



Premiera:

- raportu pt. „**Rola organizacji pacjentów w systemie ochrony zdrowia w Polsce i na świecie**”
- oraz dokumentu: „**Kierunki zmian dotyczące partycypacji organizacji pacjentów w tworzeniu polityki zdrowotnej w Polsce**”

AGENDA SPOTKANIA:

10:00 – 10:10

Rozpoczęcie spotkania

Minister Bartłomiej Chmielowiec, Rzecznik Praw Pacjenta

Bogna Cichowska-Duma Dyrektor Generalna Związku Pracodawców Innowacyjnych Firm Farmaceutycznych INFARMA

dr hab. n. med. Mariusz Gujski, Dziekan Wydziału Nauk o Zdrowiu Warszawski Uniwersytet Medyczny

10:10 – 10:40

Prezentacja kluczowych wniosków z Raportu

Maria Libura

10:40 – 11:00

Wielopoziomowa współpraca z organizacjami pacjentów na przykładzie Czech

Simona Zabranska, członek Rady Organizacji Pacjentów w Czechach

11:00 – 11:30

Dyskusja z udziałem przedstawicieli organizacji pacjentów w Polsce i biurem Rzecznika Praw Pacjenta

Dorota Korycińska, OFO - Ogólnopolska Federacja Onkologiczna

Dagmara Samselska, Unia Stowarzyszeń Chorych na Łuszczycę i ŁZS

Anna Śliwińska, Polskie Stowarzyszenie Diabetyków

Malina Wieczorek, Prezes Fundacji SM Walcz o Siebie

Monika Zamarlik, Ogólnopolska Federacja Organizacji Pomocy Dzieciom i Młodzieży Chorym na Cukrzycę

Jakub Gołąb, Dyrektor Departamentu Dialogu Społecznego i Komunikacji w Biurze Rzecznika Praw Pacjenta

11:30 – 11:50

Sesja Q&A z dziennikarzami

11:50 – 12:00

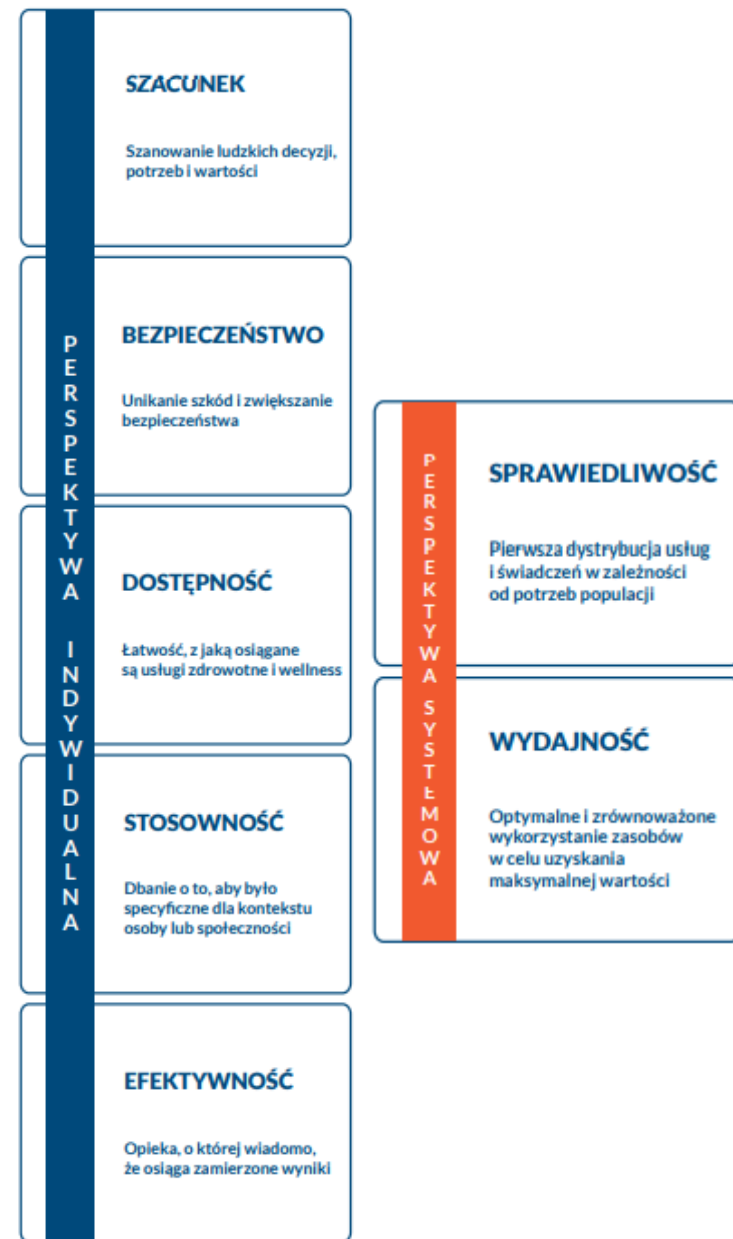
Zakończenie spotkania



- Raport w sposób kompleksowy przedstawia uwarunkowania i modele zaangażowania pacjentów w kształtowanie systemu ochrony zdrowia na wszystkich jego poziomach.
- Raport ukazuje historyczne, kulturowe i legislacyjne zmiany prowadzące od **patient engagement** do **patient empowerment**, czyli od aktywizowania pacjentów i tworzenia praktycznych modeli współpracy po wzmocnienie ich pozycji i głosu w debacie publicznej oraz faktycznego wpływu na kształt systemu opieki zdrowotnej.
- Celem raportu jest analiza modeli zaangażowania organizacji pacjentów w Polsce oraz ich porównanie z rozwiązaniami stosowanymi w innych krajach, takich jak Czechy, Wielka Brytania, Holandia czy Kanada.

CEL ZAANGAŻOWANIA ORGANIZACJI PACJENTÓW = POPRAWA JAKOŚCI OPIEKI ZDROWOTNEJ

Zaangażowanie pacjentów oraz organizacji pacjentów w kształtowanie opieki zdrowotnej, włączenie ich we wspólne projektowanie usług medycznych może przyczynić się do zmniejszenia liczby przyjęć w szpitalach, poprawy skuteczności, wydajności i jakości usług zdrowotnych, jak i poprawy jakości życia samych pacjentów.





Kompetencje zdrowotne, nazywane również alfabetyzmem zdrowotnym (z ang. *health literacy*) czy funkcjonalną wiedzą zdrowotną to "mechanizmy poznawcze i umiejętności społeczne, oddziałujące na motywację i umiejętności jednostek do zdobywania dostępu, poszukiwania oraz rozumienia i na tej podstawie korzystania z informacji, co ma przekładać się na poprawę i utrzymywanie dobrego zdrowia" (Niedorys 2019).

Podział kompetencji w zakresie:

- promocji zdrowia (zachowanie dobrostanu lub jego poprawa);
- zapobiegania chorobom;
- Zasad funkcjonowania opieki zdrowotnej, w tym konkretnych procesów polityki zdrowotnej;
- korzystania z systemu opieki zdrowotnej, w tym wyszukiwania informacji.



Zaangażowanie pacjentów – wyzwania

Najważniejsze czynniki kształtujące zaangażowanie organizacji pacjentów:



Rozwój kompetencji pacjentów, jak i rzeczywisty wkład pacjentów w poprawę jakości opieki medycznej jest zależny od jakości organizacji i ich włączania w procesy podejmowania decyzji.



1. Uzasadnienie wprowadzenia inicjatywy / programu / działania:

- › Czego oczekuje się od społeczeństwa/pacjentów w danym procesie?

2. Zakres inicjatywy / programu / działania:

- › poinformować w ramach danego procesu, jakie działania będą podjęte (planowanie / ustalanie priorytetów / alokacji zasobów / świadczenia usług / innych)
- › Na jakim poziomie procesu decyzyjnego będzie zaangażowana opinia publiczna/pacjenci?
- › W jakim stopniu działalność będzie sformalizowana (jeśli w ogóle)?
- › Czy będzie to działanie jednorazowe, regularne czy ciągłe?
- › Jaka będzie rola społeczeństwa/pacjentów w tym procesie?

3. Reprezentacja społeczeństwa/pacjentów:

- › Kto odpowiada za przebieg procesu?
- › Kto decyduje o tym, kto jest zaangażowany i jak?
- › Kto będzie ostatecznie włączony i dlaczego?
- › Czy jest to zadanie w ramach publicznego procesu decyzyjnego z udziałem wielu zainteresowanych stron?

4. Równość przyjętych zasad:

- › Czy będzie zapewniona odpowiednia reprezentacja społeczeństwa i jakie są kryteria identyfikacji odpowiednich reprezentantów?
- › Czy istnieje narażenie na ryzyko realizacji interesów części społeczeństwa ze szkodą dla innych – np. grup wrażliwych społecznie?
- › Czy jakieś inne czynniki potencjalnie różnicują rolę i zakres odpowiedzialności osób biorących udział w procesie (osoby mogące podejmować decyzje vs pozostałe)?

5. Proces zaangażowania:

- › Jakie strategie zostaną zastosowane w celu zaangażowania publicznego/pacjentów?
- › W jaki sposób zostaną zapewnione kanały dotarcia odpowiednie dla poszczególnych grup społecznych oraz jak zostaną dostarczone wymagania dotyczące danej inicjatywy / działania?
- › W jaki sposób zostanie zapewnione, że społeczeństwo otrzyma odpowiednie informacje?
- › W jaki sposób zostanie zapewnione, że decyzje i powody decyzji zostaną przekazane opinii publicznej?

6. Odpowiedzialność:

- › Czy podjęte decyzje w ramach procesu będą prawnie wiążące?
- › Kto ma moc zmieniać aktualny stan rzeczy?
- › W jaki sposób proces będzie monitorowany i kontrolowany?
- › Jakie wdrożono procedury zarządzania konfliktem interesów?
- › Jakie wdrożono procedury zarządzania konfliktami w ramach procesu?
- › Jakie jest prawdopodobieństwo akceptacji wyników zaangażowania społecznego przez różne zainteresowane strony (np. profesjonalistów, określone grupy interesów)?

7. Potencjalne bariery:

- › Jakie są przewidywane ograniczenia w realizacji podjętych działań i jakie są strategie, podejmowane w celu ich przezwyciężenia (np. język dokumentów urzędniczych)?
- › Jak należy wprowadzić strategie wspierające publiczne/pacjentów zaangażowania (np. szkolenia, finansowanie społeczności)?
- › Czy opracowano strategie zarządzania oczekiwaniami społecznymi?

8. Ocena wpływu:

- › Jakie są oczekiwane wyniki?
- › W jaki sposób określono wskaźniki sukcesu danego działania/inicjatywy?
- › Jakie są ramy czasowe oceny?
- › Kto przeprowadza ocenę (zewnątrzną / wewnętrzną, formalną / nieformalną) przeprowadzonego procesu podejmowania decyzji czy wprowadzania zmian?
- › Jakie istnieją mechanizmy informacji zwrotnej od uczestników procesu czy po wdrożeniu zaplanowanych zmian w polityce zdrowotnej?

PODSTAWOWE DEFINICJE – PATIENT ENGAGEMENT / PATIENT EMPOWERMENT



Patient empowerment (upodmiotowienie/ wzmocnienie/ umocowanie pacjentów)

jest procesem, w którym pacjenci uzyskują kontrolę nad decyzjami i działaniami dotyczącymi ich zdrowia (WHO). Koncepcja ta początkowo dotyczyła indywidualnego pacjenta, została jednak rozszerzona tak, by uwzględniać rolę organizacji pacjentów.

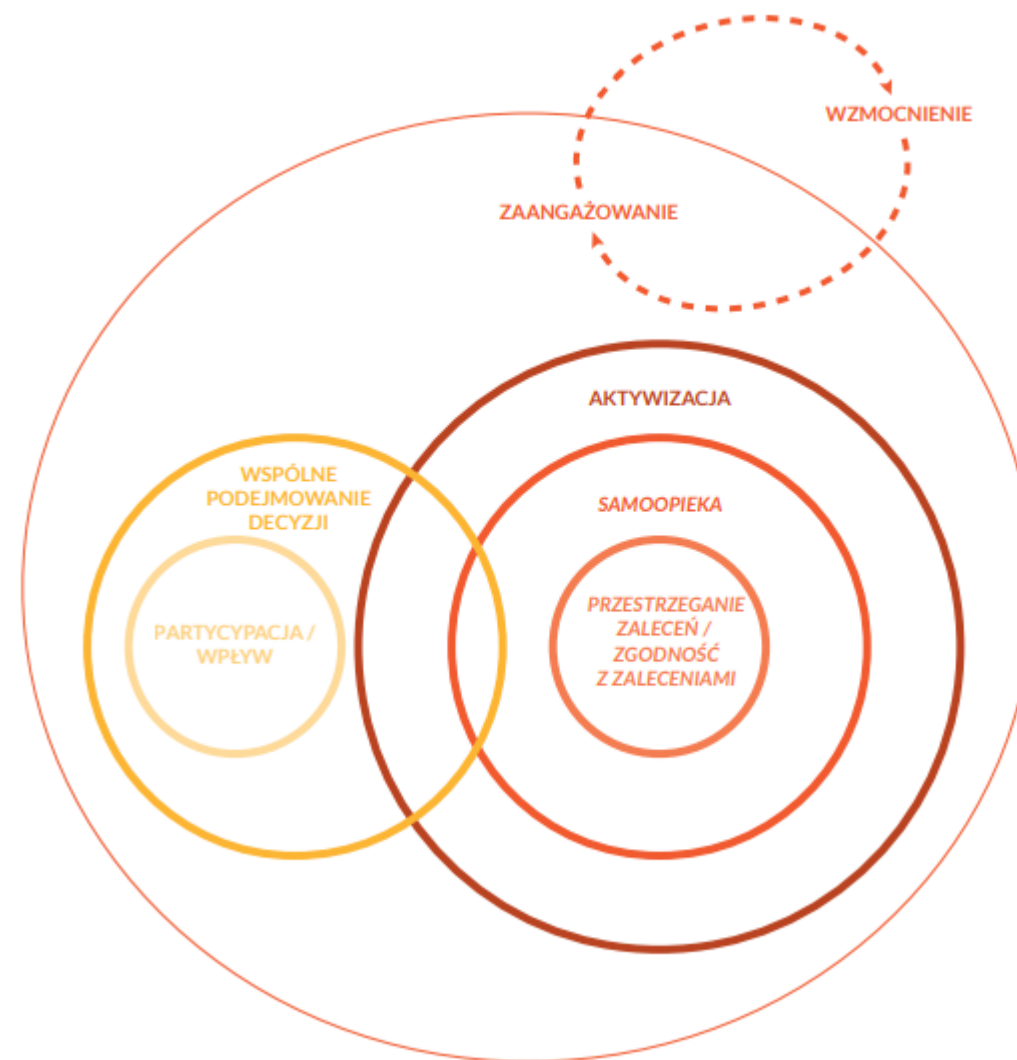


Zaangażowanie pacjentów (patient engagement/involvement/participation)

pojęcie nadrzędne, które obejmuje inne terminy, dotyczące zaangażowania zarówno indywidualnych pacjentów i ich opiekunów, jak i organizacji pacjentów.

PACJENCI INDYWIDUALNI: przestrzeganie zaleceń lekarskich, adherencja, sojusz terapeutyczny, wspólne podejmowanie decyzji, aktywizacja pacjenta, zarządzanie chorobą, zaangażowanie technologiczne pacjenta, które są tradycyjnie używane do określenia różnych modeli mniej lub bardziej aktywnej roli pacjenta w procesie terapeutycznym.

ORGANIZACJE I GRUPY: współuczestnictwo w podejmowaniu decyzji na poziomie poszczególnych podmiotów leczniczych, ale też szerszych procesów ustanawiania i realizowania polityki zdrowotnej.





Proces tworzenia koszyka świadczeń gwarantowanych

jest procesem wieloetapowym obejmujące tworzenie algorytmów postępowania diagnostyczno-terapeutycznego przy wsparciu wielospecjalistycznych zespołów ekspertów, lecz także pacjentów

Zaangażowanie pacjentów w proces tworzenia świadczeń gwarantowanych (poziom makro)



Na świecie wyróżnia się wiele etapów, na których można zaangażować pacjentów w proces tworzenia świadczeń gwarantowanych – tj. wybór tematów, określenie zakresu oceny (*scoping*), ocena technologii (raport HTA), ocena wartościująca, uczestnictwo w procesie podejmowania decyzji czy proces odwoławczy.



Obecnie pacjenci w Polsce współpracują głównie nad wypracowaniem propozycji koncepcji świadczeń głównie z AOTMiT czy NFZ, w najmniejszym zaś stopniu z MZ, pomimo że proces ten ostatecznie jest zamykany w ramach tej instytucji.

Dobre praktyki:



Kanada



Czechy



Holandia

ETAPY		REGULACJE PRAWNE	WPROWADZONE PROCEDURY NA POZIOMIE KONKRETNÝCH INSTYTUCJI
1	USTALANIE PRIORYTETÓW	MZ ustala priorytety zdrowotne.	Formalne spotkania z pacjentami lub z firmami i klinicystami (brak regulacji i określonych procedur)
2	ZGŁASZANIE WNIOSEKÓW		Formalne spotkania z pacjentami lub z firmami i klinicystami (brak regulacji i określonych procedur), zgłaszanie wniosków przez Stowarzyszenia pacjentów poprzez Konsultanta Krajowego, wysyłanie formalnych pism do Ministra Zdrowia
3	WYBÓR TEMATÓW	W oparciu o ustalone priorytety zdrowotne MZ wybiera tematy.	Formalne spotkania z pacjentami lub z firmami i klinicystami (brak regulacji i określonych procedur)
4	ZŁOŻENIE KARTY ŚWIADCZENIA ZDROWOTNEGO I OCENA FORMALNO-PRAWNA	Wnioski składane są z inicjatywy MZ.	Formalne spotkania z pacjentami lub z firmami i klinicystami (brak regulacji i określonych procedur)
5	OCENA HTA WYKONYWANA PRZEZ AOTMIT	Konsultacje społeczne w trakcie. Udział dwóch przedstawicieli Rzecznika Praw Pacjenta w posiedzeniach Rady Przejrzystości.	Zapraszanie przez AOTMiT pacjentów do spotkań w ramach procesu oceny HTA, zapraszanie pacjentów na obrady Rady Przejrzystości
6	STANOWISKO RADY PRZEJRZYSTOŚCI	Udział dwóch przedstawicieli Rzecznika Praw Pacjenta w posiedzeniach Rady Przejrzystości.	Zapraszanie pacjentów na obrady Rady Przejrzystości (w zależności od procesu i decyzji AOTMiT)
7	REKOMENDACJA PREZESA AOTMIT		Formalne spotkania z pacjentami i ewentualnie z firmami i klinicystami (brak regulacji i określonych procedur - prawie nie istnieje)
8	USTALENIE ZAKRESU FINANSOWANIA ŚWIADCZENIA Z NFZ		Formalne spotkania z pacjentami i ewentualnie z firmami i klinicystami (brak regulacji i określonych procedur). Przedstawianie wyników ankiet dotyczących funkcjonowania pacjentów
9	DECYZJA MINISTRA ZDROWIA ROZPORZĄDZENIE KOSZYKOWE	Brak ustawowych zapisów	Formalne spotkania z pacjentami i ewentualnie z firmami i klinicystami (brak regulacji i określonych procedur)



Proces refundacyjno-cenowy

leków jest jednym z najstarszych i najlepiej ugruntowanych na poziomie prawa zarówno krajowego, jak i europejskiego.

Na świecie organizacje pacjentów lub pacjenci, w procesach refundacyjnych angażowani są głównie na etapie tworzenia i/lub oceny raportu HTA. Zakres ten różni się znacznie w poszczególnych krajach i regionach.

		Wybór technologii do oceny (priority setting)	Określenie zakresu oceny (Scoping)	Ocena technologii (raport HTA)	Ocena wartościująca	Uczestnictwo w procesie podejmowania decyzji	Proces odwoławczy
BELGIA	KCE	☐	☒	☐	☐	☐	☐
BUŁGARIA	NCPHA	☐	☐	☐	☐	☐	☒
DANIA	DMA	☐	☐	☐	☒	☒	☐
DANIA	DMC	☐	☒	☐	☒	☒	☐
ANGLIA	NICE	☒	☒	☒	☒	☒	☒
ESTONIA	EHIF	☐	☐	☐	☐	☒	☐
FRANCJA	HAS	☒	☐	☒	☐	☒	☐
NIEMCY	GBA	☐	☐	☐	☐	☒	☐
IRLANDIA	HIQA	☐	☒	☒	☐	☒	☒
IRLANDIA	NCPE	☐	☐	☐	☒	☐	☐
WŁOCHY	AIFA	☐	☐	☐	☐	☒	☐
LITWA	VVKT	☐	☐	☐	☐	☒	☐
MALTA	DPA/MFH	☐	☐	☐	☐	☒	☐
HOLANDIA	ZIN	☒	☒	☒	☒	☒	☒
NORWEGIA	NIPHNO	☐	☒	☒	☒	☐	☐
NORWEGIA	NOMA	☐	☐	☐	☐	☐	☒
POLSKA	AOTMiT	☐	☐	☒	☒	☒	☐
SZKOCJA	SMC	☐	☐	☒	☒	☒	☐
SŁOWENIA	JAZMP	☐	☐	☐	☒	☐	☐
HISZPANIA	AEMPS	☐	☐	☐	☒	☐	☐
SZWECJA	SBU	☐	☒	☒	☒	☐	☒
SZWECJA	TLV	☐	☐	☐	☒	☒	☐
SZWAJCARIA	BAG/FOPH	☐	☒	☐	☒	☒	☐
WALIA	AWTTC	☐	☐	☒	☒	☒	☐

WYZWANIA



WYZWANIA SPOŁECZNO-KULTUROWE

- Stworzenie spójnej strategii zaangażowania pacjentów w ramach systemu opieki zdrowotnej.
- Stworzenie kanałów informacji dla pacjentów na temat możliwości ich zaangażowania w polskim systemie opieki zdrowotnej.
- Szersze włączenie do programów studiów oraz nauczania podyplomowego komunikacji z pacjentem.
- Stworzenie narzędzi wspomagających zaangażowanie pacjentów na wszystkich poziomach zarządzania opieką zdrowotną.
- Stworzenie kultury jakości w ochronie zdrowia opartej na efektach istotnych z punktu widzenia pacjenta i doświadczeniach pacjentów oraz ocenie satysfakcji pacjenta.



WYZWANIE KONCEPCYJNO-PRAWNE

- Opracowanie razem z OP kompleksowego planu zaangażowania pacjentów w ramach centralnych procesów dotyczących polityki zdrowotnej.
- Stworzenie podstaw legislacyjnych i organizacyjnych gwarantujących zaangażowanie pacjentów w procesy polityki zdrowotnej.
- Wypracowanie metod oceny konfliktów interesów oraz sposobów reprezentacji pacjentów w systemie ochrony zdrowia.



WYZWANIA W ZAKRESIE KOMPETENCJI PACJENTÓW

- Opracowanie programów edukacji pacjentów przez instytucje publiczne w celu budowania określonych kompetencji.
- Stworzenie stron internetowych z dobrymi praktykami oraz materiałami e-learningowymi.
- Opracowanie programów badawczych, określających zakres zaangażowania pacjentów na wszystkich szczeblach oraz rozwój ich kompetencji, a następnie ewaluację efektów.



WYZWANIA DOTYCZĄCE KWESTII PROCEDURALNO-ORGANIZACYJNYCH

- Opracowanie zasad wzajemnej współpracy z pacjentami oraz OP wraz z metodami ich finansowania.
- Monitorowanie zaangażowania pacjentów w procesy i identyfikacja trudności wraz z modyfikacją procedur związanych z ich uczestnictwem.
- Określenie zasad doboru grup pacjentów oraz określania i zarządzania konfliktem interesów.



„Kierunki zmian dla zwiększenia partycypacji organizacji pacjentów w procesy kształtowania systemu opieki zdrowotnej w Polsce” jest punktem wyjścia do dyskusji, w jakim zakresie organizacje pacjentów mogą zostać włączone w wybrane obszary polityki zdrowotnej.

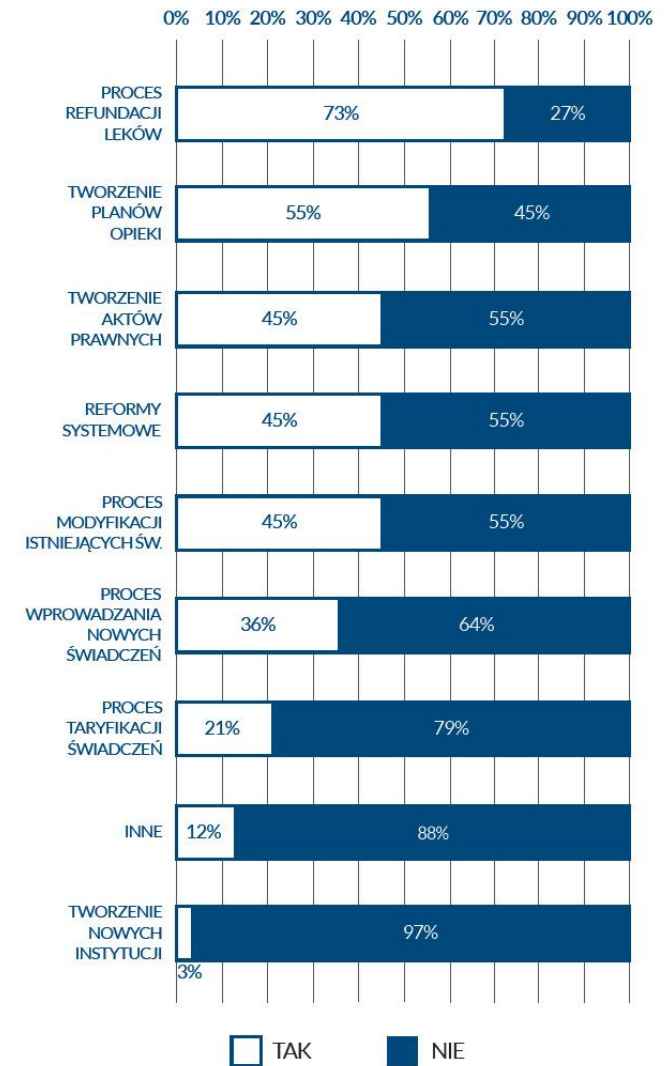
PACJENCI A PROCESY NA POZIOMIE MAKRO



W ostatnich latach pacjenci w Polsce coraz częściej są włączani do udziału w tworzeniu centralnych rozwiązań systemowych – głównie przez Ministerstwo Zdrowia lub Narodowy Fundusz Zdrowia. Jednak proces ich angażowania nie został sprecyzowany w ramach oficjalnych dokumentów instytucji publicznych oraz stosownych regulacji (z wyjątkiem Rzecznika Praw Pacjenta).



Wyniki badania przeprowadzonego wśród 42 organizacji pacjentów w Polsce w 2020 roku wskazują, że organizacje pacjentów są najczęściej zaangażowane w konsultowanie reform systemowych, tworzenie rozwiązań kompleksowych czy w procesy refundacyjne.



KIERUNKI OGÓLNE

-  **1** **Opracowanie spójnej strategii zaangażowania pacjentów w ramach systemu opieki zdrowotnej w Polsce** wraz z opracowaniem długofalowej platformy komunikacji z pacjentami spinającej działania instytucji publicznych (NFZ, MZ, AOTMiT i inne). Jest to niezbędne do wypracowania podstaw legislacyjnych i organizacyjnych, gwarantujących angażowanie pacjentów w procesy polityki zdrowotnej.
-  **2** **Poszerzenie zakresu zaangażowania pacjentów w centralne procesy dotyczące polityki zdrowotnej**, takie jak refundacja leków, koszyk świadczeń gwarantowanych czy reformy systemowe.
-  **3** **Opracowanie kierunkowych działań dotyczących edukacji skierowanej do pacjentów, a także kadry medycznej** dotyczące zasad współpracy z pacjentami na wszystkich poziomach zarządzania opieką zdrowotną. Opracowanie programów edukacji pacjentów przez instytucje publiczne lub przy współpracy publiczno-prywatnej w celu budowania określonych kompetencji pacjentów.
-  **4** **Efektywne zaangażowanie pacjentów oprócz zmian strategiczno-legislacyjnych wymaga rzeczywistego zaangażowania zasobów i ustalenia zasad wzajemnej współpracy z pacjentami oraz OP na poziomie konkretnych instytucji.** Zarówno na poziomie krajowym, jak i lokalnym, czy na poziomie świadczeniodawców. Elementem wspierającym te działania jest włączenie się w programy badawcze zarówno krajowe jak i międzynarodowe, wspierające rozwój narzędzi, wymiany doświadczeń czy wspieranie działań edukacyjnych. Monitorowanie zaangażowania pacjentów w procesy i identyfikacja trudności wraz z modyfikacją procedur związanych z ich uczestniczeniem jest niezbędnym elementem tego procesu i gwarantem rzeczywistych zmian, szczególnie na poziomie centralnym.

KIERUNKI SZCZEGÓŁOWE

I. REFORMY SYSTEMOWE

-  Zaangażowanie pacjentów i ich organizacji w ramach procesów dotyczących reform systemowych powinno być stałym elementem koncepcji zaangażowania pacjentów na poziomie dokumentów rządowych.
-  Organizacje pacjentów wyrażają gotowość do zgłaszania tematów do opracowania i wdrożenia w ramach reform systemowych.
-  Organizacje pacjentów zwracają uwagę na przejrzystość procesu reform, w tym na konieczność publikowania wszystkich dokumentów poszczególnych etapów ich wdrażania, wraz z doбором i składem ekspertów, protokołami prac oraz opracowań ekspertów.
-  Aktywne włączanie pacjentów w monitorowanie wyników wdrażanych reform systemowych zarówno w postaci systematycznie zbieranych informacji (np. o badaniach satysfakcji czy punktów zdrowotnych istotnych dla pacjentów), jak i w ramach ocen doświadczeń pacjentów jest zgodne z koncepcją opieki zdrowotnej opartej na wartościach.

Zestawienie propozycji pacjentów w zakresie włączenia w proces tworzenia reform systemowych w Polsce



	Udział	Kto	Forma uczestnictwa*
INICJATYWA REFORMY SYSTEMOWEJ	tak		A
TWORZENIE REFORMY SYSTEMOWEJ	tak		A
KONSULTOWANIE REFORMY SYSTEMOWEJ	tak		B
PODJĘCIE DECYZJI O WDROŻENIU REFORMY SYSTEMOWEJ	nie		
MONITOROWANIE SKUTKÓW REFORMY SYSTEMOWEJ	tak		A

Legenda



KIERUNKI SZCZEGÓŁOWE II. PROCES REFUNDACYJNO-CENOWY

- 1  Jednym z elementów wpływającym na jakość procesu refundacyjno-cenowego może być zwiększenie zaangażowania organizacji pacjentów w proces refundacyjno-cenowy, zwłaszcza w etapy obrad Rady Przejrzystości, ustalania zapisów programu lekowego oraz samej oceny raportu HTA przez AOTMiT.
- 2  Ze względu na rosnące zainteresowanie współpracą z organizacjami pacjentów, co wynika także z opinii środowiska pacjentów, zmiana zasad kontaktów z pacjentami i uregulowanie tego na poziomie procedur czy w ramach nowelizacji ustawy refundacyjnej może być pierwszym krokiem w kierunku stworzenia równych zasad współpracy z MZ przed podjęciem decyzji refundacyjnej.
- 3  Podobnie jak w procesach reform systemowych, pacjenci wskazują na konieczność poprawy dostępu do informacji oraz dokumentacji, czyli na dalszą potrzebę zwiększenia przejrzystości przebiegu procesu refundacyjno-cenowego na wszystkich jego etapach.
- 4  Organizacje pacjentów zwracają gotowość do wpływu na kształt treści proponowanych programów lekowych w ramach procesu refundacyjno-cenowego, przede wszystkim poprzez prawo do składania propozycji nowych programów i/ lub składanie propozycji zmian w istniejących programach lekowych
- 5  Organizacje pacjentów zwracają uwagę na konieczność opracowania procedur dotyczących zapraszania OP lub przedstawicieli pacjentów na posiedzenia Rady Przejrzystości celem przedstawienia swojego stanowiska odnośnie do danego leku jak i odpowiedzi na szczegółowe pytania dotyczące przebiegu jednostki chorobowej. Przedstawiciel parasolowej organizacji pacjentów powinien na stałe być włączony w skład Rady Przejrzystości.
- 6  Organizacje pacjentów wskazują, że powinny brać udział w procesie oceny raportu HTA przez AOTMiT poprzez przedstawianie swojego stanowiska jak i aktywną pomoc przedstawicielom Agencji w aspektach związanych z daną jednostką chorobową.

Zestawienie propozycji pacjentów w zakresie włączenia w proces refundacyjno-cenowy w Polsce

	Udział	Kto	Forma uczestnictwa*
ZŁOŻENIE WNIOSKU	nie		
USTALANIE ZAPISÓW PROGRAMU LEKOWEGO	tak		B
OCENA RAPORTU HTA PRZEZ AOTM	tak nie		B
OPRACOWANIE AWA	nie		
OBRADY RADY PRZEJRZYSTOŚCI	tak		A
OPRACOWANIE REKOMENDACJI PREZESA AOTMIT	nie		
NEGOCJACJE CENOWE	nie		
NEGOCJACJE CENOWE	nie		

Legenda



III. ZARZĄDZANIE KOSZYKIEM ŚWIADCZEŃ GWARANTOWANYCH

- 1  Jednym z elementów wpływających na jakość procesu zarządzania koszykiem świadczeń może być zwiększenie zaangażowania organizacji pacjentów w ten proces, szczególnie w etapy obrad Rady Przejrzystości, ustalania warunków realizacji świadczenia oraz samej oceny raportu HTA przez AOTMiT.
- 2  Organizacje pacjentów uważają, że powinny mieć prawo inicjowania procesów, czyli składania propozycji tematów do zmian koszyka świadczeń gwarantowanych do Ministerstwa Zdrowia (zakwalifikowanie świadczenia medycznego lub czy inne zmiany y świadczeń), jak i uczestniczenia w procesie tych zmian.
- 3  Organizacje pacjentów wyrażają gotowość do uczestniczenia w procesie przygotowania i/lub oceny raportu w sprawie oceny świadczenia opieki zdrowotnej przez AOTMiT w formie przedstawienia swojego stanowiska, jak i aktywną współpracę z przedstawicielami Agencji w aspektach związanych z daną jednostką chorobową.
- 4  Organizacje pacjentów wskazują, że powinny być zapraszane na posiedzenia Rady Przejrzystości celem przedstawienia swojego stanowiska odnośnie do danego świadczenia medycznego jak i odpowiedzi na szczegółowe pytania dotyczące przebiegu jednostki chorobowej. Jedną z form zaangażowania organizacji pacjentów jest ich włączenie na stałe w skład Rady Przejrzystości (poza członkami wskazywanymi przez Rzecznika Praw Pacjenta).
- 5  Organizacje pacjentów uważają, że powinny móc przedstawić swoje stanowisko Ministrowi Zdrowia przed podjęciem ostatecznej decyzji o finansowaniu świadczenia zdrowotnego w ramach koszyka świadczeń gwarantowanych i wydaniem rozporządzenia.

Zestawienie propozycji pacjentów w zakresie włączenia w proces zarządzania koszykiem świadczeń w Polsce

	Udział	Kto	Forma uczestnictwa
ZŁOŻENIE WNIOSKU	tak		
USTALANIE ZAPISÓW ODNOŚNIE REALIZACJI ŚWIADCZENIA	tak		B
OPRACOWANIE RAPORTU HTA PRZEZ AOTMiT	nie		B
OCENA RAPORTU HTA PRZEZ AOTMiT	nie		
OBRADY RADY PRZEJRZYSTOŚCI	tak		A
OPRACOWANIE REKOMENDACJI PREZESA AOTMiT	nie		
NEGOCJACJE CENOWE	nie		
PODEJMOWANIE DECYZJI PRZEZ MZ	nie		

Legenda





Dziękujemy za udział w spotkaniu!

kontakt@pacjenci.pro

www.pacjenci.pro