

Struktura PPZ

ELEMENT PROGRAMU	UWAGI
I. STRONA TYTUŁOWA	
1. Nazwa programu	Zaproponowany tytuł przez autorów programu.
2. Okres realizacji programu	Ma być dopasowany do potrzeb, celów, oczekiwanych efektów. Należy tworzyć programy wieloletnie, które przyniosą zdecydowanie lepszy skutek niż programy przygotowane jedynie na rok lub krócej.
3. Autorzy programu	Należy wymienić imiennie autorów programu jeśli jest to możliwe, w innym przypadku dopuszczalne jest wskazanie instytucji przygotowującej projekt programu
4. Kontynuacja/trwałość programu	Określenie czy jest zachowana ciągłość działań programu <small>(Zgodnie z art. 48a ust. 2 ustawy o świadczeniach. [1])</small>
II. OPIS PROBLEMU ZDROWOTNEGO	
1. Problem zdrowotny	Zawarcie krótkich informacji na temat jednostek chorobowych, których ma dotyczyć dany program. Należy określić w miarę możliwości definicję, epidemiologię, etiologię i patogenezę, obrazu klinicznego, przebiegu naturalnego, rozpoznania, leczenia, rokowania. Obowiązkowe jest wskazanie piśmiennictwa.
2. Epidemiologia	Wymagane jest wskazanie na podstawie danych globalnych (świat), krajowych (Polska) oraz lokalnych (województwo/powiat/gmina), zapadalności/chorobowości lub śmiertelności, ze szczególnym uwzględnieniem populacji, której ma dotyczyć dany program. Przedstawione dane powinny być jak najświeższe. Obowiązkowe jest określenie piśmiennictwa <small>(Punkt powinien być zgodny z zapisami art. 31a ust. 1 pkt. 1a,1b, 2 oraz 3 Ustawy.)</small>
3. Populacja podlegająca jst i populacja kwalifikująca się do włączenia do programu	Określenie populacji podlegającej jst na podstawie rzetelnych źródeł informacji ze wskazaniem okresu za jaki pochodzą dane. Autorzy projektu programu powinni wyodrębnić subpopulację, którą docelowo planuje się objąć działaniami programu, np. grupy ryzyka.
4. Obecne postępowanie	Warto uzupełnić ten punkt o informacje czy są lub były prowadzone działania zarówno na terenie danej jst, w innych samorządach lub w skali ogólnokrajowej (np. przez MZ lub NFZ).
5. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu	Wskazanie przesłanek, które posłużyły autorom programu do stwierdzenia, że program z danego zakresu jest działaniem niezbędnym, a jednocześnie działania zaproponowane w ramach programu przyczynią się do zahamowania lub zmniejszenia niekorzystnych skutków danego problemu zdrowotnego na terenie jst.

III. CELE PROGRAMU	
1. Cel główny	Określenie najważniejszego celu, do którego należy dążyć podczas trwania programu. Sugeruje się określenie jednego celu głównego. Ma on być możliwy do osiągnięcia podczas trwania programu.
2. Cele szczegółowe	Wskazanie kilku celów szczegółowych, które mogą odnosić się do skutków zastosowania danych interwencji w określonej populacji (np. sformułowanych w oparciu o koncepcję S.M.A.R.T.).
3. Oczekiwane efekty	Efekty, które spodziewają się osiągnąć autorzy programu w ramach prowadzonych działań. Mają one odwoływać się do zaproponowanych celów programu.
4. Mierniki efektywności odpowiadające celom programu	Określenie za pomocą jakich mierników możliwe jest osiągnięcie poszczególnych efektów programu, a co za tym idzie, jakimi metodami możliwe jest osiągnięcie założonych celów.
IV. ADRESACI PROGRAMU	
1. Oszacowanie populacji, której włączenie do programu jest możliwe	Szacunki autorów programu dot. populacji, którą planują objąć działaniami programu. Należy wskazać na podstawie jakich źródeł (np. prowadzenia programów w latach ubiegłych na terenie jst, czy też dane krajowe dot. programów o podobnej tematyce) zostanie oszacowana populacja, która będzie miała możliwość uczestniczenia w programie. Należy pamiętać o równym traktowaniu każdej osoby z populacji, dlatego też należy dążyć do równego dostępu wszystkich osób z danej populacji/subpopulacji do programu.
2. Tryb zapraszania do programu	Określenie w jaki sposób autorzy planują informować o programie. Należałoby wskazać możliwie wszystkie kanały dotarcia do potencjalnych odbiorców programu.
V. ORGANIZACJA PROGRAMU	
1. Części składowe, etapy i działania organizacyjne	W tym punkcie należy określić poszczególne części składowe projektu programu począwszy np. od wykonania projektu programu, poprzez wybór realizatora, prowadzenie akcji promocyjno-informacyjnej, a kończąc na działaniach ewaluacyjnych. Należy również przedstawić projekt z podziałem na etapy, np. etap akcji edukacyjnej, czy też prowadzenia badania z określeniem czynności jakie będą wykonywane w poszczególnych etapach i kogo będą dotyczyć. Dodatkowo wskazać należy typ działań organizacyjnych (czy będą to krótko- czy długoterminowe zadania)
2. Planowane interwencje	Wymagane jest wskazanie wszystkich interwencji, które będą prowadzone w czasie trwania programu. Należy pamiętać, że interwencję będzie również stanowić np. akcja edukacyjna programu jeśli została przewidziana. Jeżeli program przewiduje stosowanie np. produktów leczniczych, należy wskazać wszystkie dostępne.

3. Kryteria i sposób kwalifikacji uczestników	<p>Kryteria włączenia może stanowić chociażby wiek czy też brak dodatkowych schorzeń. Jeżeli interwencje przewidziane w ramach programu będą związane z przeprowadzeniem badań lub szczepień należałoby przed przystąpieniem do nich przeprowadzić konsultację lekarską w celu wykluczenia osób, które z powodu stanu zdrowia nie powinny zostać włączone do programu. Sugeruje się określenie ewentualnych kryteriów wykluczenia osób z programu.</p>
4. Zasady udzielania świadczeń w ramach programu	<p>Określenie na jakich warunkach przewidziane interwencje w ramach programu będą dostępne dla uczestników. Należy określić (jeśli jest to możliwe) czas, miejsce oraz rodzaj udzielanych świadczeń w ramach programu.</p>
5. Sposób powiązania działań programu ze świadczeniami zdrowotnymi finansowanymi ze środków publicznych	<p>W tym punkcie należy zawrzeć odniesienie do obecnej sytuacji. Autor programu ma określić czy działania zaproponowane w ramach programu będą uzupełnieniem świadczeń niedostępnych obecnie dla danej populacji (np. szczepienia poza Programem Szczepień Ochronnych), czy też będą stanowić zwiększenie dostępu do świadczeń w ramach finansowania ze środków publicznych (np. świadczenia rehabilitacyjne).</p>
6. Spójność merytoryczna i organizacyjna	<p>Wskazane jest określenie ^(w oparciu o art. 48 ust. 4 Ustawy o świadczeniach) czy w opinii autorów projekt PPZ jest spójny merytorycznie i organizacyjnie ze świadczeniami gwarantowanymi objętymi programami, o których mowa w ust. 1 Ustawy, realizowanymi przez ministrów oraz NFZ.</p>
7. Sposób zakończenia udziału w programie i możliwości kontynuacji otrzymywania świadczeń zdrowotnych przez uczestników programu, jeżeli istnieją wskazania	<p>Autor w ramach programu powinien określić ścieżkę postępowania z uczestnikiem programu po zakończeniu przez niego udziału. Jest to wskazane z uwagi na fakt zachowania ciągłości prowadzenia diagnostyki wykrytych zmian lub podjęcia w specjalistycznych placówkach opieki zdrowotnej leczenia wykrytych schorzeń.</p> <p>Należy pamiętać, że kompleksowa opieka medyczna może przynieść pacjentowi dużo więcej korzyści. Warto również zaznaczyć, że w ramach prowadzonych programów uczestnicy powinni mieć możliwość zakończenia udziału na każdym etapie.</p>
8. Bezpieczeństwo planowanych interwencji	<p>Sugeruje się przedstawienie dowodów naukowych dotyczących bezpieczeństwa działań wykorzystywanych w programie. Jeżeli program dotyczy wykonywania szczepień to dowody naukowe powinny dotyczyć np. działań niepożądanych stwierdzonych podczas prowadzonych badań.</p>
9. Kompetencje/warunki i niezbędne do realizacji programu	<p>W tym punkcie należy określić jakie kompetencje powinien posiadać realizator programu czyli podmiot, który zostanie wyłoniony w drodze otwartego konkursu ofert. Kompetencje powinny odnosić się do kadry pracowniczej, wyposażenia, warunków lokalowych, czy też doświadczenia w przeprowadzaniu akcji o podobnych charakterze.</p>
10. Dowody skuteczności planowanych działań	<p>Dowody naukowe dotyczące efektywności klinicznej działań wykorzystywanych w programie z podziałem na poszczególne kategorie: opinie ekspertów klinicznych, zalecenia/wytyczne praktyki klinicznej, dowody efektywności klinicznej itp.</p>

	(zgodnie z art. 31a ust. 1 pkt. 4, 5 i 6 ustawy[1])
a) <i>Opinie ekspertów klinicznych</i>	W przypadku wystąpienia przez autorów programu do eksperta z danej dziedziny, należy przytoczyć jego opinie w tym punkcie.
b) <i>Zalecenia, wytyczne i standardy dotyczące postępowania w problemie zdrowotnym, którego dotyczy wniosek</i>	Jeżeli autorzy projektu programu dotarli do zaleceń bądź rekomendacji klinicznych polskich lub zagranicznych, sugeruje się dołączyć wnioski z ww. dowodów naukowych. Szczególną wartość merytoryczną będą mieć opracowania zgodne z zasadami medycyny opartej na dowodach (EBM, <i>evidence-based medicine</i>).
c) <i>Dowody skuteczności (efektywności klinicznej) oraz efektywności kosztowej</i>	W przypadku odnalezienia dowodów efektywności klinicznej, należy dołączyć ich wyniki do projektu programu, zwłaszcza przeglądy systematyczne i analizy ekonomiczne wykonane zgodnie z metodologią oceny technologii medycznych (HTA, <i>health technology assessment</i>). Jeżeli autorom programu uda się dotrzeć do opracowań zagranicznych, należy pamiętać o istniejących różnicach między systemami ochrony zdrowia w Polsce oraz w innych krajach. W wielu wypadkach nie jest możliwe bezpośrednie porównanie systemów.
d) <i>Informacje nt. podobnych programów polityki zdrowotnej wykonywanych w zgłaszającej program lub innych jst (jeżeli są dostępne)</i>	Autorzy programu powinni wykonać przeszukanie pod kątem określenia, czy w innych jednostkach jst prowadzone są podobne PPZ.
VI. KOSZTY	
1. Koszty jednostkowe	Możliwe jest określenie kosztów jednostkowych w przeliczeniu na pojedynczego uczestnika programu lub też ukazanie kosztu jednostkowego w rozbiciu na poszczególne świadczenia oferowane w ramach programu (np. w ramach świadczeń rehabilitacyjnych). W przypadku, gdy w programie występuje kilka interwencji, które są stosowane z podziałem na poszczególne grupy uczestników programu, sugeruje się określenie kosztu jednostkowego każdej z grup interwencji. Takie podejście zdecydowanie poprawia przejrzystość programu.
2. Planowane koszty całkowite	W tym punkcie należy wskazać sumaryczny koszt wszystkich kosztów jednostkowych. Łącznie dam on nam koszt całkowity PPZ (zgodnie z art. 31a ust. 1 pkt. 7 ustawy[1]).
3. Źródła finansowania, partnerstwo	Należy wskazać jednostkę, która będzie finansować PPZ. W przypadku partnerstwa w kwestii finansowania należy określić jaki udział będzie mieć finansowanie pochodzące z innego źródła niż budżet jst. W przypadku, gdyby do programu miała zostać włączona np. jednostka badawcza, również należy określić zakres partnerstwa.

4. Argumenty przemawiające za tym, że wykorzystanie dostępnych zasobów jest optymalne	W tym punkcie należy określić powody wyboru danego programu (czy było to spowodowane np. podwyższoną zachorowalnością/umieralnością czy też brakiem jakichkolwiek świadczeń alternatywnych dla danej populacji).
VII. MONITOROWANIE I EWALUACJA	
1. Ocena zgłaszalności do programu	Ma ona zawierać wskaźniki określające poziom zgłaszalności uczestników do programu.
2. Ocena jakości świadczeń w programie	Może być przeprowadzana np. przez zewnętrznego eksperta w danej dziedzinie. Wnioski pokontrolne mogą przyczynić się do poprawy funkcjonowania programu w kolejnych okresach. Wskazaniem jest dodatkowo przygotowanie ankiety ewaluacyjnej dla pacjenta, w której to będzie możliwość wypowiedzenia się w kwestii jakości programu.
3. Ocena efektywności programu	Ma opierać się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu a stanem po jego zakończeniu (można też przyjąć krótszy okres ewaluacji np. rok, ale wtedy należy przeprowadzać coroczną ewaluację programu). W przypadku takich wskaźników jak zachorowalność, czy też umieralność sugeruje się przeprowadzanie ewaluacji efektywności w dłuższej perspektywie czasowej np. 5-letniej.
4. Ocena trwałości efektów programu	Określenie czy w kolejnych latach program będzie realizowany. Należy określić czy pacjent będzie mógł skorzystać ze świadczeń gwarantowanych w przypadku potrzeby skorzystania z poszerzonej diagnostyki.

Opracowano na podstawie:

- 1) Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r., poz. 581 z późn. zm.)
- 2) Zarządzenie nr 8/2008/DGL Prezesa NFZ z dnia 29 stycznia 2008 r. w sprawie zasad opracowywania przez NFZ terapeutycznych programów zdrowotnych (<http://www2.nfz.gov.pl/zarzadzenia-prezesa/zarzadzenia-prezesa-nfz/zarzadzenie-nr-82008dgl,3071.html>);
- 3) Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2009 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych (Dz.U. 2009, 137, poz. 1126)
- 4) Uchwała Nr. 90/2007 Rady Ministrów z dnia 15 maja 2007 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2007-2015
http://www.mz.gov.pl/_data/assets/pdf_file/0020/12494/zal_urm_npz_90_15052007p.pdf
- 5) Wurzbach ME (ed.). Community Health Education and Promotion—A Guide to Program Design and Evaluation. Aspen Publishers, Inc., Gaithersburg, Maryland, 2002
- 6) Porteous NL, Sheldrick BJ, Stewart PJ. The logic model: a blueprint for describing programs.
http://med-fom-familymed-research.sites.olt.ubc.ca/files/2012/03/logic_model_e.pdf