

Konceptcje kreatywne – „scenariusze”

Temat	Konceptcja kreatywna – „scenariusz”				
Koszyk świadczeń gwarantowanych	TYTUŁ: „Koszyk świadczeń gwarantowanych – jako narzędzie racjonalnego wydatkowania środków na ochronę zdrowia”				
	Lp.	Założenia sceny	Tekst lektora	Obraz i grafiki	Uwagi
	1	<p>1. WSTĘP - Wskazanie tematu – Koszyk świadczeń gwarantowanych – jako narzędzie racjonalnego wydatkowania środków na ochronę zdrowia</p> <p>1a Wstęp – wprowadzenie czym jest koszyk świadczeń gwarantowanych</p>	<p>Dzień dobry, w tym materiale dowiemy się czym jest koszyk świadczeń gwarantowanych i jaka jest rola AOTMiT w jego aktualizacji.</p> <p>Koszyk świadczeń gwarantowanych to wykaz świadczeń i procedur opieki zdrowotnej finansowanych ze składek zdrowotnych.</p> <p>W Polsce obejmuje on świadczenia w zakresach m.in.:</p> <ul style="list-style-type: none"> – podstawowa opieka zdrowotna – ambulatoryjna opieka specjalistyczna – leczenie szpitalne – rehabilitacja lecznicza – leczenie stomatologiczne – zaopatrzenie w wyroby medyczne 	<p>Narrator aktor/postać stoi na białym tle. Pojawia się tablica, na której pojawiają się napisy.</p> <p>Wizualizacja koszy z poniższymi napisami. [wyświetlają się na białym tle, za plecami aktora]</p> <p>Tekst box:</p> <ul style="list-style-type: none"> – podstawowa opieka zdrowotna – ambulatoryjna opieka specjalistyczna – leczenie szpitalne – opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień – rehabilitacja lecznicza – świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej – leczenie stomatologiczne – leczenie uzdrowiskowe – zaopatrzenie w wyroby medyczne – ratownictwo medyczne – opieka paliatywna i hospicyjna – świadczenia wysokospecjalistyczne – programy zdrowotne – leki i programy lekowe 	<p>Narrator ma pełnić rolę przewodnika/prezentera.</p>
2	<p>1b Wstęp – Krótkie wprowadzenie w historię powstawania koszyka świadczeń gwarantowanych. Opisanie procesu zmian koszykowych, tzn. co jest podstawą do rozpoczęcia prac nad tworzeniem nowego opisu zawartości koszyka świadczeń gwarantowanych, co je poprzedza, kto jest ich realizatorem.</p>	<p>Prace nad koszykiem rozpoczęły się w 2009 r. Za zawartość koszyka odpowiedzialny jest Minister Zdrowia. Aktualnie Minister Zdrowia zleca Prezesowi Agencji przygotowanie rekomendacji dla danego świadczenia opieki zdrowotnej. Minister Zdrowia dokonując zmian w koszyku uwzględnia rekomendacje przygotowaną przez Prezesa Agencji</p>	<p>Tekst box:</p> <p>Oś czasu – 2004 r. ustawa o świadczeniach, 2009 r. zmiana ustawy – pierwsze koszyki świadczeń gwarantowanych, Agencja uzyskuje status państwowej jednostki organizacyjnej, od 2013 – aktualizacja koszyka świadczeń gwarantowanych</p>		

				Podstawę do wprowadzania zmian (dodawanie, usuwanie, zmiana technologii medycznych) w wykazach świadczeń gwarantowanych stanowią raporty opracowywane przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.	
3	2.	CZĘŚĆ GŁÓWNA: Część główna składa się z wizualizacji procesu wprowadzania zmian koszykowych w podziale na poszczególne, które są kolejno wymieniane wraz z krótkim wytłumaczeniem na czym polega każdy z etapów i jaką stanowią część w całości procesu	<p>W przypadku kwalifikacji zadaniem Agencji jest sprawdzenie czy świadczenia mające trafić do koszyka są bezpieczne, skuteczne i efektywne kosztowo. W przypadku aktualizacji koszyka identyfikacja procedur o wątpliwej skuteczności klinicznej oraz określenie lub doprecyzowanie warunków realizacji dla świadczeń.</p> <p>Agencja identyfikuje procedury rekomendowane do stosowania przez wytyczne praktyki klinicznej, które nie są ujęte w koszykach.</p> <p>W ramach prowadzonego procesu, procedury medyczne poddawane są weryfikacji za pomocą narzędzi HTA (Health technology assessment), które pozwalają ocenić ich skuteczność kliniczną i efektywność kosztową.</p> <p>HTA pozwala podjąć racjonalną decyzję czy dana technologia medyczna powinna być finansowana ze składek zdrowotnych.</p> <p>Technologia medyczna to między innymi leki, sprzęt, procedury i świadczenia.</p> <p>Ocena technologii medycznych składa się z trzech podstawowych filarów, które określają proces weryfikacji koszyka świadczeń gwarantowanych:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Analiza efektywności klinicznej zgodna z zasadami EBM - Analiza ekonomiczna - oraz Analiza wpływu na budżet płatnika publicznego (NFZ). 	<p>Narrator aktor/postać przechodzi z białego tła do wnętrza animowanej fabryki, gdzie jest m.in. duży piec fabryczny i taśma produkcyjna.</p> <p>Wizualizacja weryfikacji Wizualizacja wykazu Wizualizacja procedur [na taśmie przesuwały się zniekształcone, stare, różnej wielkości paczki w kierunku pieca z napisem procedura 1, procedura 2, procedura 3 itp. z drugiej strony wychodzą równe, błyszczące nowością paczki z napisem procedura 1, procedura 2 itp...]</p> <p>[Nad taśmą, po której przesuwały się nowopowstałe paczki pojawiają się tekst boxy]:</p> <p>HTA - Health technology assessment, czyli Ocena technologii medycznych</p> <p>Trzy podstawowe filary</p> <ul style="list-style-type: none"> - Analiza efektywności klinicznej - Analiza ekonomiczna - Analiza wpływu na system ochrony zdrowia <p>EBM – evidence based medicine – medycyna oparta na faktach</p>	

	4	<p>3. ZAKOŃCZENIE: Podsumowanie wszystkich etapów wymienionych w części głównej i wyjaśnienie czym jest produkt końcowy, który powstaje w wyniku zakończenia procesu. Uzasadnienie, dlaczego powstały produkt końcowy jest tak istotny z punktu widzenia zarówno systemu opieki zdrowotnej jak i osoby ubezpieczonej w ramach NFZ, która chciałaby skorzystać z opieki zdrowotnej.</p>	<p>Następstwem tak przeprowadzonego procesu jest dokument opisujący wyniki prac Agencji, który stanowi podstawę do podjęcia decyzji przez Ministra Zdrowia o zakwalifikowaniu, usunięciu bądź zmianie technologii medycznej.</p> <p>Tak opracowany dokument ma ułatwić podejmowanie racjonalnych decyzji w obszarze ochrony zdrowia.</p>	<p>Wizualizacja: paczki z taśmy łądują w wielki pojemnik, przy którym siedzi postać i notuje coś w notesie.</p> <p>Tekst box:</p> <p>Wszystkie zweryfikowane procedury medyczne zostają opisane w opracowaniu analitycznym</p> <p>Postać z wnętrza fabryki przenosi się na białe tło.</p>	
			<p>Proces kończy się wydaniem rozporządzenia Ministra Zdrowia, które zmienia dotychczasowe zapisy w koszyku.</p>	<p>Wizualizacja pierwszej strony rozporządzenia MZ</p>	

			Przyjęte przez Ministra Zdrowia zmiany stanowią element całości koszyka świadczeń gwarantowanych, który jest niezbędny nie tylko dla płatnika publicznego czy podmiotów medycznych funkcjonujących w systemie, ale także dla każdej osoby, która chciałaby skorzystać z opieki zdrowotnej w ramach powszechnego ubezpieczenia.	Postać na białym tle wskazuje na okno, przez które w tle widać bawiące się dzieci na placu zabaw z rodzicami, szpital, karetkę pogotowia ratunkowego, z której kierowca macha do naszego aktora Tekst box: Koszyk świadczeń gwarantowanych jest niezbędny do prawidłowego funkcjonowania zarówno systemu opieki zdrowotnej jak i całego społeczeństwa.	
	5	Tyłówka		Art. 31 d - wprowadzony ustawą z dnia 25 czerwca 2009 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy o cenach w wyniku orzeczenia Trybunału Konstytucyjnego z 2004 roku	Art. 31d – delegacja ustawowa „Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzeń, w poszczególnych zakresach (...), wykazy świadczeń gwarantowanych (...)
Wyroby medyczne	<p>Styl graficzny: „Typowy explainer z postaciami” Animacja w podobnie prostym, kartonowym stylu, w jakim swoje filmy publikuje Komisja Europejska, bądź styl zbliżony do zaproponowanych jako przykład kanałów „Nie wiem, ale się dowiem” czy „The school of life”.</p> <p>Tło fabularne: Bohaterem filmu jest mężczyzna 30+ zobrazowany raczej jako pogodny, dobrze funkcjonujący w społeczeństwie (Marek). Prosty, chwytliwy i życiowy temat przewodni ma na celu wstępne przykucie uwagi i umożliwi oglądającemu odnalezienie się w przedstawianej historii. Po wprowadzającej scenie i zakupie syropu i tabletek na gardło w dalszą narrację zostaną wplecione wątki dotyczące podziału na leki (produkty lecznicze) i wyroby medyczne oraz wyjaśnione zostanie jaka jest różnica w ich działaniu. Docelowym efektem animacji jest zwiększenie świadomości użytkowników co do stosowania leków i wyrobów medycznych.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mężczyznę boli gardło. • Kupuje tabletki na gardło i syrop, widział reklamę ich reklamę i sądzi, że są dobre. • Mężczyzna czyta ulotki, ze zdziwieniem odkrywa, że tabletki i syrop, które kupił, nie są lekami, lecz wyrobami medycznymi. • Trapią go pytania: Czy zawierają substancję leczniczą? Jeśli nie, to jak działają? • Narrator przejmując inicjatywę, na ekranie pojawiają się kolejne slajdy, na których wyjaśniane są powyższe kwestie. • Mężczyzna czuje się usatysfakcjonowany. Dzięki nowej wiedzy będzie mógł teraz bardziej świadomie podejmować decyzje dotyczące jego zdrowia. <p>Tło merytoryczne: W filmie omówione zostaną takie zagadnienia jak:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Podział na produkty lecznicze i wyroby medyczne. ✓ Odmienny mechanizm działania leku (działa farmakologicznie, immunologicznie i wyrobu (inny mechanizm działania, zwykle mechaniczny). 				

- ✓ Wymogi prawne wprowadzenia wyrobu medycznego i leków na rynek.
- ✓ Klasyfikacja wyrobów medycznych

Lp	Tekst lektora / Dialogi	Obraz / Grafika	Opis sceny / scenografii / kostiumów
1	[mówi lektor] - To jest Marek. Rano obudził się z bólem gardła.	Marek – mężczyzna w okularach, 30-40 lat, średnia budowa ciała, broda, w typie nerda.	Marek jest w domu. Stoi przed lustrem w łazience. Wystawia język i ogląda gardło.
2	[mówi lektor] - Postanowił zakupić reklamowane w telewizji produkty na ból gardła.	Retrospekcja. Marek ogląda reklamę.	Reklama syropu i tabletek w TV.
3	[mówi lektor] - Marek kupił w sklepie syrop i tabletki.	Scena w parku lub alejce miejskiej z zielenią i ławeczkami.	Wraca do domu, idzie przez park. Niesie prześwitującą siateczkę z syropem i opakowaniem tabletek w środku. Ma zadowolony wyraz twarzy.
4	[mówi lektor] - Usiadł na ławce w parku i zaczął przeglądać zakupy oraz czytać ulotki produktów, które zakupił. - Zauważył, że zarówno na opakowaniu syropu jak i tabletek widnieje napis „wyrób medyczny”. - Zaczął się zastanawiać co tak naprawdę kupił. Co to jest wyrób medyczny i czym różni się od leku?	Park, ławka, następni zbliżenie na buteleczkę	Siedzi na ławce w parku. Ogląda buteleczkę. Zastanawia się, zamyślona twarz.
5	[mówi lektor] Wyroby medyczne stanowią bardzo dużą i różnorodną grupę produktów, szacuje się, że na rynku dostępne jest nawet kilkaset tysięcy różnych wyrobów medycznych, które stanowią istotny element profilaktyki, diagnostyki oraz terapii pacjentów.	Odejście od scenek środowiskowych	Myśli krążą wokół głowy Marka. Myśli mają postać orbitujących wyrobów medycznych z podanych przykładów.
6	[mówi lektor] Do wyrobów medycznych można zaliczyć szerokie spektrum narzędzi, urządzeń, implantów, odczynników, materiałów, a nawet oprogramowanie komputerowe. W grupie tej można znaleźć zarówno produkty skierowane do szerokiego grona odbiorców, specjalistyczne akcesoria np. chirurgiczne, sprzęt używany przez niepełnosprawnych czy wyposażenie laboratoriów medycznych.	Odejście od scenek środowiskowych	Przez chmurę myśli zaczynają przelatywać kolejno obrazki symbolizujące kolejno aparaturę medyczną, odczynniki i inne elementy wymienione przez lektora.
7	[mówi lektor] Wybory medyczne mogą być stosowane w procesie diagnostyki w postaci: tomografu komputerowego, odczynników używanych w laboratoriach, testów ciążowych do samodzielnego użytku oraz wiele wiele innych.	Odejście od scenek środowiskowych	Analogiczny schemat jak powyżej: przedstawiane są kolejne elementy o których opowiada lektor.
8	[mówi lektor] Wybory medyczne mają również zastosowanie w procesie terapii lub służą poprawie jakości życia pacjentów. Stosuje się je jako plombę w stomatologii, protezy kończyn po amputacji, okulary korekcyjne oraz wózki inwalidzkie.	Odejście od scenek środowiskowych	Analogiczny schemat jak powyżej: przedstawiane są kolejne elementy o których opowiada lektor.
9	[mówi lektor] Postać wyrobu medycznego nie jest określona, więc mogą to być również syrop i tabletki.	Odejście od scenek środowiskowych	Ekran, na którym kolejny raz pojawia się wspomniany syrop na kaszel oraz tabletki.
10	[mówi lektor] Natomiast wszystkie wyroby medyczne mają jeden wspólny mianownik – ich <u>najważniejsze przewidziane działanie nie jest osiągnięte za pomocą środków farmakologicznych, immunologicznych lub metabolicznych.</u>	Odejście od scenek środowiskowych	W chmurze myśli pojawiają się ponownie, wybrane wskazane wcześniej rodzaje wyrobów w formie „licznika”, natomiast pod spodem pojawia się podkreślony po lewo tekst.
11	[mówi lektor] Z kolei lek to substancja posiadająca właściwości m.in. zapobiegania lub leczenia chorób poprzez działanie farmakologiczne, immunologiczne lub metaboliczne.	Odejście od scenek środowiskowych	Pojawia się tabletki, koło której przedstawiona jest fikcyjna cząstka chemiczna leku.
12	Leki często produkowane są pod postacią tabletek lub płynów.	Odejście od scenek środowiskowych	Syropy i tabletki orbitują wokół głowy Marka.

	13	[mówi lektor] Syrup i tabletki, które kupił Marek nie zawierają takiej substancji czynnej i nie działają farmakologicznie, dlatego nie są lekami lecz wyrobami medycznymi. Jak więc działają?	Odejście od scenek środowiskowych	Grafika przedstawiająca fikcyjną cząsteczkę chemiczną leku, która następnie jest przekreślona.
	14	[mówi lektor] Wyroby medyczne zazwyczaj działają mechanicznie, np. opatrunek zatyka ranę i w ten sposób tamuje krwawienie.	Odejście od scenek środowiskowych	Zakładanie opatrunku na krwawiącą ranę.
	15	[mówi lektor] Syrup i tabletki, które kupił Marek, mają w zamyśle tworzyć warstwę ochronną w gardle zapobiegającą przenikaniu drobnoustrojów. Ze względu na taki sposób działania nie są lekami, lecz wyrobami medycznymi.	Odejście od scenek środowiskowych	Wirusy odbijają się od bariery ochronnej (bariera w postaci muru, tarczy etc.).
	16	[mówi lektor] Droga produktu leczniczego od jego opracowania do wprowadzenia na rynek jest bardzo długa i obejmuje wieloletnie badania kliniczne.	Odejście od scenek środowiskowych	Typowy schemat prezentujący fazy badania klinicznego produktu leczniczego.
	17	[mówi lektor] Wymagania, jakie muszą spełniać wyroby medyczne przed dopuszczeniem na rynek zależne są od tak zwanej klasy ryzyka. Im większe zagrożenie dla życia i zdrowia stwarza wyrób medyczny, np. sprzęt używany w operacjach neurochirurgicznych, tym wyższe wymagania należy spełnić przed wprowadzeniem go do sprzedaży. Wyroby, które stwarzają niskie zagrożenie dla życia i zdrowia, na przykład bandaże elastyczny, nie są objęte aż tak rygorystycznymi wymogami.	Odejście od scenek środowiskowych	Typowy schemat prezentujący klasy ryzyka wyrobów medycznych.
	18	[mówi lektor] Warto wiedzieć jakie są różnice między lekami a wyrobami medycznymi. Wiedząc jak działają leki, a jak wyroby medyczne, można podejmować bardziej świadome decyzje dotyczące zdrowia.	Marek u siebie w domu	Marek cieszy się, że będzie mógł podejmować bardziej świadome decyzje.

Przebieg procesu taryfikacji	<p>Filmik ma przedstawić, gdzie i w jaki sposób generowane są koszty oraz jak przetwarzanie przez Agencję Oceny Technologii Medycznej i Taryfikacji i w wyniku czego powstaje taryfa.</p> <p>W rolach głównych:</p> <ol style="list-style-type: none"> Lektor – osoba jako "przewodnik". Pojawia się jako osoba łącząca wszystkie filmiki. Pacjent - świadczeniobiorca Lekarz, pielęgniarki, dietetyk - świadczący usługi („świadczeniodawcy”) Pracownicy/fanalicy – pracownicy AOTMiT, osoby liczące taryfy Członkowie rady ds. Taryfikacji – organ doradczy Prezesa Prezes – wydający obwieszczenie w sprawie taryfy <p>Scenariusz został podzielony na trzy bloki tematyczne:</p> <ol style="list-style-type: none"> Teoretyczne wyjaśnienie terminów Historia generowania kosztów na przykładzie hospitalizacji pacjenta po zawale serca Proces liczenia taryfy w AOTMiT <p>I etap filmu -- Teoretyczne wyjaśnienie terminów</p>									
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Lp.</th> <th>Założenia sceny</th> <th>Tekst lektora</th> <th>Obraz i grafiki</th> <th>Uwagi</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>Wstęp</td> <td>Dlaczego pobyt w szpitalu tyle kosztuje? Skąd się biorą koszty? I kto liczy te koszty?</td> <td>Pojawiają się hasła na stronie i czyta to lektor „przewodnik”, ale jego nie widać na ekranie</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Lp.	Założenia sceny	Tekst lektora	Obraz i grafiki	Uwagi	1.	Wstęp	Dlaczego pobyt w szpitalu tyle kosztuje? Skąd się biorą koszty? I kto liczy te koszty?	Pojawiają się hasła na stronie i czyta to lektor „przewodnik”, ale jego nie widać na ekranie
Lp.	Założenia sceny	Tekst lektora	Obraz i grafiki	Uwagi						
1.	Wstęp	Dlaczego pobyt w szpitalu tyle kosztuje? Skąd się biorą koszty? I kto liczy te koszty?	Pojawiają się hasła na stronie i czyta to lektor „przewodnik”, ale jego nie widać na ekranie							

	2. Wstęp - Napis: AOTMiT rozszerzający się na pełną nazwę „Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji” oraz nasze logo.	Wydział Taryfikacji zajmuje się przede wszystkim ustalaniem wysokości kosztów świadczeń medycznych czyli tak zwaną taryfikacją. Na pracę wydziału składa się wiele zadań powierzanych Agencji przez Ministerstwo Zdrowia.	Logo AOTMiT rozpadające się na HTA i oddzielnie T (jako taryfikacja). HTA znika za krawędzią ekranu, a T przekształca się w 3 działy: <ul style="list-style-type: none"> • Dział pozyskiwania danych • Dział statystyki i analiz • Dział raportów 	
	3. Pokazanie zadań poszczególnych działów poprzez grafikę oraz lektora	Każdy z działów posiada do wykonania swoje własne zadania, a przy tym każdy z nich musi ze sobą ściśle współpracować. Dział pozyskiwania danych zajmuje się: <ul style="list-style-type: none"> • Wnioskowaniem do świadczeniodawców o udostępnienie danych • Weryfikacją otrzymanych danych • Działalnością szkoleniową dla świadczeniodawców • Przygotowaniem planu prac taryfikacji na przyszły rok Dział statystyki i analiz oraz dział raportów zajmują się: <ul style="list-style-type: none"> • Weryfikacją danych • Analizą i szacowaniem kosztów świadczeń • Analizą statystyczną, modelowaniem oraz opiniowaniem zmian w organizacji świadczeń • Przygotowywaniem metodyki • Przygotowywaniem raportów podsumowujących na podstawie analiz kosztowych • Rekomendowaniem ewentualnych zmian w sposobie finansowania oraz realizowania świadczeń • Udział w posiedzeniach Rady do spraw Taryfikacji 	3 klocki opisane nazwami działów, pod każdym z nich rozwija się lista zadań	Klocki w kolorze może niebieskim z pogrubioną czcionką. Mogą się rozwijać od myślніка pod spodem, albo jako mniejsze klocki w tym samym kolorze ale bez pogrubionej czcionki
	4. Rodzaje danych jakie zbierane są przez Agencję w celu wyceny świadczeń medycznych	Żeby dobrze wyliczyć koszty świadczenia, należy zebrać wszystkie niezbędne informacje, których Agencja nie posiada w swoich zasobach. Takimi danymi są koszty świadczeniodawców: <ul style="list-style-type: none"> • Koszty leków podawanych pacjentom w trakcie pobytu • Koszty wyrobów medycznych zużywanych podczas hospitalizacji/zabiegu/operacji/zwykłej wizyty • Koszty wykonywanych procedur diagnostycznych (RTG klatki piersiowej, tomografia komputerowa głowy, morfologia itp.) • Całościowe koszty oddziału • Koszty pracy bloku operacyjnego/sali zabiegowej Koszty personelu medycznego oraz niemedycznego (wynagrodzenia)	Podczas wyjaśniania lektora z czego składa się taryfa mogłoby to wyskakiwać w kształcie monet z napisem jaki to koszt (np. leki), a następnie do worka i tak po kolei każdy punkt aż wszystkie będą w worku.	
	5. Przedstawienie procesu ustalania taryfy świadczeń w poszczególnych krokach, zaczynając od zlecenia Ministerstwa Zdrowia	Można powiedzieć, że proces ustalania taryfy świadczeń składa się z 8 etapów: <ol style="list-style-type: none"> 1. Ministerstwo Zdrowia „wystawia” zlecenie Agencji, na podstawie którego musi wycenić koszt danego obszaru świadczeń. Zlecenie to wystawiane jest na podstawie planu taryfikacji ustalanego rok wcześniej; 2. Po otrzymaniu takiego zlecenia, Agencja musi zaplanować proces wyboru świadczeniodawców, którzy przekażą dane. Odbywa się to na przykład w oparciu o dane Narodowego Funduszu Zdrowia na temat realizacji świadczeń w konkretnych latach. Następnie przygotowywane są formularze do wypełniania przez szpitale, wysyłane drogą elektroniczną; 3. Dane przekazywane do Agencji drogą elektroniczną są zabezpieczone, pracownicy przeglądając pliki oraz używając specjalnych programów do sprawdzania poprawności dokonują weryfikacji oraz ewentualnych poprawek; 4. Po częściowym sprawdzeniu danych, analitycy weryfikują ponownie pod kątem warunków realizacji danego świadczenia, 	Po kolei wyświetlają się klocki w różnych odcieniach niebieskiego, zaczynając się od najjaśniejszego. <ol style="list-style-type: none"> 1. Zlecenie Ministerstwa Zdrowia; 2. Wybór świadczeniodawców przekazujących dane; 3. Pozyskanie danych; 4. Analiza oraz wyliczenie kosztów; 5. Przygotowanie raportu podsumowującego; 6. Konsultacje ze środowiskiem medycznym; 7. Posiedzenie Rady do spraw taryfikacji; 	Albo mogą wyświetlać się jeden obok drugiego i od każdego poprzedniego strzałka w stronę kolejnego, albo mogą się wyświetlać ponumerowane, każdy oddzielnie (tak jakby nowy slajd), a na końcu wszystkie razem.

		<p>następnie analizując poszczególne koszty ustalają wysokość należności za wykonaną usługę (np. zabieg angioplastyki wieńcowej);</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Na podstawie przygotowanych wycień sporządza się raport podsumowujący prace oraz przede wszystkim jaki to będzie miało wpływ na budżet płatnika w przyszłości. 6. Wstępne wyniki oraz założenia konsultowane są ze środowiskiem medycznym. 7. Wyceny na końcowym etapie przedstawiane są na posiedzeniu Rady do spraw taryfikacji, w której skład wchodzi eksperci z dziedziny ochrony zdrowia. 8. Po wydaniu pozytywnego stanowiska Rady do spraw Taryfikacji, raport oraz obwieszczenie publikowane są na stronie Agencji. 	8. Obwieszczenie Prezesa AOTMiT na stronie internetowej	
--	--	--	---	--

II etap filmu - Historia generowania kosztów na przykładzie hospitalizacji pacjenta po zawale serca

Poszczególne scenki:

I. Przyjęcie pacjenta do szpitala oraz diagnostyka

1. Pacjent leży na łóżku szpitalnym – przychodzi lekarz i pielęgniarkę na wywiad – pacjent retrospektywnie opowiada co się stało
2. Lekarz zleca wykonanie badań
3. Realizacja zleconych badań
4. Przekazanie diagnozy oraz planu leczenia przez lekarza

II. Etap zabiegowy

1. Przygotowanie pracowni hemodynamiki
2. Przygotowanie pacjenta do zabiegu w pracowni
3. Przeprowadzenie zabiegu
4. Zakończenie zabiegu oraz przewiezienie pacjenta na salę

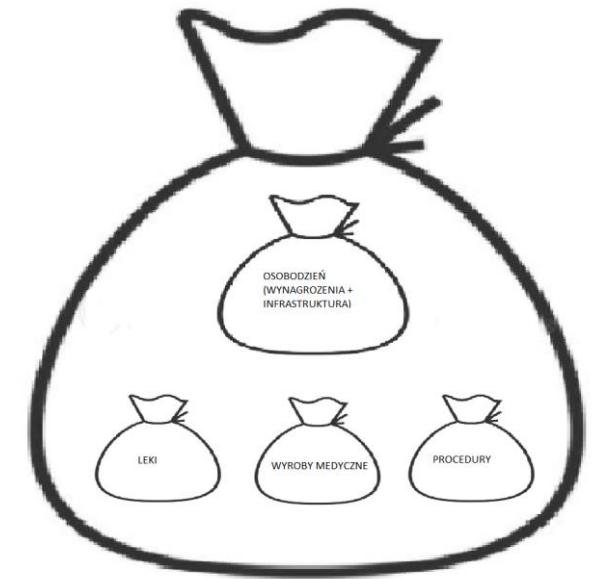
III. Oddział

1. Opieka pooperacyjna
2. Wypis
3. Po wypisie lektor („przewodnik”) wystawia bardzo długi rachunek do NFZ

I. Przyjęcie pacjenta do szpitala oraz diagnostyka

Lp.	Założenia sceny	Tekst lektora	Obraz i grafiki	Uwagi
1.	Wstęp - filmik zaczyna się od pojawiania „ludzika”, który opisuje jak powstają koszty.	Lektor: “A tak właśnie powstają koszty, które są sumą: 1. Osobodnia; 2. Leków; 3. Wyrobów medycznych; 4. Procedur medycznych”	Filmik zaczyna się od pojawiania „ludzika”, a przy nim „stoi” jeden wielki worek, a w nim ludzik opisuje że znajdują się mniejsze worki: <ol style="list-style-type: none"> 1. W dużym worku pojawia się worek z napisem „osobodzień”, a w nim kształtują się dwa mniejsze woreczki z napisem: wynagrodzenie i infrastruktura 2. W dużym worku pojawia się worek z napisem „Leki” 3. W dużym worku pojawia się worek z napisem „Wyroby medyczne” 4. W dużym worku pojawia się worek z napisem „Procedury medyczne” 	

Po prezentacji małych worków zostaje duży z napisem „koszt świadczenia”. Powyżej każdej z toczących się scen pojawia się grafika worka z napisem „koszt świadczenia”.



2.	I. Wprowadzenie - Sala chorych w szpitalu, wielu chorych leżących na łóżkach, krążący personel medyczny		Pacjent leży na łóżku szpitalnym w sali chorych, cierpi, obok niego na łóżkach leżą inni pacjenci	Obraz sali chorych, zbliżenie na łóżko pacjenta
3.	c.d		Do sali wchodzi lekarz i pielęgniarka, podchodzą do łóżka pacjenta	Kamera pokazuje wejście lekarza i pielęgniarki do sali chorych i podejście do łóżka pacjenta
4.	Lekarz przeprowadza wywiad z pacjentem: Lekarz:		Lekarz siada przy łóżku pacjenta i rozmawia z pacjentem. Obok lekarza staje pielęgniarka.	Animacja: 1. moneta z napisem (symbolem) „zł - złotówka” „przelatuje” od pielęgniarki do worka z napisem „koszt świadczenia”

	<p>1. „Dzień dobry, co Panu dolega?”</p> <p>Pacjent:</p> <p>1. „Panie Doktorze, czuję silny ból w klatce”</p> <p>Lekarz:</p> <p>1. „Proszę opowiedzieć co się stało”</p>			<p>2. moneta z napisem (symbolem) „zł” „przelatuje” od lekarza do worka z napisem „koszt świadczenia”</p> <p>3. moneta z napisem (symbolem) „zł” „przelatuje” od łóżka pacjenta do worka z napisem „koszt świadczenia”</p> <p>Dźwięk pieniędzy w worku</p>
5.	II. Dom pacjenta – pacjent pracuje w ogrodzie		Cofamy się w czasie do opisywanych przez pacjenta wydarzeń	
6.	<p>Pacjent mówi:</p> <p>1. „od rana czułem się gorzej, ale po zjedzeniu śniadania poczułem się lepiej”</p> <p>2. „Poszedłem pracować w ogrodzie, przycinałem krzewy”</p> <p>3. „nagle poczułem silny ból w klatce piersiowej, promieniujący do lewej ręki. Nie mogłem oddychać. Osunąłem się na trawnik i zemdląłem. Ocknąłem się dopiero w szpitalu”</p>		<p>Retrospekcja zdarzeń pacjenta</p> <p>1. Jest w domu. Jest poranek, wstaje z łóżka. Wchodzi do kuchni, jest blady, słaby. Siada przy stole, je śniadanie. Widać, że poczuł się lepiej.</p> <p>2. Pacjent wchodzi do ogrodu, nożycami przycina krzewy</p> <p>3. Przerywa przycinanie, błędnie. Chwyta się za klatkę piersiową, z trudem łapie oddech. Osuwa się na trawnik, mdleje.</p>	
7.	III. Sala chorych			
8.	<p>Lekarz mówi do pielęgniarki:</p> <p>1. „proszę wykonać pacjentowi EKG, badania krwi, podłączyć kroplówkę z elektrolitami”</p>		Lekarz obraca się w kierunku pielęgniarki. Lekarz w trakcie mówienia zapisuje zlecenie w karcie pacjenta i się podpisuje. Następnie podaje zlecenie pielęgniarce.	
9.	<p>Wykonanie badań</p> <p>Pielęgniarka mówi:</p> <p>1. „proszę zdjąć górną część piżamy, wykonamy badanie EKG”</p> <p>2. „teraz pobierzemy krew do badania”</p> <p>3. „podam Panu kroplówkę”</p>		<p>Pielęgniarka wchodzi do Sali, podchodzi do pacjenta,</p> <p>1. prosi pacjenta o zdjęcie górnej części piżamy i podcina elektrody na klatce piersiowej pacjenta. Włącza aparat EKG, urządzenie drukuje wynik EKG</p> <p>2. pobiera pacjentowi z ręki kilka probówek krwi, odkłada je na bok</p> <p>3. zakłada wenflon na łokciu i podłącza kroplówkę na stojaku</p>	<p>Animacja:</p> <p>1. moneta z napisem (symbolem) „zł” „przelatuje” od aparatu EKG do worka z napisem „koszt świadczenia”</p> <p>2. moneta z napisem (symbolem) „zł” „przelatuje” od igły i probówek do worka „koszt świadczenia”</p> <p>3. moneta z napisem (symbolem) „zł” „przelatuje” od wenflonu do worka z napisem „koszt świadczenia”</p> <p>4. moneta z napisem (symbolem) „zł” „przelatuje” od worka z kroplówką do worka z napisem „koszt świadczenia”,</p> <p>Dźwięk pieniędzy w worku za każdym razem</p>
10.	IV. Pracownia badań echokardiograficznych			
11.	<p>Lekarz mówi:</p> <p>1. „dzień dobry, wykonamy badanie echo serca. Proszę zdjąć górną część piżamy i położyć się na leżance na</p>		Pacjent wjeżdża do pracowni badań echokardiograficznych, kładzie się na leżance na lewym boku z lewą ręką uniesioną ku górze i	<p>Animacja:</p> <p>1. moneta z napisem symbolem) „zł” „przelatuje” od aparatu echokardiograficznego do worka z napisem „koszt świadczenia”</p>

	<p>lewym boku oraz unieść rękę za głowę. Prawa ręka powinna leżeć wzdłuż tułowia”</p> <p>2. „nałożę Żel i rozpoczniemy badanie”</p> <p>3. „Teraz wykonam badanie, będzie trwać około 15 minut”</p> <p>4. „proszę się ubrać. Może Pan wrócić na oddział”</p>		<p>położoną za głowę. Prawa ręka ułożona wzdłuż tułowia.</p> <p>Następnie lekarz nakłada na głowicę urządzenia żel i przykłada ją do klatki piersiowej.</p> <p>W czasie badania na monitorze urządzenia wyświetlany jest obraz serca w czasie rzeczywistym.</p>	<p>2. moneta z napisem symbolem) „Zł” „przelatuje” od lekarza do worka z napisem „koszt świadczenia”</p> <p>Dźwięk pieniędzy w worku za każdym razem</p>
12.			Pacjent wraca do Sali chorych wieziony przez szpitalne korytarze	
13.	V. Sala chorych, przy łóżku pacjenta		Przychodzi lekarz i staje nad łóżkiem pacjenta	
14.	<p>Rozmowa lekarza z pacjentem</p> <p>Pacjent mówi:</p> <p>1. „Panie Doktorze, co mi dolega?”</p> <p>Lekarz mówi:</p> <p>1. „Mam już wyniki wykonanych badań. Przeszedł Pan zawał serca. Pielęgniarka za chwilę poda Panu leki ”</p> <p>2. „Jutro wykonamy zabieg angioplastyki, aby udrożnić naczynia krwionośne”</p>		Lekarz siada przy łóżku pacjenta i rozmawia z pacjentem	
15.	<p>Podanie leków przez pielęgniarkę</p> <p>Pielęgniarka mówi:</p> <p>1. „podam Panu kroplówkę”</p> <p>2. „proszę wziąć wszystkie leki”</p>		<p>Pielęgniarka wchodzi do Sali, podchodzi do pacjenta:</p> <p>1. podłącza kroplówkę na stojaku</p> <p>2. podaje pacjentowi leki w kieliszku</p>	<p>Animacja:</p> <p>1. moneta z napisem (symbolem) „Zł” „przelatuje” od worka z kroplówką do worka z napisem „koszt świadczenia”</p> <p>2. moneta z napisem (symbolem) „Zł” „przelatuje” od kieliszka z lekami do worka z napisem „koszt świadczenia”</p>

II. Etap zabiegowy i III. Oddział

Lp.	Założenia sceny	Tekst lektora	Obraz i grafiki	Uwagi
	<p>1. Wprowadzenie – pracownia hemodynamiki - dwie pielęgniarki przygotowują pracownię hemodynamiki.</p>		<p>Jedna pielęgniarka (ubrana w maseczkę, czepek, fartuch ochronny do rentgena) wyrzuca na specjalnie przygotowany stolik pokryty serwetą(przykładowe wyroby, leki): STENT COROFLEX ISAR 3.0X27MM 5028752, PROWADNIK ANGIOPLASTYCZNY SION BLUE 180CM, PROWADNIK OBWODOWY SUPRA CORE 0,035 300CM 1002703-02, CEWNIK BAL.SOLARICE RX SLC3015X, CEWNIK PROWADZĄCY LAUNCHER 6F JR 4.0 LA6JR40, ZESTAW ANGIO TU-XXXIII PL4000186, KOMPRESY GAZOWE STERYLNE 10CMX10CM; RĘKAWICE STERYLNE BEZPUDROWE ROZMIAR 7.5; STRZYKAWKA JEDNORAZ. 20ML; 10ML, 5 ML; IOMERON 400 0,4 G JODU/1ML (flakonik z napisem „kontrast”), ampulka z napisem</p>	

				„znieczulenie”. Nad każdym ułożonym sprzętem pokazuje się znak „\$”, a następnie monety wpadają do worka „koszt świadczenia”. W tle druga pielęgniarka (również ma maseczkę, czepek i fartuch ochronny do rentgena) szykuje potrzebne fartuchy ochronny do rentgena dla lekarza, szykuje łóżko dla pacjenta (sprawdza czy jest na odpowiedniej wysokości), włącza monitory.	
17.	<p>2. W przedsionku przed salą pacjent siedzi na kozetce (pacjent ma na sobie koszulę do zabiegu, szlafrok i kapcie), a lekarz zbiera wszystkie potrzebne podpisy na zabieg.</p> <p>L: Dzień dobry P: Dzień dobry Panie Doktorze L: Jak się Pan czuje przed zabiegiem? P: Lekko się denerwuje, ale chce mieć już to za sobą. L: Dobrze, w takim razie zanim zaczniemy: Czy został Pan poinformowany o całej procedurze zabiegu? P: Tak, również wiem jakie są zalecenia po zabiegu. L: Rozumiem, że przedstawiono Panu listę powikłań? P: Tak L: W trakcie zabiegu będzie Pan przytomny, jeżeli coś Pana zaniepokoi proszę tylko o informację. P: Dobrze. L: W takim razie proszę o podpisy, że wszystko o czym rozmawialiśmy się zgadza. P: Oczywiście, czy tutaj podpisać? L: (kiwa głową)</p>				
18.	<p>3. Przygotowanie pacjenta do zabiegu.</p> <p>Pielęgniarka: Dzień dobry, jestem pielęgniarką i będę się Panem opiekowała podczas zabiegu P: Dzień dobry – trochę się denerwuje Pielęgniarka: Rozumiem, mogę tylko powiedzieć, że zabieg będzie trwał około 40 minut i jest Pan w dobrych rękach.</p>			Do przedsionka przychodzi pielęgniarka (ta która szykowała fartuchy) i zaprowadza pacjenta do pracowni hemodynamiki. Pacjent zostawia szlafrok i kapcie w przedsionku ochronny. Pielęgniarka układa pacjenta w pozycji na wznak, podciąga koszulkę do pasa i przykrywa prześcieradłem chirurgicznym. W tle lekarz w maseczce i czepku, nakłada fartuch ochronny i podchodzi do pielęgniarki z narzędziami (która ma już nałożone rękawice chirurgiczne), a pielęgniarka pomaga mu nałożyć rękawice chirurgiczne.	
19.	4. Sala technika.			W drugiej sali za lustrami siedzi technik i robi zdjęcia. Można pokazać zbliżenie monitora komputera i pokazać jak wprowadzony jest kontrast. Nad głową technika pojawia się moneta z napisem „Zł” i „przelatuje do” worka „koszt świadczenia”.	
20.	5. Pracowania hemodynamiki – po zabiegu.			Pielęgniarka bierze kozetkę z przedsionka. Lekarz przyciska opatrunek uciskowy do uda lewego.	


	<p>Lekarz: Proszę Pana, zabieg właśnie się skończył. Wszystko przebiegło zgodnie z oczekiwaniami. Ma Pan na udzie założony opatrunek uciskowy. Proszę jeszcze przez 8 h leżeć płasko w łóżku i się nie podnosić. Panie pielęgniarki zabiorą Pana na salę i będzie Pan monitorowany. Ja przyjdę do Pana za 4 godziny i uzgodnimy co dalej. Dobrze?</p> <p>P: Oczywiście Panie Doktorze, cieszę się że już po zabiegu.</p> <p>Lekarze i pielęgniarki: na trzy przenosimy...raz, dwa i trzy.</p> <p>Pielęgniarka z oddziału: Przewieziemy teraz Pana na swoją salę.</p> <p>Pacjent: Dobrze</p>		<p>Przychodzą dwie pielęgniarki z oddziału. Cały zespół (lekarz, dwie pielęgniarki z oddziału oraz pielęgniarka, która szykowała fartuchy) przenosi pacjenta z łóżka zabiegowego na kozetkę, lekarz cały czas uciska ranę. W tle pielęgniarka przy narzędziach odsuwa stolik i zaczyna sprzątać narzędzia (wyrzuca gaziki). W trakcie trwania przenoszenia pacjenta nad głowami lekarza i pielęgniarek pojawiają się monety z napisem „zł” i „przelatują do worka”.</p> <p>Pielęgniarki z oddziału „pchają” kozetkę z pacjentem (głową do kierunku jazdy).</p>	
21.	<p>6. Sala pacjenta – rozmowa lekarza z pacjentem.</p> <p>L: Proszę Pana, zabieg odbył się zgodnie z oczekiwaniami. Zostanie Pan na obserwacji 2 dni. Po tym czasie jak wszystko będzie dobrze, wypiszemy Pana do domu. Po wypisie będzie Pan pod stałą opieką kardiologiczną. Zalecana jest zmiana stylu życia, większa aktywność fizyczna, redukcja nałogów i stresu. Jutro przyjdzie do Pana nasz dietetyk w celu omówienia dalszego postępowania. Za 4 godziny Pani pielęgniarka pomoże w pionizacji, proszę dzisiaj się jeszcze oszczędzać, a jutro pomału zaczynać normalnie funkcjonować. Czy ma Pan jakieś pytania?</p> <p>P: Dziękuję Panie Doktorze, na razie czuje się dobrze i nie mam żadnych pytań.</p>		<p>Lekarz siada na krześle przy łóżku pacjenta i rozmawia z pacjentem. Podczas sceny nad głową lekarza pojawia się moneta z napisem „zł” i „przelatuje” do worka „koszt świadczenia”.</p>	
22.	<p>7. Czynności do wypisu pacjenta. Sama animacja bez dialogów:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Przychodzi pielęgniarka zdejmuje opatrunek uciskowy z uda, przykleja zwykły opatrunek. Następnie pomaga pacjentowi w pionizacji. 2. Rano pielęgniarka przychodzi z wózkiem, na którym znajdują się leki 3. Później przychodzi dietetyk, rozmawia z pacjentem 4. Przychodzi Pani pielęgniarka robi ekg przy łóżku pacjenta 5. Wypis ze szpitala 		<ol style="list-style-type: none"> 1. Pionizacja: na początku pielęgniarka zwiększa nachylenie kąta zagłówka łóżka, aby pacjent mógł usiąść na łóżku, następnie pomaga pacjentowi spuścić nogi z łóżka. Później podnosi korpus i siada na łóżku – tak siedzi około 5 minut. Może być napis po 5 minutach. Pielęgniarka podsuwa kaptcie pod nogi pacjenta i pomaga mu wstać, powinien postać z 1 minutę, razem przechodzą kilka kroków i pomagają pacjentowi siąść na łóżku. W trakcie trwania czynności pojawia się moneta nad głową pielęgniarki z napisem „zł” „przelatuje” do worka 2. Rano pielęgniarka przychodzi z wózkiem, na którym znajdują się leki: podaje 	

				<p>pacjentowi jego kubek z lekami nasercowymi, kubeczek podpisany „leki nasercowe” (moneta nad kubeczkiem leków „zł”), następnie pielęgniarka podłącza kroplówkę, kroplówka podpisana „elektrolity” (moneta nad kroplówką z elektrolitami „zł” i obie monety „przelatują do” worka)</p> <p>3. Dietetyk na fartuchu ma napis dietetyk. Podczas rozmowy z pacjentem nad głową dietetyka pojawia się moneta z napisem „zł” i „przelatuje do” worka</p> <p>4. Nad aparatem do EKG pojawia się moneta z napisem „zł” i „przelatuje” do worka</p> <p>5. Kolejnego dnia do sali przychodzi lekarz, pacjent jest już ubrany w swoje ubranie lekarz podaje pacjentowi dokumenty, a następnie podają sobie ręce. Nad głową lekarza pojawia się moneta „zł” i przelatuje do worka.</p>
--	--	--	--	---

III etap - Proces liczenia taryfy w AOTMiT

- Papierowy samolocik ze zleceniem do wyceny taryfy (z widoczną pieczętką Ministerstwa Zdrowia) leci w stronę AOTMiT (budynek z logo) i ląduje na biurku.
- Pracownicy AOTMiT zbierają się w grupie, oglądają samolocik z każdej strony, główkują, burza mózgów.
- Samolocik zmienia się na kilkadziesiąt mniejszych tj. kopert i leci z AOTMiT do szpitali (wystąpienie o przekazanie danych przez szpitale do AOTMiT).
- Koperty (jak w mailu) ze skrzydłami lecące z kilku budynków (szpitali) do budynku z logo AOTMiT.
- Trwają bardzo intensywne prace i pokazanie monitorów, na których będą cyferki jak z filmu Matrix (poruszające się z góry na dół) jako pokazanie weryfikacji danych oraz samych wyliczeń taryfy.
- Efekt końcowy obliczonej taryfy w kwadracikach, na którą składają się OSOBODZIEŃ + LEKI + WYROBY MEDYCZNE + PROCEDURY + MNOŻNIK.
- Wydruk z wielkiej drukarki w formie cennika, jako wynik wyliczeń (taryfa).
- Posiedzenie Rady Taryfikacji w Sali konferencyjnej 10 osób, nad głowami napisy PREZES NFZ, DYREKTOR NFZ, DYREKTOR MZ, ITD.
- Przed każdym członkiem kartka z cennikiem (taryfą), członkowie rady podbijają pieczętki albo w kolorze zielonym (8 pieczętek), albo w kolorze czerwonym (2 pieczętki).
- Obwieszczenie Prezesa na stronie AOTMiT w BiP.
- Wdrożenie przez NFZ, płatność za te rachunek który wystawił lekarz.

Lp.	Założenia sceny	Tekst lektora	Obraz i grafiki	Uwagi
1.	1. Wprowadzenie: Open space na którym siedzą pracownicy przy komputerach W tle słychać odgłos lecącego samolotu	„Witamy w AOTMiT. Tak właśnie pracownicy pracują każdego dnia...Co to za dźwięk??	<ul style="list-style-type: none"> Rzut z góry na open space z pracownikami siedzącymi przy komputerach 	tj. rzut/nagranie z góry dronem
2.	Pracownicy zrywają się z krzesel i biegną do okna		<p>nicy zrywają się i biegną do okna, nad ich głowami pojawiają się znaki zapytania</p> <p>open space podążają wzrokiem za lecącym samolotem</p>	tj. rzut/nagranie z góry dronem, muzyka w tle mission impossible https://www.youtube.com/watch?v=XAYhNHxN0A
3.	Samolocik wpada do AOTMiT przez okno, papierowy samolot ląduje na biurku	„Aaaaa...zlecenie z Ministerstwa Zdrowia leci prosto do Agencji”	<ul style="list-style-type: none"> Papierowy samolocik z logo AOTMiT leci przez Warszawę z widoczną pieczętką MZ, wpada na open space przez okno Pracownicy na open space podążają wzrokiem za lecącym samolotem na open space 	muzyka w tle mission impossible https://www.youtube.com/watch?v=XAYhNHxN0A
4.	Pracownicy zbierają się z grupie przy biurku na którym wylądował samolot	„Szybka organizacja i już grupa pracowników prowadzi prace koncepcyjne”	<ul style="list-style-type: none"> Papierowy samolot ląduje na biurku Grupa pracowników (nie wszyscy) zbiera się przy biurku i oglądają samolocik z 	tj. nagranie z góry dronem ale również perspektywa biurka, poszczególnych twarzy muzyka w tle mission impossible

			każdej strony, zastanawiają się podziwiają, pokazują palcami, burza mózgow, nad ich głowami naprzemiennie znaki zapytania oraz zapalające się żarówki (wpadają na pomysły)	https://www.youtube.com/watch?v=XAYhNHxNOA 
5.	Pracownicy wracają do biur, intensywne prace w wyniku czego samolocik zmienia się na kilkadziesiąt mniejszych samolocików	„Po pracach koncepcyjnych, pracownicy AOTMiT wysyłają prośby do szpitali o przekazanie danych kosztowych potrzebnych do obliczenia taryfy”	<ul style="list-style-type: none"> • Powrót do biur intensywne prace przed komputerem • Przesunięcie kamery na samolocik który zamienia się na kilkadziesiąt mniejszych samolocików/kopert ze skrzydłami 	W tle słychać głośne uderzenia w klawiaturę
6.	Mniejsze samolociki/koperty ze skrzydłami wylatują z AOTMiT do szpitali	„Prośby o przekazanie danych lecą do szpitali...”	<ul style="list-style-type: none"> • Koperty ze skrzydłami wylatują przez okno AOTMiT • Pokazany rzut całej Polski z oznaczonymi szpitalami jak koperty trafiają do wszystkich! oznaczonych na mapie Polski szpitali 	
7.	Koperty ze skrzydłami wracają/zmierzają w stronę AOTMiT W tle słychać odgłos samolotu/leczących skrzydeł	„Po wyznaczonym czasie szpitale przesyłają dane kosztowe do Agencji.”	<ul style="list-style-type: none"> • Pokazany rzut Polski jak koperty wylatują z tylko niektórych szpitali w stronę Warszawy/ AOTMiT • Pracownicy znów zbierają się przy oknie, obserwując jak koperty lecą w ich stronę. 	
8.	Koperty wpadają przez okno na kilka biur pracowników AOTMiT	„I to jest moment kiedy rozpoczyna się szczegółowa praca analityczna.”	<ul style="list-style-type: none"> • Pracownicy AOTMiT szybko biegną do swoich biur 	
9.	2. Open space – właściwe liczenie taryfy Intensywne prace związane z weryfikacją, obliczeniami (biurko, pracownik, rzut monitora)	„W trakcie prac, pracownicy weryfikują i analizują przekazane dane, konsultują w grupach możliwe sposoby liczenia, w razie potrzeby dzwonią do ekspertów”	<ul style="list-style-type: none"> • Rzut na poszczególnych pracowników, intensywnie pracujących i rozgryzających temat • Spotkania, konsultacje pomiędzy pracownikami dalsze rozgryzanie tematu • Rzut na monitory pracowników na których pojawiają się cyferki jak z filmu Matrix 	
10.	Efekt końcowy obliczonej taryfy w kwadracikach	„A tak właśnie wygląda efekt końcowy: WYCZEKIWANIA PRZEZ WSZYSTKICH TARYFA”	<ul style="list-style-type: none"> • Przekierowanie na cały ekran monitora gdzie pojawiają się poszczególne kostki TARYFY na którą składają się OSOBODZIEN + LEKI + WYÓRBY MEDYCZNE + PROCEDURY + MNOŻNIK = TARYFA 	
11.	OSOBODZIEN	„Na TARYFĘ składa się OSOBODZIEN a w jego skład wchodzi INTRASTRUKTURA obejmująca amortyzację, utrzymanie pomieszczeń i sprzętu narzędy administracji. Znajdują się w nich wszelkie koszty z wyłączeniem kosztów wynagrodzeń, leków oraz wyrobów medycznych”.	<ul style="list-style-type: none"> • Ponowne zbliżenie na kwadracik OSOBODZIEN (nowy slajd?) który strzałkami rozwija się na mniejsze kwadraty : infrastruktura + wynagrodzenia • Zbliżenie na kostkę infrastruktura - szybkie przekierowanie na rzut całego budynku szpitala z migającymi napisami typu: prąd, gaz, amortyzacja itp. • Powrót do slajdu OSOBODZIEN i zbliżenie na kostkę wynagrodzenia - szybkie przekierowanie na oddział 	


		<p>Koszty wynagrodzeń natomiast (druga kropka) obejmują pracę : lekarza, lekarza rezydenta, pielęgniarki, terapeutę, fizjoterapeutę, psychologa, perfuzjonistę, technika, fizyk medyczny, dietetyk i tak dalej..."</p> <p>„Wszystkie te koszty określane są jako koszty stałe Taryfy”</p>	<p>z personelem medycznym następnie na sale operacyjną z filmiku „pacjent” i pokazanie machających lekarzy i pielęgniarek</p>	
12.	LEKI	<p>„W przypadków leków które zaliczamy do kosztów zmiennych pracownicy liczą koszt zużytych leków przez cały pobyt pacjenta w szpitalu”</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Powrót do slajdu TARYFYA, zbliżenie na kostkę LEKI – szybkie przekierowanie na oddział oraz salę operacyjną i zbliżenie na leki z filmiku „pacjent” 	
13.	WYROBY MEDYCZNE	<p>„Podobnie jest w przypadku wykorzystanych wyrobów medycznych – Agencja liczy ile wyrobów wykorzystano u pacjenta”</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Powrót do slajdu TARYFYA, zbliżenie na kostkę WYROBY MEDYCZNE – szybkie przekierowane na salę operacyjną, na wszystkie rurki i gaziki, stenty z filmiku „pacjent” 	
14.	PROCEDURY	<p>„Ostatnim kosztem zmiennym są wykonywane procedury podczas całego pobytu pacjenta – czyli wszystkie badania laboratoryjne, procedury zabiegowe oraz sam zabieg”</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Powrót do slajdu TARYFYA, zbliżenie na kostkę PROCEDURY – szybkie przekierowanie do pracowni badań echokardiograficznych z filmiku „pacjent” gdzie wjeżdża do pracowni badań echokardiograficznych, kładzie się na leżance na lewym boku z lewą ręką uniesioną ku górze i położoną za głowę. Prawa ręka ułożona macha do widowni. Później przekierowanie na salę operacyjną gdzie pacjent ze stołu chirurgicznego macha do widowni 	
15.	MNOŻNIK ZMIAN WIELKOŚCI KOSZTÓW	<p>„Nie można również zapomnieć o mnożniku który pozwala uaktualnić koszty świadczenia do roku, w którym wydawana jest taryfa”</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Powrót do slajdu TARYFYA, zbliżenie na kostkę MNOŻNIK – 3 strzałki wychodzące z mnożnika: <ul style="list-style-type: none"> ○ Wskaźnik zmian wynagrodzeń ○ Wskaźnik zmian cen ○ Średni ważony koszt kapitału 	
16.	TARYFA		<ul style="list-style-type: none"> • Powrót na slajd TARYFYA • Przekierowanie na pracowników AOTMiT, którzy biją brawo 	
17.	Wydruk TARYFY	<p>„Podsumowując na taryfę składają się: Osobodzień PL, WM, PR oraz MNOŻNIK”</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pracownik AOTMiT klika na ekranie (slajd z taryfą) ikonkę drukarka • Przekierowanie na drukarkę z której wydostają się druk w formie bardzo długiego rachunku/paragonu z skomplikowanymi obliczeniami i wielkim czerwonym napisem taryfa 	

	18.	<p>3. Posiedzenie Rady Taryfikacji</p> <p>Okrągła stół przy którym siedzą członkowie Rady ds. Taryfikacji i nad ich głowami ruchliwe tabliczki.</p>	<p>„Po wyliczeniach następuję przekazanie materiałów na posiedzenie Rady ds. Taryfikacji. Rada Taryfikacji pełni funkcję opiniodawczo-doradczą. Zadania Rady ds. Taryfikacji to:</p> <ul style="list-style-type: none"> Opiniowanie planu oraz metodyki świadczeń, prowadzenie konsultacji w sprawie taryfy, wydawanie stanowisk w sprawie ustalenia taryfy świadczeń”. 	<ul style="list-style-type: none"> Rzut na salę z okrągłym stołem przy którym siedzą członkowie Rady a nad ich głowami ruchliwe tabliczki: PREZES NFZ, DYREKTOR MZ, DYKRETOR SZPITALA ITD. Przed każdym członkiem rady, karta z wydrukowanym rachunkiem Przewodniczący Rady tłumaczy, macha rękami Członkowie rady pobijają pieczątki CZEROWNY: ODRZUONO; ZIELONY: zaakceptowano 											
	19.	Prezes AOTMiT w swoim gabinecie wydaje OBWIESZCZENIE	„A teraz Prezes wydaje decyzję o OBWIESZCZENIU”	<ul style="list-style-type: none"> Przekierowanie na drzwi z napisem „PREZES AOTMiT” Prezes AOTMiT ogląda wszystkie cenniki z pieczętkami na sam koniec przybija WIELKĄ PIECZĄTKĘ, ZAAKCEPTOWANO DO OBWIESZCZENIA Przekierowanie na stronie AOTMiT w zakładkę obwieszczenie 											
	20.	Pracownicy NFZ płacą lekarzowi, który wystawił rachunek	„NFZ stosując wyliczoną TARYFĘ przez AOTMiT płaci szpitalom za wykonane usługi”.	<ul style="list-style-type: none"> Przekierowanie na lekarza w filmiku „pacjent” który wystawił długi rachunek z napisem TARYFYA Przekierowanie na pracownika NFZ który w swoim laptopie/tablecie odnajduje OBWIESZCZENIE wydane przez Prezesa AOTMiT Lekarz + pracownik NFZ podają sobie ręce, NFZ przekazuje lekarzowi duży plik pieniędzy; wszyscy zadowoleni 											
Standard rachunku kosztów	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Lp</th> <th>Założenia sceny</th> <th>Tekst lektora</th> <th>Obraz i grafiki</th> <th>Uwagi</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>Czołówka</td> <td></td> <td>Plansza z napisem „Standard rachunku kosztów w podmiotach leczniczych”</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				Lp	Założenia sceny	Tekst lektora	Obraz i grafiki	Uwagi	1	Czołówka		Plansza z napisem „Standard rachunku kosztów w podmiotach leczniczych”		
Lp	Założenia sceny	Tekst lektora	Obraz i grafiki	Uwagi											
1	Czołówka		Plansza z napisem „Standard rachunku kosztów w podmiotach leczniczych”												

	2	Wprowadzenie w tematykę rachunku kosztów.	Ze słowem rachunek każdy z nas spotyka się wielokrotnie w życiu codziennym: pensja wpływa na nasz rachunek bankowy, płacimy rachunki za gaz, prąd czy też w restauracji. Czy wiemy jednak czym jest rachunek kosztów?	Animacja: ludzik idzie ulicą miasta i mija bank (kiedy mowa o tym że pensja wpływa na konto), siedzi przy stoliku w restauracji i opłaca rachunek (kiedy mowa o płaceniu rachunku) i po chwili z niej wychodzi. Na końcu sceny wchodzi do budynku podmiotu leczniczego.	Przyciszone odgłosy ruchu ulicznego w tle. Budynek powinien być neutralny oznaczony jakimś symbolem służby zdrowia.
	3		Rachunek kosztów jest częścią dziedziny zwanej rachunkowością. Jest to proces ustalania kosztów prowadzenia działalności przez daną jednostkę. Służy zarówno celom sprawozdawczym jak i wspomaga decyzje zarządcze.	Widok szkolnej tablicy zajmujący 90% ekranu. Animacja: napisy pojawiają się jeden pod drugim tak jakby niewidzialna ręka pisała kredą: <ul style="list-style-type: none"> • Część rachunkowości. • Ustalanie kosztów. • Wspomaga zarządzanie. 	Synchronizacja pojawiania się tekstu na tablicy ze słowami lektora.
	4		Rachunek kosztów pełni szereg ważnych funkcji, do których należą: <ul style="list-style-type: none"> - dostarczanie informacji o kosztach - ewidencjonowanie kosztów - klasyfikacja kosztów wg ustalonego porządku - sporządzanie raportów i zestawień - analiza i ocena zebranych informacji - podstawa do podejmowania decyzji - kontrola wysokości kosztów i ich optymalizacja 	Widok szkolnej tablicy zajmujący 90% ekranu. Animacja: niewidzialna gąbka zmazuje poprzednią treść; nowe napisy pojawiają się jeden pod drugim tak jakby niewidzialna ręka pisała kredą: <ul style="list-style-type: none"> • Informacja o kosztach. • Ewidencja kosztów. • Klasyfikacja kosztów. • Raporty i zestawienia. • Analiza i ocena. • Podstawa decyzji. • Kontrola i optymalizacja. 	Synchronizacja pojawiania się tekstu na tablicy ze słowami lektora.

	5		<p>W systemie ochrony zdrowia z informacji dostarczanych przez rachunek kosztów korzysta wielu odbiorców:</p> <ul style="list-style-type: none"> - kierownicy komórek organizacyjnych (oddziałów, poradni, pracowni...) - dyrektorzy podmiotów leczniczych - organy założycielskie i nadzorujące - Ministerstwo Zdrowia i Narodowy Fundusz Zdrowia - AOTMiT 	<p>Widok szkolnej tablicy zajmujący 90% ekranu. Animacja: niewidzialna gąbka zmazuje poprzednią treść; kolejno pojawiają się obok siebie wizerunki/ symbole:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lekarza (jako kierownika oddziału/ poradni). • Pana/ Pani w garniturze (jako dyrektora). • Budynku z napisem „Urząd Marszałkowski” (jako organu założycielskiego). • Loga MZ i NFZ. • Logo AOTMiT. 	<p>Synchronizacja pojawiania się wizerunków na tablicy ze słowami lektora.</p>
	6	<p>Zaczyna się część poświęcona już konkretnie standardowi rachunku kosztów.</p>	<p>Natomiast standard rachunku kosztów jest zbiorem reguł, które muszą stosować wszyscy świadczeniodawcy udzielający świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z wyłączeniem podmiotów wskazanych w art. 31 1c ust.6 Ustawy o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych.</p>	<p>Animacja: pojawiają się kartki formatu A4 z hasłami na kartkach: (kartki opadają na siebie tworząc plik)</p> <ul style="list-style-type: none"> - zasady wyodrębniania Ośrodków Powstawania Kosztów, - zasady ewidencji kosztów rodzajowych, - rozdzielniki kosztów wspólnych - klucze podziałowe działalności pomocniczej medycznej i niemedycznej, - etapy kalkulacji kosztu wytworzenia OPK, - metody wyceny procedur medycznych. 	
	7	<p>Wymieniane są najważniejsze zmiany, jakie wprowadził standard rachunku kosztów.</p>	<p>Standard rachunku kosztów wprowadził wiele zmian:</p>		

	8		<p>- ujednocilił ewidencję kosztów (do tej pory plany kont, rozdzielniki kosztów i klucze podziałowe podmiotów leczniczych różniły się między sobą, teraz będą jednakowe),</p>	<p>Animacja: na ekranie pojawia się tablica z okrągłym otworem, od którego odbijają się różnokolorowe i o różnych wielkościach i kształtach przedmioty (np. pluszowe piłki). Kiedy lektor mówi, że „teraz będą jednakowe” pojawiają się już tylko jednakowej wielkości piłki, które bez trudu przelatują przez otwór.</p>	
	9		<p>- nakazuje oddzielenie działalności leczniczej od innych rodzajów działalności oraz od działalności komercyjnej po to aby inne rodzaje działalności nie zawyżały kosztów świadczeń; To tak, jakbyś podczas zakupów do torby z jabłkami dorzucił drogie mango, które podniosło cenę, jaką musiałeś zapłacić za jabłka, a którego tak naprawdę wcale nie chciałeś kupić.</p>	<p>Animacja: stragan z owocami i warzywami, ludzik robi zakupy, wybiera ze skrzynki jabłka i wrzuca do papierowej torby, do ręki bierze także mango i wrzuca do torby. Podaje torbę sprzedawcy, ten liczy sztuki i podaje cenę za całość. (tutaj zbliżenie na owoce i wskazanie ceny za każdą sztukę: jabłko 5 zł, jabłko 5 zł, mango 5zł, następnie skreślenie cen jabłek) Klient bierze torbę i jest zdziwiony wysokością ceny, zagląda do torby, odkrywa w niej mango, wyciąga je i oddaje sprzedawcy. Sprzedawca ponownie nalicza cenę klientowi, (zbliżenie na owoce: jabłko 1 zł, jabłko 1 zł i mango 5zł). Klient z zadowoleniem kiwa głową i płaci.</p>	

	10		<p>- wskazuje prawidłowy sposób wyodrębnienia ośrodków powstawania kosztów (do tej pory podmioty łączyły wiele komórek organizacyjnych w jeden OPK, teraz muszą je rozdzielać), Wyobraź sobie jedwabną marynarkę, do której doszyto wełniane rękawy - są różne i nie pasują do siebie, prawda? Podobnie oddziały w szpitalach czy poradnie, są różne i ich koszty powinny być rozdzielone.</p>	<p>Animacja: postać (kobieta) w marynarce przegląda się w lustrze, widać, że marynarka jest droga i z dobrego materiału ale posiada rękawy z wełny, uszyte grubym ścięciem. Kobieta jest zrozpaczona, ma smutną minę. Nagle wełniane rękawy odrywają się i „zawisają” obok kobiety a na ich miejsce pojawiają się pasujące do marynarki rękawy jedwabne. Kobieta jest zadowolona.</p>	
	11		<p>- określa metody wyceny procedur (do tej pory część świadczeniodawców w ogóle ich nie wyceniała). Dzięki temu wiesz ile kosztuje dana usługa, możesz ją również sprzedać na zewnątrz.</p>	<p>Animacja: pojawia się maszynka do liczenia starego typu, klawisze wciskają się jakby niewidzialna ręka coś liczyła, na wydruku pojawiają się rzędy cyfr.</p>	
	12	<p>Przedstawienie korzyści z wdrożenia i stosowania standardu.</p>	<p>Wdrożenie i stosowanie standardu rachunku kosztów przyniesie wiele korzyści uczestnikom systemu ochrony zdrowia.</p>	<p>Animacja: widok na uczestników ochrony zdrowia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lekarza (jako kierownika oddziału/ poradni). • Pana/ Pani w garniturze (jako dyrektora). • Budyńku z napisem „Urząd Marszałkowski” (jako organu założycielskiego). • Loga MZ i NFZ. • Logo AOTMiT. 	
	13		<p>Dzięki wydzieleniu poszczególnych rodzajów działalności posiadam informacje o ponoszonych w nich kosztach i przychodach, co pozwala mi na prawidłowe ustalenie wyniku finansowego.</p>	<p>Animacja: postać z tęczką w ręku wychodzi z gabinetu, na drzwiach wisi dobrze widoczna tabliczka z napisem „główna księgowo/ główny księgowy”. Postać idzie korytarzem wygłaszając swoją</p>	<p>Kwestię wskazaną w kolumnie „tekst lektora” wygłasza postać z animacji.</p>

				kwesię. Dochodzi do drzwi z napisem „dyrektor” i wchodzi do środka.	
14		Nareszcie posiadam informacje o bieżącej strukturze i dynamice kosztów, które pomagają mi w zarządzaniu, a moi pracownicy bardziej dbają o gospodarne używanie materiałów i sprzętu.		Animacja: w gabinecie, do którego weszła postać z poprzedniej sceny. Za biurkiem siedzi inna postać, znana ze sceny opisanej w punkcie 2. Postać, która weszła, podchodzi do biurka i podaje teczkę drugiej postaci. Dyrektor kładzie ją przed sobą na biurku i wygłasza swoją kwestię.	Kwestię wskazaną w kolumnie „tekst lektora” wygłasza postać Dyrektora z animacji.
15		Dzięki przypisaniu pracowników do właściwych komórek organizacyjnych mogę monitorować wartość wynagrodzeń oraz efektywność wykorzystania personelu.		Animacja: do gabinetu dyrektora wchodzi kolejna osoba. Zwraca się ze swoją kwestią do dyrektora.	Kwestię wskazaną w kolumnie „tekst lektora” wygłasza postać, która weszła.
16		Dzięki jednolitej ewidencji kosztów możemy teraz prawidłowo wycenić procedury medyczne i poznać ich rzeczywiste koszty.		Animacja: dyrektor wstaje zza biurka i kieruje się w stronę drzwi wygłaszając swoją kwestię, po czym wychodzi z gabinetu a za nim pozostałe osoby.	Kwestię wskazaną w kolumnie „tekst lektora” wygłasza postać Dyrektora z animacji.
17		Dzięki jednolitej sprawozdawczości mam narzędzia do oceny działalności podległych mi podmiotów.		Animacja: znany z poprzednich scen dyrektor wchodzi do budynku z napisem „Urząd Marszałkowski”, a następnie do dużej sali. Na środku Sali stoi stół z krzesłami dookoła. Połowa krzeseł jest zajęta przez mężczyzn i kobiety. Dyrektor siada na jednym z wolnych krzeseł. Do sali wchodzi osoba o bardzo urzędowym wyglądzie (Marszałek) Wygłasza swoją kwestię.	Kwestię wskazaną w kolumnie „tekst lektora” wygłasza postać Marszałka z animacji.

	18		Uporządkowane, pełne i lepszej jakości dane zapewnią krótszy czas weryfikacji i szybszy proces taryfikacji świadczeń.	Animacja: widok budynku z napisem „AOTMiT”, a następnie widok przestrzeni biurowej typu open space. Typowy dzień pracy: kilka osób siedzi przy stanowiskach komputerowych, inne chodzą po biurze nosząc teczkę/segregatory. Zbliżenie na jedną z siedzących przy komputerze osób (analityka). Analityk wygłasza swoją kwestię i w tym czasie wszystko zaczyna poruszać się w kilkukrotnie przyspieszonym tempie.	Kwestię wskazaną w kolumnie „tekst lektora” wygłasza postać z animacji.
	19			Animacja: samochód firmy kurierskiej podjeżdżający pod drzwi szpitala, kurier wysiada, z paki wyciąga dużą paczkę z napisem „aktualne taryfy świadczeń” i wchodzi z nią do budynku.	
	20	Klamra zamykająca – SRK to milowy krok w kierunku poprawy finansów podmiotu leczniczego.	Nie ma wątpliwości, że standard rachunku kosztów jest milowym krokiem w kierunku poprawy finansów podmiotu leczniczego.	Animacja: pojawia się podium, na pierwszym miejscu stoi duży złoty puchar z wygrawerowanym napisem SRK. promienieje od niego blask chwały.	

Ceny leków w teorii i praktyce

Styl graficzny:

Tekst połączony z animacją 2D z narratorem, w podobnym stylu do:

o <https://www.youtube.com/watch?v=6dfD-FRq-HA>

o <https://www.youtube.com/watch?v=ZNpyUL5ay4c>

Film ma przedstawiać poważny temat, ale z „przymrużeniem oka”, żeby nie zanudzić potencjalnego odbiorcy


Tło merytoryczne:

W filmie omówione zostaną takie zagadnienia jak:

- ✓ Rynek leków w Polsce
- ✓ Sposoby refundacji i odpłatności za leki refundowane
- ✓ Przedstawienie sposobu obliczenia cen leków
- ✓ Praktyczne przykłady

Wstępna koncepcja:

Lp	Tekst lektora	Grafika / Opis sceny
1	Czy zastanawiałeś się kiedyś jak wygląda rynek leków w Polsce?	Pojawiają się różne postaci leków: tabletki, kapsułki, syropy, itp., a w środku znak zapytania
2	A może zastanawiałeś się na jakiej podstawie ustala się ceny leków, które kupujesz w aptece na receptę?	Na ekranie pojawia się recepta + znak zapytania

3	Zacznijmy od początku:	-
4	Obrót lekami w Polsce reguluje ustawa Prawo farmaceutyczne	
5	Natomiast rynek leków refundowanych ze środków publicznych jest ściśle monitorowany uregulowany prawnie – w tym wypadku obowiązuje ustawa o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych	Znak paragrafu + ziewający/znużony ludzik?
6	Możemy wyróżnić leki wydawane bez przepisu lekarza - OTC	przekreślona recepta, a następnie uśmiechnięty ludzik idący do apteki
7	leki wydawane z przepisu lekarza, czyli potocznie: leki na receptę	ludzik u lekarza dostaje karteczkę/receptę
8	oraz leki stosowane wyłącznie w lecznictwie zamkniętym	ludzik w szpitalu dostaje kroplówkę od pielęgniarki
9	Ceny leków OTC nie są regulowane prawnie i w dużej mierze kształtowane są na zasadach wolnego rynku	-
10	W przypadku leków na receptę można wyróżnić leki niefinansowane ze środków publicznych	lek + przekreślony banknot?
11	oraz te finansowane	odkreślony banknot + uśmiechnięty ludzik
12	Już wiesz, że ich ceny reguluje ustawa o refundacji leków	ludzik ma minę jakby się nad czymś mocno zastanawiał i potem wyskakuje nad jego głowę żarówka, bo przypomina sobie o wcześniej wspomnianym, nudnym paragrafie
13	ale czy wiesz, że nie dotyczy to wyłącznie leków, które możesz kupić w aptece?	szok na twarzy ludzika
14	leki refundowane dostępne są w ramach programów lekowych, w katalogu chemioterapii, w ramach listy „75+” i „ciąża+”, w ramach importu docelowego, w ramach ratunkowego dostępu do technologii lekowych (RDTL), w ramach programu szczepień obowiązkowych, w ramach programów polityki zdrowotnej (m.in. Krajowy Program Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczenia AIDS, Narodowy Program Leczenia Chorych na Hemofilię i Pokrewne Skazy Krwotoczne), w warunkach stacjonarnych czy też w ramach świadczeń gwarantowanych	ludzik jest w coraz większym szoku, coś w stylu: 
15	Ale może skupmy się na czymś, z czym spotykasz się w życiu codziennym, czyli z lekami w aptece	zadowolony ludzik potakujący głową
16	zapewne nie raz widziałeś na swojej receptce, tuż po prawej stronie, poziom odpłatności	wyświetla się wzór recepty, ale bardzo ogólny, nie taki szczegółowy jak to:

Recepta	
Świadczeniodawca	
Pacjent	Kowalski Jan ul. Warszawska 24/3 62-510 Konin
PESEL	76041201212
Rpw	Cannabis flos./lemon skunk Red No.2 (THC 19% +/-10%, CBD<1%) M. f. spec. Piętnaście gram kwiatu konopi D.S. 0,25 g 4 x dziennie
Data wystawienia:	14.08.2018
Data realizacji „od dnia”:	
Dane i podpis lekarza	
Dane podmiotu drukującego	

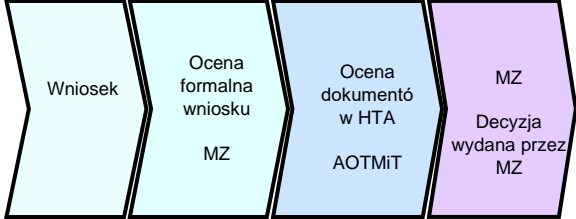
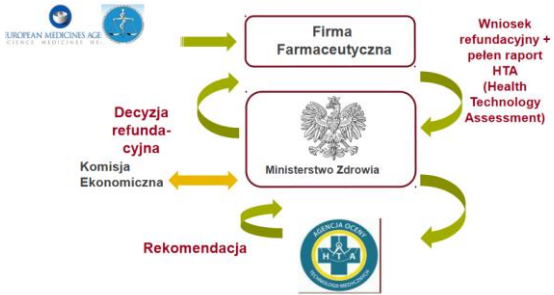
Tekst niewyraźny (może zwykły szlaczek?), widoczna jedynie odpłatność

Co ma wspólnego o pasjans (i Lwów) z lekami	Lp.		Założenia sceny	Tekst lektora
	1	Co ma ekonomia do leków? - wprowadzenie do ekonomiki zdrowia		Wyobraź sobie, że masz dużo pieniędzy, czasu i wszystkiego o czym możesz zamarzyć. Pomyślałeś? Nie? Trudno to sobie wyobrazić? To dlatego, że są zawsze ograniczone. Nawet jeśli chcesz wydać wszystkie pieniądze na zdrowie, to i tak doba ma dalej 24 godziny, lekarz po przyjęciu 10 pacjenta jest zmęczony itd. Bez ograniczonych zasobów nie byłoby ekonomii, czyli jednej z nauk o gospodarowaniu. Skoro kupujemy leki za publiczne pieniądze to kluczowe pytanie brzmi jak najlepiej wydać środki, które jako społeczeństwo zdecydowaliśmy się przeznaczyć na ochronę zdrowia. Te środki zawsze są ograniczone, nawet jeśli, co nierealne, chcielibyśmy wydać cały budżet tylko na ochronę zdrowia.
	2	Dlaczego musimy tworzyć modele?		Już wiesz, że zasoby są ograniczone, więc chcemy je wydać jak najlepiej. Ale skąd wiemy, które terapie są warte sfinansowania w ramach naszych ograniczonych zasobów? Cóż, musimy to policzyć. Wyobraź sobie, że mamy dwa leki, A i B. Lek A kosztuje 500 dukatów, podaje się go raz i trzy czwarte pacjentów, którzy go dostaną zdrowieje. Lek B kosztuje 250 dukatów, połowa pacjentów zdrowieje po pierwszym podaniu, ale drugiej połowie można go jeszcze raz i znów połowa zdrowieje. Powiedzmy, że mamy 100 pacjentów. Ile kosztuje wyleczenie jednego pacjenta lekiem A, a ile kosztuje wyleczenie jednego pacjenta lekiem B? Lepiej kupić A czy B? A gdyby cena leku B została podniesiona do 400 dukatów? A przy jakiej cenie będzie nam wszystko. To co właśnie zobaczyłeś to model – uproszczenie zjawiska, tak aby można było podjąć decyzję. Prawdziwe modele są dużo bardziej skomplikowane i uwzględniają wiele innych zdarzeń i parametrów. Hej, a może części pacjentów podawać A, a części B? Może, nasz model tego nie uwzględniał.
	3			W naszym modelu zakładaliśmy, że wszystko wiemy na pewno – że lek kosztuje dokładnie 250 dukatów i leczy zawsze dokładnie połowę pacjentów po podaniu. Uważasz, że taka precyzja jest realna? Nie? My też nie. Dlatego trzeba sprawdzić jak zmiana danych wejściowych wpływa na wynik naszego modelowania. Czy wystarczy zmienić ociupinkę jeden parametr, żeby nasza decyzja była inna? Ale czy zmiana o tę ociupinkę jest prawdopodobna? 1% czasem dużo, czasem mało. Pomyśl o wadze naszego tysiąca pacjentów. Czy nasi pacjenci różnią się między sobą wagą? Jak bardzo? Czy różnice w przekładają się na koszty, bo np. trzeba podać im więcej leku? A może różnice w wadze wpływają na wyniki leczenia? Jak to wszystko uwzględnić w naszym modelu?

		<p>Moglibyśmy wszystkich pacjentów zważyć i każdy pojedynczy wynik wykorzystać w modelu, albo prościej, po prostu wykorzystać jeden parametr w postaci średniej wagi wszystkich pacjentów. Tylko czy to jest najlepsze rozwiązanie? Wyobraźmy sobie sytuację gdzie mamy 6 osób ważących odpowiednio 79, 83, 89, 97, 101, 103 kg, które chcą przejść przez kładkę wytrzymałą jednorazowo ciężar 93 kg. Rozpatrując wszystkich osobno to przejdą tylko 3 osoby, natomiast opierając się na średniej już wszyscy (średnia 92 kg). <i>Ten prosty przykład obrazuje nam problemy i niedoskonałości przy wyborze metody szacowania parametru dla modelu.</i></p> <p>Spróbujmy teraz opisać wagę pacjentów tzw. rozkładem normalnym. Pasuje? W miarę, chyba możemy uznać że tak. Ta krzywa ma dwa parametry, μ (czytaj mi) i σ (sigma). Dobierzmy je tak, żeby nasza krzywa najlepiej odpowiadała naszym danym. Zmiana μ przesuwają „garb” w prawo albo w lewo, zmiana σ wypłaszcza go lub wysmukla.</p> <p>A co jeśli do kolejnego tysiąca pacjentów będą pasować dwie inne wartości? Może kolejny tysiąc będzie średnio chudszy, za to następny będzie miał podobną średnią wagę, ale za to będzie tam dużo pacjentów z niską wagą i dużo pacjentów z wysoką wagą? Jakiej wagi, jakich parametrów modelu przybliżających nam mi i sigma powinniśmy użyć w naszym modelu? Robi się to skomplikowane, prawda? A to dopiero pierwszy z wielu parametrów naszego modelu. Wyobraź sobie, że parametrów jest 20, do ich opisu użyto oprócz rozkładu normalnego takich bytów, o dość egzotycznie brzmiących nazwach, jak rozkład Beta, Gamma czy Dirichleta... Jak to rozwiązać? Na szczęście zdarzył nam się jeszcze Ulam i lwowska szkoła matematyczna.</p>	
4	Krótką wprowadzającą informacją o Ulamie	Stanisław Ulam (1909 Lwów, 1984 Santa Fe) – polski i amerykański matematyk, przedstawiciel lwowskiej szkoły matematycznej, współtwórca amerykańskiej bomby termojądrowej. Ulam był także twórcą metod numerycznych, na przykład metody Monte Carlo. Był też jednym z pierwszych naukowców, którzy wykorzystywali w swych pracach komputer.	
5	Co ma z tym wspólnego Lwów? Historia z układaniem pasjansa	Gdzieś w USA, rok 1946, Stanisław Ulam trafia do szpitala. Ulam z nudów układał pasjansa, a że był matematykiem ze Lwowa to zaczął się zastanawiać jak obliczyć odsetek pasjansów, które się udają. To już nasze spekulacje, ale pewnie pielęgniarka kategorycznie zabroniła zapisywania jakichkolwiek obliczeń na blacie stolika nocnego (bo to nie lwowska Kawiarnia Szkoła), więc Ulam wpadł na inny pomysł – przecież wystarczy układać pasjansa wiele razy i notować, jak często wyszedł. Ulam nazwał to metodą Monte Carlo, bo chodziło o przypadek jak przy wygranej w kasynie. Ewentualnie o wujka, który dużo tam przegrał.	
6	Powiązanie historii z pasjansiem z modelowaniem	Po dziesięciu ułożeniach będziemy mieć dość zgrubne oszacowanie. Po stu będzie dokładniejsze. Po tysiącu albo milionie pasjansów nasz odsetek będzie dość dokładny jak na nasze potrzeby, komputer się nie znudzi, a my dopijemy kawę. W modelu ekonomicznym robimy tak samo, tzn. losujemy i zapisujemy wyniki. Jedyna różnica polega na tym, że na biurkach mamy zdecydowanie lepsze komputery niż Ulam w 1946. A właściwie nie na biurkach, bo ENIAC zajmował spory pokój, ważył prawie 30 ton i potrzebował sztabu ludzi do obsługi, przy czym robił mniej obliczeń niż komórka, na której wyświetlił ten filmik. Pomyśl co zrobiłby Ulam mając dostęp do komórki.	

Czemu służy HTA	„Czemu służy HTA czyli jak nie refundować cukru pudru”			
	Idea: Przedstawienie roli HTA w refundacji leków na pewnych schematach. Dialogi w dymkach, jak w komiksie, z off-u głos lektora.			
	Lp.	Założenia sceny	Tekst lektora	Obraz i grafiki
	1.	Wprowadzenie do tematu – przedstawienie problemu kosztów leków	<p>Za leki, które nie są refundowane płaci pacjent. Często dużo... Jeśli lek jest refundowany część albo nawet całość kosztów ponosi państwo czyli płatnik publiczny.</p> <p>Co może pomóc w wyborze właściwego leku czyli jak mądrze wydawać pieniądze płatnika?</p> <p>Przyjrzyjmy się, jak wykorzystać w procesie decyzyjnym ocenę technologii medycznych - <i>health technology assessment</i> czyli w skrócie HTA</p>	<p>1. Gabinet lekarski – lekarz przepisuje pacjentowi lek.</p> <p>2. Pacjent idzie do apteki – podaje kod recepty i łapie się za głowę, jak trzeba zapłacić – wyświetlają się symbole sugerujące, że lek jest drogi (np. symbole dolara).</p> <p>3. Pacjent stoi z opakowaniem leku w ręce i wpatruje się w niego przez dłuższą chwilę.</p> <p>Przejście: „kamera” oddala się od pacjenta, następnie cięcie.</p>
				Uwagi

	2.	Wprowadzenie do tematu – przedstawienie problemu skuteczności leku	<p>Skuteczność leku sprawdzana jest w badaniach klinicznych: setki pacjentów uczestniczących w badaniach randomizowanych, w których część przyjmuje lek, a część placebo, lekarze sprawdzający stan pacjenta i skrupulatnie spisujący otrzymane wyniki, następuje publikacja w czasopiśmie naukowym, rejestracja leku.</p> <p>Jest wiele takich leków różniących się skutecznością i ceną. Pojawia się zatem pytanie, czy lek droższy od innych jest od nich skuteczniejszy? Ile warto dopłacić za tą różnicę w skuteczności. I wreszcie – które leki warto są finansowania przez państwo?</p>	<p>1. Firma farmaceutyczna – widok z lotu ptaka na nowoczesny budynek.</p> <p>2. Wnętrze – laboratorium pracuje w pocie czoła (postacie w białych fartuchach uwijają się pomiędzy stołami z zastawą laboratoryjną).</p> <p>3. Badanie kliniczne – pacjenci w łóżkach, lekarze podają lek, pacjenci zdrowieją. Wyświetlające się hasła w tle: badanie RCT, randomizacja, zaślepienie badania, różnice istotne klinicznie.</p> <p>4. Lekarze wpisują do komputera wyniki, piszą publikację.</p> <p>5. Multiplikacja takich obrazków, wyświetlają się nagłówki czasopism naukowych (Lacet, Nature itd.)</p> <p>6. Leki z wielu firm trafiają do aptek, za wszystkie trzeba zapłacić – obrazek z półkami zapelnionymi różnymi lekami, wyświetlają się różne ceny leków, coraz więcej cen, cały ekran zostaje przysłonięty przez liczby.</p>	Dialogi w dymkach, jak w komiksie, z off-u głos lektora
	2.	Wprowadzenie do pojęcia HTA	<ol style="list-style-type: none"> Ocena technologii medycznych występująca najczęściej pod angielskim skrótem HTA (<i>health technology assessment</i>). Przykładami technologii medycznych mogą być leki, sprzęt medyczny, metody diagnostyczne i metody leczenia, rehabilitacji oraz metody profilaktyczne. HTA łączy wiedzę z zakresu m.in.: medycyny, epidemiologii, biostatystyki, ekonomii, prawa i etyki. Celem HTA jest ustalenie wartości dodanej nowej technologii medycznej w porównaniu z już istniejącymi. <p>Oceńić należy przede wszystkim efekt terapeutyczny leku, a także możliwe działania niepożądane, wpływ na jakość życia i sposoby jego przyjmowania. Ocena HTA uwzględnia również inne aspekty stosowania technologii, na przykład koszty ponoszone przez pacjenta i jej wpływ na organizację systemów opieki zdrowotnej w trakcie zastosowanego leczenia.</p>	<ol style="list-style-type: none"> Pojawia się duży napis Health Technology Assessment. Potem pojawia się diagram – podobnie jak w filmiku powyżej i wjeżdżają grafiki z przykładami technologii Pojawia się diagram w stylu: <div data-bbox="1137 587 1675 1018" data-label="Diagram"> <p>Składowe HTA</p> <p>Cel: uzyskanie jak najwyższej wiarygodności wyników</p> </div> Pojawia się grafika (w polskiej wersji) <div data-bbox="1173 1114 1482 1449" data-label="Diagram"> </div> 	

	<p>3. Pokazanie procesu składania wniosku refundacyjnego</p>	<p>Jak to działa w praktyce?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Firmy farmaceutyczne przygotowują odpowiednią dokumentację dotyczącą proponowanego leku, tzw. wniosek refundacyjny, który przekazują do Ministerstwa Zdrowia. 2. Ministerstwo dokonuje oceny formalnej. 3. Jeżeli dokumentacja jest kompletna, Minister Zdrowia przekazuje zlecenie oceny analiz wnioskodawcy do Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (w skrócie AOTMiT) 4. AOTMiT stanowi instytucję odpowiedzialną za ocenę technologii medycznych w Polsce, która wspomaga ministra zdrowia w procesie podejmowania decyzji dotyczących refundacji technologii medycznych, w tym leków. 	<p>Pojawia się diagram typu:</p>  <p>Lub taki</p>  <p>Sceny po kolei:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Przedstawiciele firm składają wnioski (dzwonią i wysyłają maile, w końcu komputer wyświetla, że wniosek złożony i postacie ocierają pot z czoła). 2. W MZ - pracownik ma listę o tytule „ocena formalna” i „odfajkowuje” po kolei punkty. Na końcu daje pieczętkę – akceptacja, na końcu klika wyslij wniosek do AOTMiT. 3. AOTMiT – np. krótki rzut na stronę www Agencji. 	
--	--	---	--	--

	4.	Pokazanie losu wniosku refundacyjnego jako śledztwa prowadzonego w Agencji	<p>Ocena HTA polega na zebraniu i podsumowaniu dostępnych dowodów naukowych oraz innych informacji dotyczących zastosowania danej technologii medycznej, w tym danych kosztowych.</p> <p>Wszystko jest przedstawiane w raporcie nazywanym analizą weryfikacyjną.</p> <p>Na ocenę składa się analiza problemu decyzyjnego i analiza kliniczna, wykorzystująca zasady tzw. medycyny opartej na dowodach naukowych – z angielskiego EBM (<i>evidence-based medicine</i>).</p> <p>Oceniana jest wówczas efektywność kliniczna (skuteczność i bezpieczeństwo) nowej technologii medycznej, w porównaniu do technologii dotychczas stosowanych.</p> <p>A także to, czy uzyskane dodatkowe efekty zdrowotne są warte ponoszonych kosztów.</p>	<p>Zespół analityczny zabierają się do oceny i prowadzą coś w rodzaju śledztwa. Pokazanie tego śledztwa (nawiązanie do śledztw kryminalnych i pracy detektywów).</p> <p>Pokazane główne 4 elementy procesu (np. pod lupą), które pojawiają się jak mówi lektor:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Analiza problemu decyzyjnego 2. Analiza kliniczna 3. Analiza ekonomiczna 4. Analiza wpływu na budżet <p>Wyniki: rekomendacja Prezesa, stanowisko Radu – rzut na stronę Agencji (pokazana taka rekomendacja)</p> <p>Wynik:</p> <ul style="list-style-type: none"> - raporty publikowane w BIP, - posiedzenie RP (grono profesorów w zależności od tematu reaguje bardziej lub mniej entuzjastycznie) - pisanie rekomendacji Prezesa (pozytywnej dla skuteczniejszego leku, negatywnej dla leku mało skutecznego – użycie na obrazie kolorów – zielonego dla pozytywnej, czerwonego dla negatywnej) 	
	5.	Pokazanie zakończenia procesu HTA	Agencja przesyła analizę weryfikacyjną, stanowisko Rady oraz rekomendację Prezesa do Ministra Zdrowia, który podejmuje ostateczną decyzję o tym, czy lek ma być refundowany.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lek skuteczniejszy trafia na listę refundacyjną – pokazanie strony Obwieszczenia MZ – z daleka, potem przybliżenie i na zielono wyświetla się nazwa leku 2. Lek mało skuteczny nie trafia na listę refundacyjną – pokazanie strony Obwieszczenia MZ – z daleka, potem przybliżenie – obraz się przesuwają jakby ktoś gorączkowo przeszukiwał listę, ale nie ma. 	
	6.	Zakończenie – pokazanie, jaki wpływ zakończenie procesu refundacyjnego ma na finanse pacjenta.	<p>W przypadku leków, które są refundowane, część kosztów ponosi państwo – 30%, 50% czasem nawet 100%. Pozwala to znacznie odciążyć budżet pacjenta.</p> <p>W wyborze właściwego leku, wartego refundacji i mądrym wydawaniu pieniędzy płatnika pomaga ocena technologii medycznych <i>health technology assessment</i> czyli w skrócie HTA.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Gabinet lekarski – lekarz przepisuje pacjentowi lek. 2. Pacjent idzie do apteki – podaje kod recepty ze zdziwieniem słucha, ile ma zapłacić. Dopytuje się, czy na pewno tylko tyle (pytanie w dymku). 3. Farmaceuta potwierdza i mówi, że od tego miesiąca lek jest już refundowany (odpowiedź w dymku) <p>Przejście: „kamera” oddala się od uśmiechniętego pacjenta, najazd na pierwszą stronę Obwieszczenia Ministra Zdrowia w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, nasz lek wyświetla się na zielono.</p>	Dialogi w dymkach, jak w komiksie, z off-u głos lektora
Czy mamy tyle pieniędzy, aby zrefundować nowy lek?	<p>„Czy mamy tyle pieniędzy, aby zrefundować nowy lek? Do czego służy analiza wpływu na budżet, instrumenty podziału ryzyka?” Magdalena Rdzanek, Olga Żebrowska</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Wynik analizy ekonomicznej wskazuje, że oceniany lek jest kosztowo efektywny, a więc warto go zrefundować. <p>Analiza ekonomiczna polega na porównaniu ocenianego leku pod względem kosztów i wyników zdrowotnych z lekami aktualnie stosowanymi w leczeniu danej choroby. Skuteczność leków mierzy się z wykorzystaniem uniwersalnych dla różnych chorób wskaźników, np. QALY (ang. Quality Adjusted Life Years, lata życia skorygowane o jakość) lub LY (ang. Life Years, lata życia), istnieją również inne wskaźniki. Najczęściej stosuje się QALY. Koncepcja QALY opiera się na założeniu, że liczba lat przeżytych w pełnym zdrowiu ma dla człowieka większą wartość niż taka sama liczba lat przeżytych w niepełnym zdrowiu. Wskaźnik QALY stanowi uniwersalną jednostkę pomiaru wyników interwencji zdrowotnych, którą można zastosować w odniesieniu do wszystkich osób i we wszystkich jednostkach chorobowych. 1 QALY to 1 rok życia w pełnym zdrowiu.</p> <p>Koszty mierzy się w jednostkach monetarnych przyjętych w danym kraju, np. w polskich złotych.</p> <p>Różnica pomiędzy efektem uzyskanym podczas terapii lekiem ocenianym (B) i podczas terapii lekiem dotychczas stosowanym (A) to efekt inkrementalny czyli zyskany efekt zdrowotny.</p> <p>Różnica pomiędzy kosztem terapii lekiem ocenianym (B) i terapii lekiem dotychczas stosowanym (A) to koszt inkrementalny, czyli dodatkowy koszt związany z zastosowaniem ocenianego leku.</p> <p>Wynikiem analizy ekonomicznej jest współczynnik, uzyskiwany przez podzielenie kosztu inkrementalnego przez efekt inkrementalny. Przykładowo 100 tys. PLN/ QALY oznacza, że stosując nowy lek, musimy wydać 100 tys. PLN, aby zyskać 1 rok życia w pełnym zdrowiu.</p> <p>Mamy 4 możliwości:</p>				



- Jeśli oceniany lek (B) jest gorszy (mniej skuteczny) i droższy od tych dotychczas stosowanych (A), nie warto go refundować (lek jest kosztowo nieefektywny).
- Jeśli oceniany lek jest gorszy (mniej skuteczny), ale tańszy – jego efektywność kosztowa może być porównywalna z lekiem dotychczas dostępnym, albo nawet lepsza, ale zwykle Ministerstwo Zdrowia nie chce pogarszać skuteczności leczenia, więc taki lek raczej nie zostanie zrefundowany.
- Jeśli oceniany lek jest lepszy (przynosi więcej korzyści zdrowotnych) i tańszy od leków stosowanych aktualnie – sytuacja idealna, bo nowy lek lepiej poprawi zdrowie pacjentom i przyniesie oszczędności finansowe, które można będzie przeznaczyć np. na sfinansowanie innych leków.
- Często jednak oceniany lek jest lepszy (bardziej skuteczny), ale droższy od leków stosowanych dotychczas. Wówczas sprawdza się, ile trzeba zapłacić za 1 QALY i czy ta kwota mieści się w tzw. progu opłacalności – ustalonej kwocie, jaką Minister Zdrowia jest w stanie przeznaczyć na 1 QALY. Próg opłacalności w Polsce to obecnie 155 514 zł PLN za 1 QALY. Jeżeli oceniany lek przynosi korzyść zdrowotną i 1 QALY i kosztuje do 155,5 tys. PLN, uznaje się, że jest kosztowo efektywny („opłaca się go zrefundować”). Minister Zdrowia chciałby zrefundować taki lek, ale musi wystarczyć pieniędzy w budżecie dla wszystkich chorych, u których ten lek mógłby być stosowany (oraz dla chorych na inne choroby).

2. Aby sprawdzić, czy w budżecie starczy pieniędzy na refundację ocenianego leku dla wszystkich chorych, u których możnaby go zastosować, przeprowadza się **analizę wpływu na budżet**.

Analiza wpływu na budżet to analiza z perspektywy płatnika publicznego (NFZ) i/lub z perspektywy wspólnej (płatnika i pacjentów) wydatków ponoszonych przez NFZ (w niektórych przypadkach również przez pacjentów) na refundację terapii ocenianym lekiem w założonym horyzoncie czasowym.

Aby oszacować wydatki płatnika, musimy wiedzieć:

- Jaka jest liczebność populacji docelowej, czyli ile osób będzie stosować oceniany lek – ilu jest chorych z daną jednostką chorobową (nowe rozpoznania plus chorzy dotychczas leczeni), ilu chorych mogłoby stosować oceniany lek, jakie są prognozy dotyczące udziału w rynku – czy wszyscy chorzy aktualnie leczeni zaczną stosować nowy lek, czy część z nich zostanie przy dotychczasowym leczeniu;
- Jakie są koszty płatnika (NFZ) przypadające na pacjenta podczas terapii w założonym horyzoncie czasowym, czyli jak długo pacjent będzie stosował dany lek, ile opakowań zużyje podczas terapii, czy zastosowanie leku wiąże się z dodatkowymi kosztami, np. dodatkowymi wizytami u lekarza, w szpitalu, badaniami diagnostycznymi, czy NFZ ponosi całość kosztów, czy część z nich poniesie pacjent?

Mnożąc koszty terapii ocenianym lekiem ponoszone przez płatnika na leczenie 1 pacjenta w określonym horyzoncie czasowym oraz liczebność populacji, która mogłaby stosować oceniany lek, obliczamy całkowity koszt ponoszony przez płatnika na zastosowanie ocenianego leku u chorych, którzy skorzystaliby na terapii. Porównując koszt terapii całej populacji chorych ocenianym lekiem z aktualnym kosztem terapii dotychczas stosowanym można oszacować realny wzrost wydatków NFZ. (W niektórych przypadkach wydatki na zakup leku mogą wzrosnąć, ale np. koszty podania leku zmniejszą się z uwagi na rzadsze dawkowanie, lub formę podania niewymagającą pobytu w szpitalu).

3. Jeśli w budżecie przeznaczonym na refundację leków są odpowiednie zasoby finansowe, Minister Zdrowia może zdecydować o refundacji danego leku. Z próżnego jednak i Salomon nie należy – jeżeli nie ma wolnych środków finansowych w NFZ, nie uda się leku sfinansować. Jednakże, jeśli Ministrowi Zdrowia zależy na sfinansowaniu terapii ocenianym lekiem, a producentowi leku na jego sprzedaży, mogą poszukać rozwiązania korzystnego dla obu stron, czyli „win-win”. Takie rozwiązanie polegające na dzieleniu ryzyka wzrostu wydatków wynikających z refundacją ocenianego leku pomiędzy płatnika a producenta leku nazywamy umową podziału ryzyka (ang. risk sharing scheme). Strony na drodze negocjacji uzgadniają, na czym polegać będzie podział ryzyka pomiędzy nimi. Głównie stosowane są następujące instrumenty podziału ryzyka:


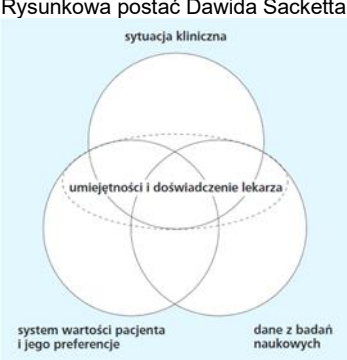
- Umowa oparta na wykorzystaniu środków:
 - a. porozumienie wolumenowo-cenowe (ang. price-volume agreement, np. producent leku umawia się z Ministrem Zdrowia na refundację określonej liczby opakowań rocznie, po przekroczeniu tej liczby całość/ część kosztów zakupu leków ponosi producent);
 - b. Zwrot (ang. payback), np. zwrot pewnej kwoty (procentowy lub kwotowy) od każdego zrefundowanego leku;
- Umowa oparta na wynikach dalszych badań (np. lek z uwagi na obiecującą skuteczność został warunkowo zarejestrowany na podstawie nieukończonego badania klinicznego, jeżeli wyniki badań z pełnego okresu obserwacji będą równie dobre, lek zostanie zrefundowany, a do czasu opublikowania ostatecznych wyników z badania koszty zakupu leku dla populacji chorych poniesie producent);


- Umowa oparta na uzyskiwanych efektach zdrowotnych tj. umowa warunkująca wielkość refundacji danego leku zależnie od uzyskiwanych korzyści zdrowotnych (np. NFZ pokryje koszty refundacji leku jedynie dla pacjentów, którzy odpowiedzieli na leczenie);
Wprowadzenie umowy podziału ryzyka pozwala m.in. na zwiększenie liczby refundowanych produktów leczniczych w ramach istniejących, ograniczonych środków, czy też zabezpieczenie budżetu NFZ przed niekontrolowanymi wydatkami.
- 4. Podejmowanie decyzji o refundacji leków nie jest łatwe, bo budżet jest ograniczony, a wielu chorych z różnymi chorobami czeka na terapię. Nie da się sfinansować wszystkich dobrych leków, czasem trzeba wybrać czy lepiej refundować drogi lek dla małej liczby pacjentów czy tani lek dla wielu (egalitaryzm vs utylitaryzm). Nieco pomocne są aktualne priorytety zdrowotne państwa.

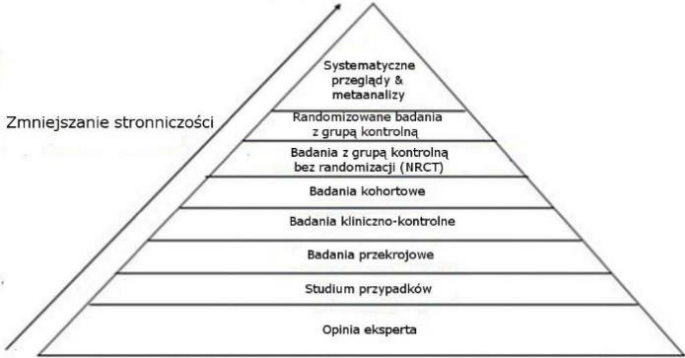

Jak szukać wiarygodnych źródeł wiedzy medycznej?

Temat: Jak szukać wiarygodnych źródeł wiedzy medycznej?

Lp.	Założenia sceny	Tekst lektora	Tekst wyświetlany	Obraz i grafiki	Uwagi
1	1. WSTĘP – Wskazanie tematu	Nd	Jak szukać wiarygodnych źródeł wiedzy medycznej?	Na ekranie pojawia się sterta książek, różnych kartek, strony internetowe na ekranie laptopa i animowany człowiek, który rozkłada nad nimi ręce w rozpaczy.	
2	W trakcie czytania tekstu przez lektora pojawia się grafika.	Czy zastanawiałeś się kiedyś jak podejmujesz decyzje dotyczące swojego zdrowia?		Ludzik ubrany w szalik i czapkę, z czerwonym nosem idzie chodnikiem wśród bloków. Wieje wiatr i leci mżawka. W chmurce nad jego głową pojawiają się pomysły: czosnek i cebula, kubek z parującym naparem, butelka syropu, kilka różnych tabletek/kapsułek.	
3	W trakcie czytania tekstu przez lektora pojawia się grafika. Grafika jest zgrana z mówionym tekstem.	Może słuchasz rad rodziny i znajomych, poszukujesz informacji w internecie lub zasięgasz porady lekarza?		Scena 1: Ten sam ludzik stoi przed blokiem z kolegą (pogoda jak na pierwszej scenie). W chmurkach nad głowami pojawiają się symbole rozmowy. U chorego ludzika pojawiają się: termometr, kaszląca głowa, ręka trzymająca czoło (ból głowy). U drugiego ludzika pojawiają się: słoik miodu + połówka cytryny, łożko. Scena 2: Nasz ludzik siedzi przed komputerem i przegląda strony internetowe. Na ekranie pojawiają się kolorowe tabletki/kapsułki i butelki z syropami. Po chwili w chmurce nad głową ludzika pojawiają się symbole: lekarz siedzący za biurkiem w gabinecie lekarskim.	
4	W trakcie czytania tekstu przez lektora pojawia się grafika oraz tekst.	Zamiast poszukiwać informacji w niesprawdzonych źródłach najlepiej udać się do lekarza, który powinien stosować najnowsze i najbardziej sprawdzone metody leczenia. Jednocześnie warto być świadomym pacjentem i rozumieć w jaki sposób podejmowane są decyzje dotyczące naszej terapii.	Jaka terapia będzie najlepsza?	Ludzik siedzi w gabinecie lekarskim. Naprzeciwko niego w białym fartuchu i ze stetoskopem na szyi siedzi lekarz.	
5	W trakcie czytania tekstu przez lektora pojawia się tekst. Napisy pojawiają się kolejno po sobie.	W latach 90-tych XX w. powstała koncepcja, która miała wspomóc lekarzy podczas wyboru terapii o najlepiej udowodnionej skuteczności i bezpieczeństwie. Mowa tu o Evidence Based Medicine (EBM), czyli medycynie opartej na dowodach.	EBM Evidence Based Medicine Medycyna Oparta na Dowodach	Ludzik z brodą (postać Dawida Sackett'a) siedzi przy biurku (na biurku np.: na tabliczce jest napis z jego imieniem i nazwiskiem) w gabinecie (za nim regał wypełniony książkami) i nagle zapala mu się żaróweczka nad głową.	

						
6	W trakcie czytania lektora ludzik stopniowo rysuje okręgi odnoszące się do kolejnych punktów definicji Sacketta.	Medycyna oparta na dowodach to uporządkowane podejście do rozwiązywania problemów klinicznych. Łączy ona najlepsze dostępne dowody pochodzące z badań z preferencjami pacjentów i doświadczeniem lekarzy. EBM pomaga podejmować decyzje lekarzom, ale znajomość jej zasad może być przydatna dla każdego z nas.		<p>Rysunkowa postać Dawida Sacketta rysuje poniższe okręgi.</p> 		
7	Podczas wypowiedzi lektora na pustym ekranie pojawiają się kolejne elementy (pierwsze litery PICO mogą w pierwszym momencie migać)	<p>W praktyce EBM, składa się z 5 elementów, które trzeba uwzględnić, aby podjąć właściwą decyzję dotyczącą metody leczenia, diagnostyki lub profilaktyki.</p> <p>Pierwszym z nich jest nakreślenie z jakim problemem mamy do czynienia i u kogo.</p> <p>Drugi element obejmuje zadanie pytania klinicznego, wg tak zwanego schematu PICO, który opisuje populację, interesujący nas sposób leczenia, alternatywną formę terapii, którą można zastosować w tej samej sytuacji oraz oczekiwane efekty leczenia.</p> <p>Trzecim elementem EBM jest wyszukanie najlepszych dostępnych dowodów naukowych.</p> <p>Kolejny element stanowi ocena odnalezionych dowodów (np.: publikacji z przeprowadzonych badań).</p> <p>Na końcu zdobyte informacje wykorzystywane są do podjęcia decyzji</p>	<p>5 elementów EBM</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Zdefiniuj problem 2. Zadaj pytanie <ol style="list-style-type: none"> 2.1. P – Populacja 2.2. I – Interwencja 2.3. C– Komparator (alternatywa) 2.4. O – Wyniki 3. Zdobądź dowody 4. Oceń dowody 5. Wykorzystaj dowody do podjęcia decyzji 	Pojawia się odsyłacz do filmiku pt.: „Schemat PICO”, gdy jest mowa o PICO.		

		np.: w sprawie wyboru odpowiedniego leczenia.				
8	Na pustym ekranie pojawiają się kolejne elementy podczas gdy mówi lektor.	<p>Żeby lepiej zrozumieć EBM zapoznajmy się z typami badań, na które możemy natrafić podczas szukania dowodów naukowych.</p> <p>Mogą to być badania pierwotne i wtórne. Do badań pierwotnych należą badania opisowe i obserwacyjne. W obydwu typach badacz jest jedynie biernym obserwatorem. Są to najczęściej przeprowadzane i najprościej zaprojektowane badania.</p> <p>Badaniami pierwotnymi są również badania eksperymentalne. W nich badacz świadomie stosuje ściśle określone metody leczenia. Wymagają one szczegółowego planowania, są kosztowne i bardzo pracochłonne. Głównym typem badania eksperymentalnego jest randomizowane, kontrolowane badanie kliniczne – w skrócie RCT.</p> <p>Badania wtórne stanowią przeglądy systematyczne, które są zbiorem już przeprowadzonych i opublikowanych badań medycznych. Mogą one zawierać jedynie proste zestawienie wyników poszczególnych badań lub łączyć wyniki wielu badań z wykorzystaniem tak zwanej metaanalizy.</p>	<p>TYPY BADAŃ</p> <p>Pierwotne</p> <p>Opisowe</p> <ul style="list-style-type: none"> • Serie przypadków • Opisy przypadków <p>Obserwacyjne</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kohortowe • Kliniczno-kontrolne <p>Eksperymentalne – badania kliniczne</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jednoramienne • Bez randomizacji • Randomizowane (RCT, ang. randomized controlled trial) <p>Wtórne</p> <p>Przegląd systematyczny</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bez metaanalizy • Z metaanalizą (synteza ilościową) 			
9	Jednocześnie z pojawieniem się tekstu, a potem grafiki lektor przekazuje informacje. Najpierw pojawia się napis Hierarchia dowodów, a potem piramida.	<p>Ważną zasadą EBM jest przyjęcie, że istnieje hierarchia dowodów naukowych, gdyż nie wszystkie dowody mają taką samą wartość. Hierarchia dowodów pokazuje ich rosnącą wiarygodność. Z tego powodu jest ona najczęściej przedstawiana w formie piramidy.</p>	Hierarchia dowodów		<p>Przykładowa piramida. Może przy niej stać animowany ludzik i się jej przyglądać 😊</p>	

10	<p>Podczas animacji lektor opowiada o poszczególnych piętrach piramidy. Ludzik buduje piramidę piętro po piętrze, albo po niej skacze stopniowo i się jej przygląda.</p>	<p>Podstawę piramidy stanowią opinie eksperckie. Mogą one stanowić osobiste opinie ekspertów, które nie zawsze są poparte twardymi dowodami, ale są też istotnym źródłem informacji. Centralne piętra piramidy zajmowane są przez badania opisowe i obserwacyjne. Na kolejnych piętrach plasują się badania eksperymentalne. Wierzchołek piramidy stanowią natomiast przeglądy systematyczne, które syntezują dowody pochodzące z badań zajmujących niższe jej piętra. Najbardziej wiarygodnym źródłem informacji naukowej jest przegląd systematyczny randomizowanych badań klinicznych.</p>		 <p>Zmniejszanie stronicowości</p> <p>Napisy na piramidzie patrząc od dołu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • informacje ogólne i opinia eksperta • opis przypadku • seria przypadków • badanie kliniczno-kontrolne • badanie kohortowe • badanie jednoramienne • badanie kliniczne bez randomizacji • randomizowane, kontrolowane badanie kliniczne (RCT) • przegląd systematyczny bez metaanalizy, • przegląd systematyczny z metaanalizą 	Piramida w tabeli to jedynie przykład.	
11	<p>Podczas czytania tekstu przez lektora jest rysowany obraz. Ludzik wchodzi po schodach podczas gdy lektor mówi o poszczególnych krokach przeglądu. Gdy ludzik wejdzie na samą górę schodów, a lektor czyta o wyciąganiu wniosków ludzik podnosi ręce w geście zwycięstwa i pojawia się obok niego napis „Wyciągnij wnioski”.</p>	<p>Przygotowanie przeglądu systematycznego jest wieloetapowe i opiera się na zasadach EBM. Punktem wyjścia do przeprowadzenia przeglądu jest postawienie pytania klinicznego. Następnie przeprowadza się wyszukiwanie w medycznych bazach danych takich jak: Medline, czy Cochrane Library. Z odnalezionych badań wypisuje się szczegółowe informacje o sposobie przeprowadzenia badania, charakterystyce populacji, zastosowanej interwencji i komparatorze oraz uzyskanych wynikach. Niezbędnym elementem przeglądu jest ocena jakości odnalezionych badań. Służą do tego odpowiednio przygotowane skale i narzędzia. Dane wypisane z badań poddawane są następnie syntezie jakościowej lub ilościowej. Końcowym etapem przeglądu jest wyciągnięcie wniosków.</p>		 <p>SR STEPS</p> <p>6. DATA-META-ANALYSIS</p> <p>5. ASSESS STUDY QUALITY</p> <p>4. EXTRACT CHARACTERISTICS</p> <p>3. SELECT RELEVANT STUDIES</p> <p>2. SEARCH FOR ALL EVIDENCE</p> <p>1. PHRASE THE RESEARCH QUESTION</p> <p>Wyciągnij wnioski.</p>		



12	W trakcie czytania tekstu przez lektora pojawia się grafika.	Dzięki takiej szczegółowości przeglądy zbierają w jednym miejscu wszystkie najistotniejsze doniesienia naukowe w danym temacie. Dlatego informacje w nich zawarte zarówno dla lekarzy, jak i dla nas są najpewniejszym źródłem obiektywnej wiedzy medycznej.			Z górnej części ekranu spadają różne kartki z symbolami: strzykawki, tabletek, fiolek. Wszystkie wpadają do lejka. Z lejka wypada romb, który chwytą w ręce nasz ludzik.
13	Podczas gdy lektor czyta tekst na ekranie rozgrywają się scenki.	Szukając informacji o tym jak dbać o zdrowie i jak się leczyć nie ograniczamy się do informacji przedstawionych na blogach i forach internetowych. Poszukujemy najbardziej wiarygodnych źródeł wiedzy, czyli publikacji z najwyższych poziomów piramidy dowodów naukowych.			Ludzik siedzi przy komputerze, na którego ekranie pojawiają się słowa: systematic review (wyszukiwanie), Cochrane Library i PubMed (wyniki). Nasz ludzik popija tabletkę wodą. Jest już zdrowy i idzie na spacer z psem w lesie.

Jak ugryźć QALY?

Koncepcja poszczególnych scen

Nr sceny	Scena	Tekst mówiony	Warstwa wizualna	Komentarz
1	Wprowadzenie, narrator (profesor?) na białym tle,	<p>Narrator: <i>„Szanowni Państwo, czy spotkaliście się kiedyś ze znanym z farmakoekonomiki pojęciem QALY? Zapewne nie, dlatego w tym filmie przybliżymy Wam jak, przystawowo, ugryźć to pojęcie i opowiemy kiedy wykorzystywana jest ta miara.”</i> <i>„QALY – to akronim od angielskich słów:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>quality (Q) – jakość;</i> • <i>adjusted (A) – skorygowany;</i> • <i>life year (LY) – rok życia.</i> <p><i>czyli w polskim tłumaczeniu: rok życia skorygowany o jakość”. Jest on miernikiem wykorzystywanym przy podejmowaniu decyzji, która technologia medyczna powinna być wspierana i refundowana ze wspólnych, publicznych pieniędzy podatników. Jak ma się on do naszego codziennego życia?”</i></p>	Napis QALY, wraz z opisem narratora pojawiają się kolejno litery Q, A, LY razem z tłumaczeniem	Forma do ustalenia z wykonawcą: płynna animacja lub komiks.
2	Narrator na białym tle, na koniec przemowy narrator znika	<p>Narrator: <i>„Aby wytłumaczyć pojęcie QALY, najpierw musimy przedstawić Wam wskaźnik, na którym przedstawiamy jakość życia każdego człowieka. Wskaźnik ten nazywamy <u>użytecznością</u>. W zależności od stanu zdrowia osoby, użyteczność może przyjąć wartość między 1 (przy pełnym zdrowiu) a 0 (w przypadku śmierci). W szczególnych przypadkach, gdy stan zdrowia pacjenta jest dramatycznie zły, wskaźnik może przyjąć nawet wartości ujemne.”</i></p>	Na ekranie pojawia się <u>wskaźnik jakości życia (użyteczności) w formie opisanej obok, ze skalą od 0 do 1 z ew. małym zapasem poniżej 0.</u>	Wskaźnik użyteczności: w formie słupka, wskaźnika wychyłowego albo w innej formie przedstawiającej wartość z przedziału 0-1, na której można w obrazowy sposób przedstawić zmianę.
3	Kamera obraca się i ukazuje krótkie wydarzenia z życia Misia, jak zabawa na polu, łowienie i jedzenie ryb, drzemki	<p>Narrator: <i>„Pojęcie QALY wyjaśnimy Wam na przykładzie historii naszego bohatera, którym jest Miś Użytek. Jak każdy inny zdrowy miś, Użytek spędzał beztrudnie czas z bliskimi, pracował, łowił ryby i oddawał się namiętnie swojemu hobby czyli własnej pasiece. Był w pełni zdrowy, zatem wskaźnik użyteczności jego stanu zdrowia był równy 1.”</i></p>	Na ekranie widoczny jest <u>wskaźnik użyteczności, którego strzałka jest ustawiona na 1.</u>	
4	Miś leży w łóżku w domu, trzymając się za brzuch, krzywi się i męczy (pot na czole i lekkie drżenie)	<p>Narrator: <i>„Niestety, jak to w życiu bywa, Miś Użytek zachorował. Czuł się na tyle źle, że umówił się do doktora Sowy. Oczywiście pogorszenie stanu zdrowia Misia oznacza, że wskaźnik użyteczności spada.”</i></p>	<u>Wskaźnik użyteczności zmienia położenie z 1 na 0,7.</u>	

	5	Miś podróżuje do lekarza i spotyka się z lekarzem-Sową, który bada misia i stawia diagnozę.	Sowa-lekarz (zatroskany): „Użytku, chyba przesadziłeś z jedzeniem miodu. twoja choroba jest niestety poważna. Będziesz musiał poddać się leczeniu.”	Wskaźnik użyteczności jeszcze bardziej spada – do 0,5.	
	6	Kamera skupia się na lekarzu	Sowa-lekarz: „Użytku, masz dwie opcje leczenia. Pierwszą opcją jest przyjmowanie nowoczesnego leku. Dzięki niemu, będziesz mógł żyć przez kolejne 10 lat. Jednak, aby otrzymać lek, musisz co parę tygodni odwiedzać szpital w odległym mieście oraz zrezygnować z miodu. Niewątpliwie jakość Twojego życia nie będzie już taka sama jak przed chorobą”	Pojawiają się dwa okienka, jedno na lewo od lekarza, drugie na prawo, zatytułowane odpowiednio „Leczenie 1” i „Leczenie 2”. Lekarz przedstawiając opcję 1, jednocześnie pojawiają się trzy punkty: <ul style="list-style-type: none"> • przyjęcie leku w odległym szpitalu • zmiana diety • przedłużenie życia o 10 lat Klamra łączy dwa pierwsze punkty wraz z opisem iż użyteczność wynosi w takim przypadku 0,5.	
	7	Nadal skupienie na lekarzu	Sowa-lekarz: „Druga opcja leczenia to lek w tabletkach, które mogą Ci przepisać, a które również Ci pomogą. Ich przyjmowanie nie wymaga rezygnacji z obecnego trybu życia, ani dojazdów do odległego szpitala. Niestety, wiąże się to z krótszym życiem – zamiast żyć przez kolejne 10 lat jak w przypadku pierwszego leczenia, będziesz żył jedynie przez kolejne 7 lat.”	Lekarz przedstawia alternatywną opcję leczenia, pojawiają się kropki z tekstem przy „Leczenie 2”: <ul style="list-style-type: none"> • leczenie na miejscu • brak zmiany stylu życia • przedłużenie życia o 7 lat Klamra łączy dwa pierwsze punkty wraz z opisem iż użyteczność wynosi w takim przypadku 0,8.	
	8	Kamera zmienia pozycję i skupia się na Misiu próbującym podjąć decyzję	Narrator: „Nasz bohater stanął przed trudnym wyborem. Jedno leczenie wiąże się z dłuższym życiem, ale o niższej jakości. Miś może wybrać też drugą opcję, gdzie jakość jego życia będzie niewiele gorsza od tej sprzed choroby, ale w zamian będzie żył krócej.”	Miś drapie się po głowie i spogląda to na jedną, to na drugą opcję.	
	9	Opowieść narratora o znaczeniu jakości życia	Narrator „Tym samym należy zwrócić uwagę, iż nie zawsze najważniejsza w wyborze leczenia jest długość prognozowanego życia. Najczęściej porównanie dostępnych opcji leczenia wymaga również analizy jakości, w jakiej przebiegnie dalsze życia pacjenta. Dwie te składowe pomnożone przez siebie dają nam wynik mierzony w QALY czyli dodatkowych latach życia skorygowanych o jakość.”	Pojawiają się ponownie dwie tablice z wypisanymi opcjami leczenia, pod każdą jest osobny wskaźnik jakości życia, który jest niższy pod „Leczenie 1” (wynosi 0,5) i wyższy pod „Leczenie 2” (wynosi 0,8) oraz o ile lat przedłużone jest życie: odpowiednio 10 i 7 lat. Pod obiema tablicami pojawia się równanie do wyliczenia QALY: QALY = przedłużone lata życia * jakość życia; dla „Leczenie 1”: QALY = 10 lat * 0,5 = 5 dla „Leczenie 2”: QALY = 7 lat * 0,8 = 5,6	Pojęcie QALY jest ściśle związane z jakością życia, dlatego przez większość czasu wskaźnik użyteczności jest widoczny, podobnie jak jego zmiany. Wyjaśnienie czym jest QALY następuje dzięki porównaniu opcji, przed jakimi stoi Miś: porównanie jest możliwe dopiero po wprowadzeniu jednostki uwzględniającej i długość życia, i jego jakość
	10	Opowieść narratora o QALY	Narrator „Wynik oceny terapii przedstawiony w QALY pomaga Ministrowi Zdrowia podjąć decyzję, która z nich jest bardziej skuteczna i która powinna być refundowana z publicznych pieniędzy. Dodatkowo, przy uwzględnieniu kosztów leczenia, MZ może oszacować ile pieniędzy będzie potrzebne, by uzyskać dodatkowy rok życia skorygowany o jakość – QALY.”		
	11	Podsumowanie	Narrator „Rozwój medycyny i związany z nim dostęp do nowoczesnych i skutecznych terapii spowodował, że celem leczenia przestało być wyłącznie wydłużenie życia, ale też poprawa jego jakości. Stosowanie QALY w ocenie technologii medycznych jest podejściem, z którego korzysta wiele Agencji oceniających technologie medyczne na świecie w tym także AOTMiT”.	W nawiązaniu do pierwszej sceny widzimy znów samego narratora oraz logo AOTMiT – zamknięcie klamry.	
Programy polityki					

zdrowotnej – cele i mierniki	Lp.	Tekst lektora / Dialogi	Obraz / Grafiki	Opis sceny / scenografi / kostiumów	Uwagi np. Linki do rekomendacji grafik
	1		Programy Polityki Zdrowotnej. Jak prawidłowo sformułować cele i mierniki?	Plansza tytułowa	
	2	<p>Krystyna: Bożenko, pamiętasz tego maila od szefa, że u nas w samorządzie potrzebujemy podzielać w obszarze zdrowia? Chyba najlepiej będzie przygotować PPZ <czyt.: pe pe zet>.</p> <p>Bożena: A co to takiego? Ten PPZ?</p> <p>K: Program Polityki Zdrowotnej? No zobacz, jest to opisane w artykule 48a ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.</p> <p>B: <szuka na komputerze, czyta chwilę z monitora> No ale po co nam taki program?</p> <p>K: Żeby poprawić stan zdrowia mieszkańców naszego regionu.</p> <p>B: Od czego trzeba zacząć? Może zrobimy jakąś ankietę?</p> <p>K: Oj nie! Projekt PPZ musi być oparty o dane statystyczne dotyczące naszej okolicy (2).</p> <p>B: Aha. To poszukam danych o stanie zdrowia w naszym regionie.</p> <p>K: Świetnie! Zacznij od prowadzonej przez PZH EPI-BAZY i Map Potrzeb Zdrowotnych. Pamiętaj - dane ogólnopolskie powinny być jedynie naszym punktem odniesienia.</p>		<p>Pomieszczenie biurowe. Dwie kobiety siedzą przy swoich stanowiskach i patrzą w monitory. Krystyna - z większym doświadczeniem zawodowym. Bożena - świeżo po studiach.</p> <p>Obok biurki stoi flipchart, na których w trakcie trwania dialogu będą pojawiać się najważniejsze kwestie, o których aktorki mówią.</p> <p>Wskazówki na flipcharcie pojawiają się w kolejności w jakiej występują w dialogach postaci - oznaczone numerami w nawiasie</p> <p>Flipchart: (1) Artykuł 48a. ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych (2) PPZ musi być oparty o dane statystyczne</p>	<p>Flipchart z kluczowymi informacjami, powinien być w każdej scenie (z powtórzeniem wszystkich punktów z wcześniejszych scen)</p>  

© dreamstime.com

ID 134826400 © Sydakalini

#2821895

	3			Krystyna i Bożena siedzą przy swoich stanowiskach i pracują na komputerach (pisanie na klawiaturze, poruszanie i klikanie myszką, czytanie z monitora, nie widać zawartości ekranów). Co jakiś czas raz jedna raz druga popija herbatę.	
--	---	--	--	---	--

4

K: Bożenko, co udało Ci się znaleźć?

B: Jestem zaskoczona. Nawet nie wiedziałam jak dobrze wyglądają u nas kwestie zdrowia. Wypadamy bardzo korzystnie w porównaniu ze średnimi dla kraju oraz innymi, podobnymi regionami. Dobrze radzimy sobie ze szczepieniami i zwalczaniem chorób zakaźnych.

K: A czy jest jakiś obszar, w którym wypadamy słabiej?

B: Niestety tak. Choć nasi mieszkańcy bardzo o siebie dbają, to jest też druga strona medalu. Odsetek dzieci z nadwagą jest u nas wyraźnie wyższy niż w innych częściach kraju. Wyciągnęłam najważniejsze informacje dotyczące naszego regionu. Prześlę Ci zestawienie na maila. Zobacz co o tym sądzisz. <wysłała maila>

K: <dźwięk przychodzenia maila> <czyta> Faktycznie, to bardzo poważny problem. Przeciwdziałanie otyłości jest ujęte w priorytetach zdrowotnych Ministra Zdrowia. W PPZ działamy profilaktycznie, a nadwaga może prowadzić do otyłości i innych chorób.

B: Od czego zaczynamy?

K: Jak w każdym projekcie - wyznaczamy cel! (3)

B: No to jest łatwe. Chcemy walczyć z nadwagą, więc dajmy "zwalczanie nadwagi" i gotowe!

K: <śmieje się> Oj, to nie jest takie proste. Będziemy musiały oprzeć się na rozporządzeniu w sprawie wzoru PPZ (4). Tam jest dokładnie opisane jak ma wyglądać każdy z elementów projektu PPZ, w tym cel główny i cele szczegółowe. Musimy też doczytać co mówią aktualne wytyczne na temat skutecznych metod leczenia nadwagi u dzieci. Poza tym cokolwiek zaplanujemy musi współgrać z systemem opieki zdrowotnej.

B: Chyba się pogubiłam... to co powinnam teraz zrobić?

K: Na początek zajrzyj do Biuletynu Informacji Publicznej Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji – AOTMiT. Są tam opinie Rady Przejrzystości oraz opinie Prezesa dotyczące programów polityki zdrowotnej. Na pewno znajdziesz tam przydatne materiały. Czeka nas sporo pracy przez kolejne dni.

Flipchart:
(3) Cel główny
(4) Rozporządzenie w sprawie wzoru PPZ

Flipchart: (1)+(2)+(3)+(4)




Download from
Dreamstime.com


5


depositphotos

Image © 20080001 www.depositphotos.com

6	<p>B: Kysiu, co powiesz na taki cel główny: <czyta z monitora komputera> "zwiększenie aktywności fizycznej, ograniczenie spożycia przekąsek i napojów słodzonych oraz poprawa nawyków żywieniowych u dzieci w szkołach".</p> <p>K: Idziemy w dobrą stronę, ale PPZ może mieć tylko jeden cel główny - ten najważniejszy (5). Skupiamy się na dzieciach z nadwagą. Pozostałe sprawy też są ważne, bo bez nich nie osiągniemy celu głównego. Będą one celami szczegółowymi.</p> <p>B: OK. <pisze na klawiaturze> To może tak: <czyta> "zmniejszenie liczby dzieci z nadwagą w wieku szkolnym"?</p> <p>K: O, jest lepiej. Koniecznie zamień liczbę na odsetek. Potrzebujemy mieć licznik i mianownik. Będziemy chciały zmierzyć jak skuteczny jest nasz program w uzyskiwaniu efektu. Wiesz, mamy ograniczone środki w budżecie, dlatego pieniądze musimy wydawać rozsądnie. Większą liczbę można uzyskać zwiększając wielkość programu, ale odsetek zawsze zdradzi jak skuteczna była interwencja.</p> <p>B: <mówi pisząc na klawiaturze> Od-se-tek... <czyta z monitora> zatem: "zmniejszenie odsetka dzieci z nadwagą w wieku szkolnym". O, wiem. Jeszcze doprecyzuję <pisze i potem czyta> "w wieku szkolnym, które wzięły udział w programie". Co o tym sądzisz, Kysiu?</p> <p>K: Racja, świetny pomysł. Chcemy przecież osiągnąć cel programu. Wpływ na całą społeczność będzie analizowany w ewaluacji, kiedy ponownie sprawdzimy dane statystyczne na temat zdrowia. <pauza, dalej innym tonem zapytanie> A powiesz mi – ile byśmy chciały mieć tego odsetka? Bo przecież rozporządzenie w sprawie wzoru PPZ nakazuje przedstawienie oczekiwanego stanu, do którego dążymy.</p> <p>B: No nie wiem... Idealnie byłoby 100%, ale to chyba niemożliwe.</p> <p>K: Wiesz, wszystko zależy od działań, które będą wykonywane - wyższy odsetek uzyskamy przy bardziej skutecznej interwencji. Ale jakie to będą wartości? Hm... <pauza, zamyślenie> Trzeba będzie przeszukać wytyczne towarzystw naukowych, poprosić ekspertów o ich doświadczenia, a może nawet sięgnąć po wyniki badań naukowych. Chcemy mieć cel ambitny, ale też możliwy do osiągnięcia (6).</p>		(5) Cel główny powinien być tylko jeden(6) Cel musi być możliwy do osiągnięcia	Flipchart: (1)+(2)+(3)+(4)+(5)+(6)
7				

8	<p>B: Gotowe. Cel główny to: "uzyskanie prawidłowej masy ciała przez co najmniej 50% dzieci, które zostały zakwalifikowane do programu jako dzieci z nadwagą" (7).</p> <p>K: Fantastycznie! Brzmi zupełnie inaczej niż początkowo rozmawialiśmy. Ten poprawiony cel spełnia wszystkie warunki z ustawy i z rozporządzenia. Czy zaplanowałaś już jak to zmierzimy?</p> <p>B: Krysiu... no oczywiście! Miernik efektywności tworzyłam razem z celem (8), do którego się on odnosi. Ale po kolei. Najpierw etapy PPZ. Zaczynamy od nawiązania współpracy ze szkołami podstawowymi. Weźmiemy dane od pielęgniarek i higienistek szkolnych dotyczące wieku, masy ciała i wzrostu dzieci. Pozyskują je w ramach świadczeń gwarantowanych, a my z nich skorzystamy. Do naszego PPZ zaprosimy dzieci spełniające kryteria włączenia, czyli te z podejrzeniem nadwagi. Potem etap drugi. Realizator zbierze wywiad i wykona odpowiednie pomiary. Jeśli dziecko spełni kryteria kwalifikacji, to zostanie włączone do interwencji. To etap trzeci - ćwiczenia, porady dietetyczne, spotkania z psychologiem. Co dokładnie to jeszcze ustalimy. Po zakończeniu interwencji jest etap czwarty. Ponowne pomiary i ocena uzyskanych efektów. Tutaj zbieramy dane do miernika, czyli sposobu obliczenia efektywności. Miernik efektywności to wzór - w mianowniku jest liczba wszystkich dzieci, które rozpoczęły interwencję. Chcielibyśmy pomóc im wszystkim. Z kolei w liczniku jest liczba dzieci, którym udało się dzięki interwencji uzyskać prawidłową masę ciała. To nasze sukcesy! Dzielimy licznik przez mianownik, a wynik podajemy w procentach. Gotowe!</p> <p>K: No, no... jestem pod dużym wrażeniem. Mamy już prawidłowo sformułowany cel główny. Cel główny mierzy efektywność całego PPZ (9). Teraz czas na cele szczegółowe, czyli dla każdej z interwencji (10). Masz już coś gotowego?</p> <p>B: Nie, jeszcze nie. Od czego zacząć?</p> <p>K: Zasady są takie same, jak przy celu głównym. Deklarujemy pewną wartość efektywności, którą chcemy uzyskać. Ta wartość docelowa odnosi się do zaplanowanych interwencji. Dla jednej interwencji jest jeden miernik efektywności i jeden cel.</p> <p>B: W takim razie muszę dokładnie rozpisać interwencje. Potem w literaturze poszukam jakie testy można zrobić na koniec, żeby obiektywnie ocenić efekty interwencji.</p> <p>K: Nie tylko na koniec, musimy mieć też dane początkowe. Mierzmy zarówno przed rozpoczęciem interwencji, jak i po jej zakończeniu. Czasem nazywamy to pre-testem i post-testem. Testy przeprowadzamy identycznie, a jedyną różnicą jest sam pacjent. Tylko w taki sposób dowiemy się czy interwencja była skuteczna.</p>		<p>(7)Przykład poprawnie sformułowanego celu głównego: "uzyskanie prawidłowej masy ciała przez co najmniej 50% dzieci, które zostały zakwalifikowane do programu jako dzieci z nadwagą"(8) Miernik efektywności muszą odnosić się do celu - optymalnie jeden miernik do jednego celu.(9) Cel główny mierzy efektywność całego PPZ(10) Cele szczegółowe</p>	<p>Flipchart: (1)+(2)+(3)+(4)+(5)+(6)+(7)+(8)+(9)+(10)</p> 
9				<p>VectorStock® VectorStock.com/26112644</p>

10	<p>B: <stoi obok Krystyny i patrzy na nią, Krystyna czyta coś na monitorze> I jak?</p> <p>K: <czyta z monitora przewijając treść myszką> Hm... Wszystko zgodnie z rozporządzeniem... cele i mierniki sformułowane prawidłowo... interwencja i populacja oparte o dowody naukowe... Wygląda super!</p> <p>B: Co dalej robimy?</p> <p>K: Wysyłamy do szefa.</p>			
11				
12	<p>Lektor: Przygotowany przez Krystynę i Bożenę projekt Programu Polityki Zdrowotnej został zaakceptowany przez osobę zarządzającą jednostką samorządu terytorialnego. Następnie projekt przesłano do Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w celu uzyskania opinii Prezesa Agencji. Projekt uzyskał opinię pozytywną. Został wdrożony do realizacji. Trwał kilka lat. W tym czasie przeprowadzonych zostało kilka cykli interwencji – dzieci były ważone, mierzone, biegały, skakały, poprawiały nawyki. W tę ciężką pracę zaangażowanych było wiele środowisk – rodzice, fizjoterapeuci, pielęgniarki, dietetycy. Dzięki poprawnie zdefiniowanym miernikom efektywności po każdym roku trwania programu możliwa była analiza jego skuteczności. Dzięki wysłuchaniu głosów uczestników, wprowadzano zmiany – dostosowano program do potrzeb uczestników. Podniosło to efektywność interwencji i sprawiło, że te same pieniądze dawały lepsze rezultaty. Odsetek dzieci z nadwagą spadł, zaś wypracowane przez lata korzystne trendy wpłynęły pozytywnie na rozwój regionu.</p>		Epilog	

	<p>13 Podstawowym aktem prawnym regulującym funkcjonowanie w systemie ochrony zdrowia programów polityki zdrowotnych jest Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2020 poz. 1398, z późn. zm.). PPZ powinny uwzględniać priorytety zdrowotne określone w przepisach wydanych na podstawie art. 31a ust. 2 Ustawy (Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych, Dz.U. 2018 poz. 469) Statystyczne Vademecum Samorządowca GUS – dane do diagnozy sytuacji społecznej BDL GUS – odniesienie do danych z innych regionów EpiBaza NIZP-PZH – choroby zakaźne z dokładnością do powiatu ProfiBaza NIZP-PZH – potrzeby profilaktyki chorób EpiMeld NIZP-PZH - choroby zakaźne Mapy Potrzeb Zdrowotnych oraz BASiW MZ – potrzeby zdrowotne z podziałem na województwa Zdrowe Dane CeZ – wykorzystanie świadczeń NFZ https://dane.gov.pl/ - dane dotyczące zdrowia, w tym Biuletyn Statystyczny Ministra Zdrowia System Identyfikacji Oświatowej CIE - dane dot. szkół i uczniów Dane ze Stacji Sanitarno-Epidemiologicznych Informator o Terminach Leczenia - dostępność do świadczeń w regionie</p>		<p>Plansze z przepisami (ustawa, rozporządzenie), źródłami danych epidemiologicznych. 3-4 plansze, po 6-8 sekund każda</p>	
	<p>14</p>		<p>Napisy końcowe</p>	
<p>Schemat PICOS</p>	<p>Tytuł: Składowe pytania klinicznego czyli PICOS w 5 min Lp.</p>			
<p>Lp</p>	<p>Założenia sceny</p>	<p>Tekst lektora lub postaci</p>	<p>Obraz i grafiki</p>	
<p>1.</p>	<p>1. Wprowadzenie</p>	<p>Narrator: „Schemat PICOS w 5 min czyli PICOS dla opornych”</p>	<p>Postać narratora puszcza oczko, lub tylko buźka emotek puszcza oczko</p>	

2.	<p>Narrator: „PICOS jest akronimem od angielskich słów: population (P) – badana populacja, intervention (I) – interwencja lub leczenie zastosowane w grupie badanej, comparison (C) – komparator lub leczenie zastosowane w grupie kontrolnej, outcomes (O) – punkty końcowe, study type (S) – rodzaj badania. Zastosowanie algorytmu PICOS jest niezbędne aby prawidłowo sformułować pełne i wyczerpujące pytanie kliniczne. Umiejętnie postawione pytanie jest kluczem do uzyskania precyzyjnej odpowiedzi. O ile w życiu codziennym zadajemy pytania ogólne: co się stało, gdzie to miało miejsce, kiedy, dlaczego i jak to w medycynie zadajemy pytania klinicznie istotne oparte na schemacie PICOS. Niniejszy film powstał z myślą o tych z Państwa, którzy chcieliby się nauczyć jak w prosty sposób należy definiować poszczególne elementy schematu PICOS.”</p>	Na ekranie pojawiają się literki P, I, C, O, S w trakcie jak narrator przedstawia skróty.
3.	2. Park jesienną porą	Park jesienną porą. Chłopiec z mamą spaceruje po parku. Wieje silny wiatr.
4.	Mama: „Antoś proszę załóż czapkę bo się przeziębisz, jest dziś bardzo wietrznie”.	Chłopiec chowa czapkę do kieszeni.
5.	3. W domu	Chłopiec siedzi na kanapie z mamą, trzyma się za ucho i płacze.
6.	Chłopiec: „Mamo strasznie boli mnie ucho”.	Zbliżenie na czerwone ucho chłopca.
7.	Mama: „Dzień dobry, chciałabym umówić wizytę u pediatry”.	Mama sięga po telefon i umawia wizytę u lekarza.
8.	4. W przychodni lekarskiej	Chłopiec i mama czekają na wizytę w poczekalni.
9.	Lekarz stażysta: „Antoś z mamą? Zapraszam do gabinetu”.	Z gabinetu wychodzi lekarz stażysta i zaprasza mamę z dzieckiem do gabinetu.

Przykładowy narrator:(źródło: <https://pl.dreamstime.com/zdjęcie-royalty-free-kreskówka-profesor-image30463505>)