



**Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 10/2018 z dnia 19 stycznia 2018 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Program profilaktyki,
wykrywania i przeciwdziałania łagodnym zaburzeniom poznawczym
u mieszkańców Zgierza w wieku 60+” realizowany przez Miasto
Zgierz**

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości pozytywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej pn. „Program profilaktyki, wykrywania i przeciwdziałania łagodnym zaburzeniom poznawczym u mieszkańców Zgierza w wieku 60+” realizowany przez Miasto Zgierz pod warunkiem uwzględnienia poniższych uwag.

Uzasadnienie

Program może stanowić uzupełnienie świadczeń gwarantowanych w zakresie wykrywania i przeciwdziałania łagodnym zaburzeniom poznawczym. Niemniej jednak w celu zapewnienia realizacji programu o możliwie najwyższej jakości proszę rozważyć uwzględnienie poniższych uwag.

Zaproponowane cele programowe wymagają przeformułowania, tak aby były zgodne z koncepcją SMART. Mierniki efektywności należy zmodyfikować, aby odpowiadały celom programu.

Populację docelową i interwencje określono w sposób poprawny i zgodnie z wytycznymi. Jednakże warto rozważyć zwiększenie liczby osób, które zamierza się objąć programem. Należy także zwrócić uwagę, że istnieje ryzyko powielania świadczeń gwarantowanych. Ponadto zasadnym wydaje się włączenie w proces kwalifikacji do programu także lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, którzy mogliby kierować pacjentów do udziału w programie.

Warto także zaznaczyć, że program polityki zdrowotnej powinien uzupełniać świadczenia gwarantowane i wspierać działania już realizowane. W tym celu możliwe jest prowadzenie działań informacyjno-edukacyjnych, co zostało uwzględnione w projekcie. Istotne jest także, aby w ramach programu polityki zdrowotnej uwzględniać koordynację i organizację danych świadczeń realizowanych w regionie (np. poprzez stworzenie punktów informacyjnych, nadzór nad niepowielaniem tych samych świadczeń). Ponadto projekt powinien zapewniać ciągłość opieki w sytuacji konieczności kontynuacji leczenia. W takim kształcie projekt stanowić będzie wartość dodaną obowiązującego koszyka świadczeń gwarantowanych i może przyczynić się do zwiększenia ich optymalnego ich wykorzystania.

Monitorowanie i ewaluację programu należy uzupełnić pod kątem oceny zgłaszalności i oceny efektywności programu.

Przedstawiony budżet nie budzi większych zastrzeżeń.

Przedmiot opinii



Przedmiotem opinii jest program polityki zdrowotnej z zakresu neuropsychiatrii. Całkowity koszt realizacji programu nie został oszacowany, roczny koszt realizacji programu określono na ok. 25 000 zł, zaś okres realizacji to lata 2018-2019.

Opinia Prezesa Agencji została przygotowana w oparciu o ocenę technologii medycznej proponowanej w ramach programu polityki zdrowotnej zgodnie z kryteriami zawartymi w art. 31a ust. 1 i art. 48 ust. 4 ustawy o świadczeniach wraz z oceną założeń projektu programu polityki zdrowotnej, które wspierają efektywność kliniczną i kosztową technologii medycznej planowanej w programie.

Ocena projektu programu polityki zdrowotnej

Znaczenie problemu zdrowotnego

Problem zdrowotny opisany w projekcie programu polityki zdrowotnej wpisuje się w priorytety zdrowotne zgodnie z §1 ust. 10 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2009 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych (Dz.U. z 2009 r. Nr 137 poz. 1126): „poprawa jakości i skuteczności opieki geriatrycznej nad pacjentem w wieku podeszłym” oraz „zapobieganie, leczenie i rehabilitacja zaburzeń psychicznych”.

Opis problemu zdrowotnego został przedstawiony w sposób poprawny. W projekcie odniesiono się do sytuacji epidemiologicznej w przedmiotowym zakresie.

Zgodnie z mapami potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób układu nerwowego (neurologicznych wieku podeszłego) dla województwa łódzkiego, na którego terenie znajduje się miasto Zgierz, zapadalność rejestrowana dla rozpoznai z grupy „Choroba Alzheimera i inne otępienia” w 2014 r. wynosiła 3,4 tys. (47,8 tys. przypadków w Polsce). Wartość współczynnika zapadalności rejestrowanej na choroby z analizowanej grupy wynosiła 125,8/100 tys. ludności, zaś dla województwa łódzkiego – 137,4/100 tys. mieszkańców. Natomiast liczbę chorych w Polsce oszacowano na 286,7 tys., a w województwie łódzkim na 20,9 tys. Z kolei współczynnik chorobowości dla Polski wynosił 754,4/100 tys. mieszkańców, a w województwie łódzkim – 833,9/100 tys. mieszkańców.

Na podstawie wyników badania PolSenior można wskazać, że wiek jest czynnikiem bardzo silnie wpływającym na występowanie nieprawidłowości w zakresie czynności poznawczych. Wśród 90-latków brak zaburzeń stwierdzano sześciokrotnie rzadziej niż wśród badanych we wczesnej starości. tj. w wieku 65-69 lat. Ponadto wskazuje się, że częstość występowania łagodnych zaburzeń funkcji poznawczych (ang. Mild Cognitive Impairment, MCI) wzrasta w wieku od 65 do 85 lat.

Cele i efekty programu

Celem głównym programu jest zwiększenie świadomości u mieszkańców Zgierza 60+ znaczenia wczesnego wykrywania zaburzeń poznawczych i zapobiegania im poprzez styl życia, sposób odżywiania, środowisko życia i czynniki psychospołeczne. Dodatkowo sformułowano pięć założeń szczegółowych: ocena funkcjonowania poznawczego osób po 60 roku życia, monitorowanie funkcjonowania poznawczego u osób włączonych do programu, profilaktyka schorzeń związanych z zaburzeniami poznawczymi, w przypadku stwierdzenia łagodnych zaburzeń poznawczych włączenie terapii funkcji poznawczych oraz edukacja dotycząca prozdrowotnego stylu życia. Cel główny został zdefiniowany w sposób zbyt ogólny i trudny do zmierzenia. Założenia szczegółowe stanowią działania, a nie cele same w sobie. Zaproponowane założenia programowe nie są w pełni zgodne z zasadą SMART, według której cel powinien być szczegółowy, mierzalny, osiągalny, istotny i terminowy. Zatem zasadne wydaje się przeformułowanie celów programowych zgodnie z powyższymi uwagami.

Zaproponowane mierniki efektywności wymagają uzupełnienia, gdyż w obecnej postaci nie spełniają swojej funkcji i nie umożliwiają obiektywnej i precyzyjnej oceny stopnia realizacji wszystkich zaplanowanych celów programowych. Należy pamiętać, że mierniki efektywności powinny odnosić się do sytuacji sprzed i po wprowadzeniu programu. Zestawienie poszczególnych wyników pozwoli na zaobserwowanie zmian związanych z efektywnością programu.

Populacja docelowa

Populację docelową stanowią osoby powyżej 60 r.ż., zamieszkałe na terenie miasta Zgierz. Liczbę adresatów programu oszacowano na 15 263 osób. Przedstawione w projekcie dane dotyczące liczebności populacji docelowej są zbliżone do danych GUS.

Programem zamierza się objąć ok. 200 osób, co stanowi 1,3% populacji mieszkańców Zgierza > 60 r.ż. W projekcie programu wskazano, że liczba seniorów zamieszkałych w Zgierz, których mogą dotyczyć łagodne zaburzenia poznawcze może wynosić od ok. 2 230 do 4 500 (15-30% populacji w wieku > 60 r.ż.). Jednak niejasne jest na jakiej podstawie oszacowano ostateczną liczbę osób, które będą mogły wziąć udział w programie.

Kryterium kwalifikacji do wzięcia udziału w programie oprócz wieku i miejsca zamieszkania będzie także zaniepokojenie swoim funkcjonowaniem poznawczym – skargi na upośledzenie pamięci oraz nierozpoznanie wcześniej chorób otępiennych i przebiegających z zaburzeniami poznawczymi.

Wytyczne nie zalecają wykonywania badań przesiewowych w kierunku chorób otępiennych w przedmiotowym zakresie u osób bezobjawowych w wieku 65 lat i starszych. W jednej z rekomendacji zaznaczono, że powyższe zalecenie nie odnosi się do kobiet oraz mężczyzn wykazujących objawy, które mogłyby sugerować obecność zaburzeń poznawczych (tj. utrata pamięci, osłabienie zdolności językowych, koncentracji, widzenia, objawy behawioralne lub psychologiczne), bądź w przypadku których lekarze, rodzina lub przyjaciele podejrzewają obecność zaburzeń poznawczych. American Academy of Neurology (AAN 2017) zaleca wykonywanie badań przesiewowych w kierunku MCI wśród osób zgłaszających osobiście lub przez osobę bliską obawy dotyczące pamięci lub pogorszenia sprawności funkcji poznawczych. Odnalezione rekomendacje nie precyzują grupy wiekowej w zakresie wczesnej diagnostyki zaburzeń poznawczych. Zatem można przyjąć, że populacja docelowa została określona zgodnie z wytycznymi.

Interwencja

Planowane interwencje w ramach programu obejmują:

- wywiad internistyczny;
- badanie neuropsychologiczne (test STMS lub ACE-III);
- trening pamięci;
- materiały edukacyjne;
- materiały do ćwiczeń funkcji poznawczych;
- akcje profilaktyczno-edukacyjne.

Odnosząc się do planowanego wywiadu internistycznego należy zaznaczyć, że nie sprecyzowano, jakie informacje będą pozyskiwane od pacjenta w trakcie konsultacji. Rekomendacje wskazują, że pacjenci diagnozowani w kierunku choroby otępiennej powinni być poddani wszechstronnej ocenie, składającej się z: omówienia historii pacjenta, badania funkcji poznawczych, badania fizykalnego, przeglądu stosowanych przez pacjenta leków oraz innych stosownych. W ramach programu wydawana będzie również opinia lekarska, wg wzoru opracowanego na potrzeby realizacji programu. Jednak do projektu nie załączono wzoru dokumentu, co uniemożliwiło weryfikację dokumentu.

Następnie u każdego uczestnika wykonane będzie wstępne badanie neuropsychologiczne, polegające na zebraniu wywiadu oraz przeprowadzeniu Krótkiego Testu Stanu Psychicznego (ang. Short Test of Mental Status – STMS) lub testu ACE-III (ang. Addenbrooke's Cognitive Examination).

Przeprowadzanie wywiadu z pacjentem przez lekarza internistę, psychologa oraz stosowanie walidowanych narzędzi, w celu oceny zaburzeń poznawczych jest zgodne z aktualnymi rekomendacjami. Dowody naukowe wskazują, że najlepszym narzędziem do wykrywania zaburzeń funkcji poznawczych u osób powyżej 69 r.ż. okazał się test pn. Krótka Skala Oceny Stanu Psychicznego (ang. Mini Mental State Examination, MMSE). Polskie Towarzystwo Alzheimerowskie, jako główne

narzędzie stosowane przy wykonywaniu badań przesiewowych w zakresie rozpoznania zespołów otępiennych także wskazuje test MMSE (z uwagi na rzetelne opracowanie i łatwość wykonania). W odnalezionych dowodach naukowych oraz rekomendacjach nie ma odniesienia do wykorzystania testu ACE-III w badaniach przesiewowych w kierunku MCI.

Porada psychologiczna diagnostyczna – udzielana z wykorzystaniem wystandaryzowanych narzędzi psychologicznych, rozpoczynająca lub weryfikująca proces diagnostyczno-terapeutyczny należy do świadczeń gwarantowanych. W ramach porady psycholog m.in. może dokonać oceny procesów poznawczych. Zatem istnieje ryzyko powielania świadczeń gwarantowanych.

Po przeprowadzeniu badań przesiewowych uczestnicy programu zostaną podzieleni na dwie grupy.

Pierwszą z nich stanowić będą uczestnicy programu, u których nie stwierdzono zaburzeń poznawczych. Zostaną oni zaproszeni do udziału w akcjach profilaktyczno-edukacyjnych oraz do ponownego badania neuropsychologicznego (po 12 miesiącach).

Natomiast drugą grupę stanowić będą osoby, u których na podstawie wybranych przez wnioskodawcę narzędzi stwierdzono MCI. Jednakże nie przedstawiono skali oceny wybranych przez siebie narzędzi oraz przy wartości granicznych, przy których diagnozowane będzie MCI. Osoby z rozpoznaniem MCI w dalszej części programu ponownie zostaną poddane badaniom neuropsychologicznym (po 6 i 12 miesiącach), będą brały udział w 3 treningach pamięci oraz otrzymają materiały edukacyjne i materiały do ćwiczeń funkcji poznawczych. Zostaną one także zaproszone do udziału w akcjach profilaktyczno-edukacyjnych.

Wytyczne zalecają monitorowanie funkcji poznawczych u osób starszych, jednak nie określają w jakim odstępie czasowym powinna być wykonywana ponowna ocena. Odnalezione dowody naukowe sugerują, że trening poznawczy (ćwiczenia zapamiętywania) wpływa w sposób korzystny na funkcje poznawcze osób starszych, w porównaniu do osób nie stosujących tego treningu.

W ramach akcji profilaktyczno-edukacyjnych przewiduje się zorganizowanie trzech otwartych wykładów dotyczących opisywanego problemu zdrowotnego oraz spotkań ze specjalistami, jednak nie wskazano dokładnego zakresu tematycznego tych działań, co warto uzupełnić.

Wytyczne w zakresie profilaktyki geriatrycznej podkreślają znaczenie kształtowania prozdrowotnych postaw i zachowań, promowania zdrowego stylu życia, prewencji i wczesnego wykrywania chorób, zwiększenia aktywności fizycznej, więzi rodzinnych i aktywności społecznej, oraz współpracy międzypokoleniowej.

Monitorowanie i ewaluacja

Monitorowanie programu wymaga uzupełnienia w zakresie oceny zgłaszalności do programu, ponieważ zaproponowany w projekcie sposób monitorowania i przyjęte wskaźniki nie są poprawne. Ocena zgłaszalności do programu mogłaby zostać przeprowadzona na podstawie wskaźników, które ujęto w ocenie efektywności tj. „liczba uczestników, którzy wezmą udział w programie”, „liczba odbiorców akcji profilaktyczno-edukacyjnej” oraz „liczba osób skierowanych na dalszą, pogłębioną diagnostykę”.

Ocena jakości świadczeń zostanie przeprowadzona na podstawie analizy wyników ankiety satysfakcji, co jest działaniem prawidłowym. Jednakże do projektu nie załączono wzoru ww. kwestionariusza, zatem nie była możliwa weryfikacja przedmiotowego dokumentu.

Ewaluacja programu także wymaga dopracowania. Mierniki zaproponowane w ramach oceny efektywności programu odnoszą się bowiem do oceny zgłaszalności do programu. Należy pamiętać, że ewaluacja jest analizą danych, realizowaną w celu oceny efektów prowadzonych działań. Zatem należy zaproponować mierniki efektywności, które pozwolą na pomiar stopnia realizacji poszczególnych celów programowych, zgodnie z wcześniejszymi uwagami.

Warunki realizacji

Realizator programu zostanie wybrany w drodze konkursu ofert, co pozostaje w zgodzie z zapisami ustawowymi.

W projekcie przedstawiono etapy realizacji programu.

W ramach akcji informacyjnej zaplanowano zamieszczenie informacji dotyczących programu za pośrednictwem dostępnych środków przekazu.

Nie odniesiono się do sytuacji, w której do programu zgłosi się większa liczba uczestników, niż założono w projekcie, co warto doprecyzować.

Zakończenie udziału w programie będzie możliwe na każdym jego etapie. Uczestnicy, u których zostaną rozpoznane problemy zdrowotne zostaną poinformowani o konieczności i możliwości dalszego postępowania i leczenia poza programem (w ramach świadczeń NFZ).

Koszt całkowity realizacji programu nie został oszacowany. Natomiast roczny koszt realizacji programu będzie wynosił ok. 25 000 zł. Koszt jednostkowy określono na ok. 125 zł/os. Jednak nie przedstawiono, na jakiej podstawie został oszacowany i nie wskazano kosztów poszczególnych składowych (wydanie opinii lekarskiej przez lekarza pierwszego kontaktu, 2 badania neuropsychologiczne, 3 treningi pamięci, koszt materiałów edukacyjnych, koszt materiałów promocyjnych), co warto doprecyzować.

Projekt ma zostać sfinansowany z budżetu miasta.

Wnioski z oceny technologii medycznej przeprowadzonej przez Agencję

Problem zdrowotny

Łagodne zaburzenia poznawcze (w klasyfikacji ICD-10 kod F06.7) charakteryzują się upośledzeniem pamięci, trudnościami w uczeniu się i ograniczoną zdolnością do koncentrowania się na zadaniu przez dłuższy okres czasu. Ponadto chorzy na MCI często odczuwają wyraźne uczucie zmęczenia psychicznego przy próbie wykonania zadań umysłowych, a uczenie się nowych rzeczy wydaje się im trudne (nawet jeśli obiektywnie jest efektywne). Klasyfikacja WHO pozwala na diagnozę MCI tylko w przypadku konkretnej choroby somatycznej, natomiast nie należy jej stawiać w obecności jakichkolwiek zaburzeń psychicznych lub behawioralnych klasyfikowanych jako F10-F99.

Częstość występowania MCI w populacji osób w wieku podeszłym (> 65 roku życia) szacuje się na 15-20 %, przy czym obserwuje się podobną, jak w przypadku otępień, zależność od wieku. Trudności z określeniem jednolitych, czytelnych kryteriów diagnostycznym dla MCI, są zapewne podstawową przyczyną znacznych rozbieżności w wynikach uzyskanych w ocenach epidemiologicznych schorzenia.

Alternatywne świadczenia

Zakres świadczeń gwarantowanych w ramach opieki psychiatrycznej został określony w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień z dnia 6 listopada 2013 r. (Dz.U. 2013 poz. 1386 z późn. zm.).

Ocena technologii medycznej

Odnalezione wytyczne nie zalecają wykonywania badań przesiewowych w kierunku chorób otępiennych u osób bezobjawowych (British Columbia Guidelines BCG 2016, Canadian Task Force on Preventive Health Care CTFPHC 2016, The Royal Australian College of General Practitioners RACGP 2016, U.S. Preventive Services Task Force USPSTF 2014). Wytyczne UK National Screening Committee (UK NSC 2015) wskazują, że na każde 100 osób w wieku powyżej 65 lat, ok. 7 cierpi na demencję.

W przypadku osób w wieku powyżej 65. r.ż., lekarze powinni być czujni na objawy demencji. Diagnoza otępienia powinna zostać postawiona tylko po wszechstronnej ocenie, składającej się z: omówienia historii pacjenta, badania funkcji poznawczych, badania fizykalnego, przeglądu stosowanych przez pacjenta leków oraz innych stosownych badań (National Institute for Health and Clinical Excellence NICE 2016, Registered Nurses' Association of Ontario RNAO 2016, Clinical Research for Dementia of South Korea CREDOS 2011).

Zakres diagnostyki i leczenia musi być dostosowany do stanu chorego, uwzględniać stopień zaawansowania otępienia, możliwość współpracy pacjenta w procesie diagnostyczno-terapeutycznym oraz rehabilitacji (Polskie Towarzystwo Alzheimerowskie PTA / Interdyscyplinarna Grupa Ekspertów Rozpoznawania i Leczenia Otępień IGERO 2011).

W trakcie tego postępowania powinny zostać wykorzystane standaryzowane narzędzia przede wszystkim test MMSE i skale ocen funkcjonowania. Pamiętać jednak należy, że sam wynik testu MMSE lub innej, krótkiej oceny funkcji poznawczych, nie może być podstawą rozpoznania lub wykluczenia otępienia, ale jedynie jego podejrzenia (NICE 2016).

Osoby, które powinny być przesiewane w kierunku chorób otępiennych to: osoby z postępującymi objawami zaburzeń poznawczych oraz zachowaniem sugerującym demencję; pacjenci, którzy wzbudziili szczególną uwagę swoich opiekunów co do umiejętności poznawczych, pomimo niezgłaszanych dolegliwości przez samych pacjentów. Występowanie choroby otępiennej powinno być ocenione w wyniku kompleksowej, pełnej ewaluacji pacjenta. Podejście to umożliwi wczesne postawienie diagnozy, ocenę ewentualnych komplikacji i ustalenie przyczyny demencji (zalecane przez większość rekomendacji i wytycznych) (Singapore Ministry of Health SMOH 2013).

Lekarz powinien ocenić wszystkie czynniki, które mogły spowodować zaburzenia funkcji poznawczych. Lekarz POZ może zwrócić się do specjalisty w celu potwierdzenia diagnozy, diagnostyki różnicowej oraz w celu ustalenia dalszego postępowania (RHC 2011). Poprawne (wiarygodne) postawienie rozpoznania otępienia wymaga specjalistycznej wiedzy i doświadczenia badającego. Brak takiej wiedzy i doświadczenia powinien skłaniać lekarza lub psychologa do skierowania chorego na odpowiednią konsultację.

Lekarze w przypadku pacjentów, którzy zgłaszają osobiście lub przez osobę bliską obawy dotyczące pamięci lub pogorszenia sprawności funkcji poznawczych, powinni dokonać u nich oceny możliwości występowania MCI. Lekarze nie mogą zakładać, że pogorszenie funkcji poznawczych powiązane jest ze zmianami obserwowanymi w normalnym procesie starzenia się (AAN 2017).

Rozpoznanie otępienia jest niezbędnym elementem rozpoznania choroby Alzheimera. Rozpoznając inne rodzaje otępień, w których zaburzenia pamięci mogą nie być objawem wiodącym należy posługiwać się specyficznymi kryteriami diagnostycznymi tych chorób (IGERO 2011).

Należy opracować zindywidualizowany plan opieki, który dotyczy behawioralnych i psychicznych objawów demencji i/lub potrzeb osobistych pacjenta. Wykorzystane powinny zostać w pierwszej kolejności metody nefarmakologiczne, które wybrane są zgodnie z: preferencjami pacjenta, objawami, stadium demencji, potrzebami pacjenta, konsultacjami z rodziną/opiekunami oraz interdyscyplinarnym zespołem, stałą obserwacją pacjenta. Pacjentom, a także członkom ich rodziny, opiekunom zapewniona powinna zostać edukacja oraz wsparcie (w odniesieniu do potrzeb danej osoby oraz stadium demencji) (RNAO 2016).

Odnalezione dowody naukowe (Lin, USPSTF 2013) wskazują, że najlepszym narzędziem w wykrywaniu funkcji poznawczych u osób powyżej 69 r.ż. okazał się test MMSE, charakteryzujący się czułością wynoszącą 88,3% i swoistością 86,2%. Test rysowania zegara, Mini-Cog, MIS, SPMSQ, AMT, FCSRT, 7MS, TICS, IQCODE charakteryzowały się także akceptowalnymi rezultatami, jednak mniej dowodów potwierdza stosowanie tych testów, a także mają ograniczoną odtwarzalność wśród populacji podstawowej opieki zdrowotnej.

Zgodnie z opiniami ekspertów klinicznych programy wczesnego wykrywania otępień powinny być prowadzone i finansowane przez samorządy, ponieważ prawidłowo przygotowane programy pozwalają na wczesne wykrycie i leczenie przynajmniej części otępień, co przedłuża samodzielne funkcjonowanie chorych na wszystkich polach, zmniejsza potrzebę opieki innych osób, redukuje koszty zdrowotne i społeczne.

Biorąc pod uwagę powyższe argumenty, opiniuję, jak na wstępie.

Tryb wydania opinii

Opinię wydano na podstawie art. 48a ust. 1 i 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2017 r., poz. 1938 z późn. zm.), z uwzględnieniem raportu: OT.441.357.2017 „Program profilaktyki, wykrywania i przeciwdziałania łagodnym zaburzeniom poznawczym u mieszkańców Zgierza w wieku 60+” realizowany przez: Miasto Zgierz, Warszawa, styczeń 2018; Aneksów do raportów szczegółowych: „Wczesne wykrywanie otępień lub innych zaburzeń funkcji poznawczych – wspólne podstawy oceny”, kwiecień 2013 r.; „Programy z zakresu profilaktyki geriatrycznej – wspólne podstawy oceny”, sierpień 2015 r. oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 13/2018 z dnia 15 stycznia 2018 roku o projekcie programu „Program profilaktyki, wykrywania i przeciwdziałania łagodnym zaburzeniom poznawczym u mieszkańców Zgierza w wieku 60+”.