzyskania ponownej opinii AOTMiT. Wyjątkiem od tej zasady jest sytuacja, gdy w czasie realizacji zmieniana jest grupa docelowa, na zgodną z wydanymi przez AOTMiT rekomendacjami, o których mowa w art. 48aa ust. 5 i 6 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Z uwagi na brak oficjalnego katalogu zmian w programach polityki zdrowotnej, których wprowadzenie nie wymaga uzyskania ponownej opinii Prezesa AOTMiT, dobrą praktyką jest zwrócenie się przez JST do AOTMiT z pisemnym zapytaniem w takich sprawach.

Czy wyliczenia zawarte w wysłanym do AOTMiT projekcie programu (cena szczepienia i usługi) są wiążące przy realizacji programu?

Z uwagi na czynniki zewnętrzne, na które JST nie ma wpływu (zmiany minimalnego wynagrodzenia za pracę, zmiany cen szczepionek czy nośników energii), wyliczenia poczynione na etapie opracowywania projektu programu są wyliczeniami szacunkowymi i mogą ulec zmianie, zarówno w czasie od uzyskania opinii do rozpoczęcia jego realizacji, jak również w jej trakcie.

Zmiany te nie wymagają opinii AOTMiT, jeśli nie skutkują zmianą zakresu programu.

Czy programy mogą być współfinansowane przez różne samorządy (powiat, gmina)?

Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w art. 48c, wprost dopuszcza takie współfinansowanie.

Szczegóły wzajemnego współfinansowania muszą zostać określone już na etapie opracowywania programu, przed jego przestaniem do AOTMiT.

Znanych jest wiele przykładów wspólnego finansowania programów polityki zdrowotnej przez samorządy różnych szczebli.

Czy program może być współfinansowany przez pacjenta?

Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, nie zakazuje współfinansowania przez uczestnika programu, otrzymywanych interwencji (np. współpłacenie za szczepienie). Należy jednak zauważyć, że współpłacenie może zdecydowanie negatywnie wpłynąć na zgłaszalność do danego programu.

W przypadku planowania współpłacenia przez uczestników, należy w projekcie programu wyraźnie i jednoznacznie określić, jakie interwencje współfinansuje jego uczestnik i w jakiej wysokości (procentowo lub kwotowo).

Po uzyskaniu opinii Prezesa AOTMiT oraz w czasie realizacji nie ma możliwości zmiany katalogu interwencji objętych współpłaceniem przez uczestnika programu. Dopuszczalna jest jedynie możliwość zmiany wysokości (spadek lub wzrost) oraz rezygnacja ze współpłacenia.

Czy można podpisać umowę z realizatorem na więcej niż rok?

Plusy i minusy takiej sytuacji.

Umowy z realizatorami programów mogą być podpisywane na dowolny okres, nie dłuższy jednak niż czas trwania danych programów. Dopuszczalne są zatem zarówno umowy roczne, jak i wieloletnie, a każde rozwiązanie ma swoje pozytywne, jak i negatywne strony. Pozytywną stroną umów rocznych jest możliwość częstego dostosowywania liczby realizatorów programu do zmieniającej się ich liczby na terenie działania danej JST. Nie bez znaczenia jest także możliwość redukcji kosztów pośrednich (poprzez zmniejszenie liczby realizatorów) w przypadku małego zainteresowania danym programem. Negatywnym aspektem umów rocznych, jest konieczność corocznego ogłaszania konkursów na realizatorów danego programu oraz duża uciążliwość dla potencjalnych jego uczestników.

Umowy wieloletnie, szczególnie te zawarte na cały okres realizacji programu, zapewniają zdecydowanie większą stabilność dla jego uczestników (mieszkańcy wiedzą, gdzie dany program był i jest realizowany) oraz nie wiążą się z koniecznością częstego ogłaszania konkursów na realizatorów. Należy dodać, że w przypadku wielu programów, w których interwencje są ze sobą wzajemnie powiązane i rozciągnięte w czasie (np. programy zawierające jednocześnie badania przesiewowe i rehabilitację), stosowanie umów rocznych jest praktycznie niemożliwe.

Reasumując, można stwierdzić, że wybór: umowy roczne czy wieloletnie, powinien być dobrze przemyślany i uwzględniać w pierwszej kolejności zakres interwencji założonych w programie oraz maksymalizować dostępność do niego.

Kiedy powinna być przeprowadzona ewaluacja (w każdym roku, czy na zakończenie programu)?

Ewaluacja programu polityki zdrowotnej to jego obowiązkowy element. Brak zaplanowania ewaluacji w projekcie programu skutkuje odesłaniem przez AOTMiT projektu do samorządu, bez jego rozpatrzenia, ze wskazaniem braków formalnych.

Ponieważ ewaluacja odnosi się z zasady do oceny stopnia zrealizowania przede wszystkim celu głównego programu, powinna być więc ona zaplanowana i wykonana po zakończeniu wszystkich interwencji skierowanych do uczestników tego programu.

Notatki

Projekt edukacji środowisk samorządowych oraz
przedstawicieli przedsiębiorców i pracodawców.

Więcej informacji: www.zdrowieczlowiekprofilaktyka.pl



**zdrowie
człowiek
profilaktyka**

Projekt edukacji środowisk
samorządowych oraz przedstawicieli
przedsiębiorców i pracodawców.

Więcej informacji:
www.zdrowieczlowiekprofilaktyka.pl