



**Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 140/2015 z dnia 24 sierpnia 2015 r.
o projekcie programu „Program zdrowotny dla osób przewlekle
chorych po 50 r.ż. – zaskoczeni wiekiem”**

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości negatywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Program zdrowotny dla osób przewlekle chorych po 50 r.ż. – zaskoczeni wiekiem”.

Uzasadnienie

Przedstawiony projekt programu polityki zdrowotnej dotyczy istotnego problemu, jakim jest poprawa opieki nad osobami starszymi. Projekt został przygotowany zgodnie z wytycznymi AOTMiT.

Do programu planuje się włączyć osoby po 50 r. ż. W projekcie nie zastosowano jednak jasnych kryteriów kwalifikacji do programu, zaś o udziale decydować ma kolejność zgłoszeń. Biorąc pod uwagę niewielką liczbę miejsc, sytuacja taka może skutkować nie osiągnięciem zamierzonych celów i efektów. W przypadku ograniczonych środków finansowych program powinien skupiać się na wyodrębnionej populacji docelowej, która z punktu widzenia celów programu odniesie największe korzyści z przeprowadzonych interwencji.

Zaplanowane w programie interwencje są działaniami finansowanymi w ramach świadczeń gwarantowanych, więc istotne jest określenie warunków wyłączających planowane interwencje z finansowania ze środków NFZ, aby nie było wątpliwości co do źródła finansowania. Ponadto, w projekcie nie przedstawiono szczegółów dotyczących czasu trwania i zakres zajęć fizycznych, ani zaplanowanych działań edukacyjnych z zakresu zdrowego odżywiania.

W programie nie zaplanowano oceny efektywności oraz ewaluacji programu. Jest to punkt szczególnie istotny w przypadku planowania kolejnych edycji programu. Obiektywne określenie wpływu udzielanych świadczeń na zdrowie populacji pozwoli na zaplanowanie i uzasadnienie realizacji kolejnych działań w przyszłości.

W projekcie założono, że świadczenia realizowane w ramach programu będą dostępne dla uczestników odpłatnie, z 50% dofinansowaniem budżetu miasta. Taka sytuacja może powodować nierówny dostęp do proponowanych świadczeń. Dodatkowo, w budżecie nie przedstawiono jego składowych, co uniemożliwi oszacowanie, czy zaplanowane środki zostaną rozdysponowane w sposób efektywny.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej z zakresu poprawy opieki nad osobami starszymi. Budżet przeznaczony na realizację programu wynosi 14 875 zł, planowany czas realizacji to rok 2015.



Ocena projektu programu polityki zdrowotnej

Znaczenie problemu zdrowotnego

Przedstawiony projekt programu polityki zdrowotnej dotyczy poprawy sprawności fizycznej i poprawy jakości życia osób po 50 r. ż.

W projekcie problem zdrowotny opisany został w sposób bardzo ogólnikowy. Nie skupia się na jednym konkretnym problemie zdrowotnym, a opisuje ogół problemów występujących w wieku podeszłym. Chociaż przedmiotem programu jest sfinansowanie działań dla grupy osób powyżej 50 r.ż., w opisie problemu zdrowotnego odniesiono się do problemów zdrowotnych występujących w grupie osób powyżej 65 r.ż.

Przedstawione w projekcie dane epidemiologiczne dotyczą występowania różnych schorzeń w populacji osób starszych. W projekcie powołano się na wyniki różnych badań (NATPOL, POLSENIOR)

Cele i efekty programu

Głównym celem programu wskazanym w projekcie jest zmniejszenie rozpowszechniania czynników ryzyka związanych z niezakaźnymi chorobami w populacji osób starszych i w efekcie poprawa jakości życia osób starszych. Dodatkowo wskazano 7 celów szczegółowych, będących uzupełnieniem celu głównego.

Oczekiwanymi efektami określonymi w projekcie są: zmniejszenie ryzyka zachorowania na chorobę wieńcową, nadciśnienie, udar, cukrzycę, raka piersi, wyższy poziom sprawności krążeniowo-oddechowej, uzyskanie korzystniejszej masy ciała oraz odpowiedniego składu kości, utrzymanie wyższych poziomów funkcjonalnych zdrowia, mniejsze ryzyko upadku i lepsze zdolności percepcyjne. Należy mieć na uwadze, że oczekiwane efekty powinny być spójne z postawionymi celami.

W projekcie nie wskazano mierników efektywności, co wymaga uzupełnienia. Warto pamiętać, że przeprowadzenie oceny efektywności programu pozwoli w wiarygodny i obiektywny sposób sprawdzić wpływ prowadzonych działań na zdrowie populacji. Mierniki efektywności powinny być spójne z celami i oczekiwanymi efektami. W omawianym projekcie miernikami efektywności może być ocena sprawności fizycznej uczestnika przed i po wzięciu udziału w programie, wykonanie badań diagnostycznych w celu sprawdzenia poprawy stanu zdrowia oraz wypełnienie kwestionariusza na temat jakości życia przed i po prowadzeniu programu. Wskazać należy, że część z proponowanych efektów zdrowotnych może nie być możliwa do zaobserwowania w czasie trwania programu (rok 2015), więc warto zaplanować zmierzenie tych efektów w późniejszym czasie.

Z uwagi na objęcie programem 0,24% populacji docelowej, efekt może nie być obserwowalny w populacji ogólnej. Warto ocenić zatem wielkość uzyskanego efektu w odniesieniu do każdego uczestnika programu (porównanie przed/po realizacji programu).

Populacja docelowa

Populację docelową programu stanowią osoby powyżej 50 r. ż. prowadzące siedzący tryb życia, chorujące na choroby przewlekłe oraz mające wątpliwości co do bezpiecznego podjęcia wysiłku fizycznego. W projekcie zamieszczono również informację, że szczególna uwaga zostanie zwrócona na 3 grupy osób (nowotwór w wywiadzie, choroba przewlekła w wywiadzie, osoby z nadwagą/otyłością). W projekcie nie uzasadniono wyboru populacji docelowej.

Zgodnie z danymi GUS na 2014 r., populacja powyżej 50 roku życia na terenie powiatu legionowskiego wynosi 19 193 osoby. Programem planuje się objąć 85 osób, co stanowi 0,24% populacji docelowej. Tak niska liczebność grupy objętej interwencją w istotnym stopniu ogranicza wiarygodną ocenę skuteczności działań.

O udziale w programie decydować będzie kolejność zgłoszeń. Taki tryb zgłaszania do programu podnosi ryzyko nierównego dostępu do udzielanych świadczeń. W ramach programu powinno się ustalić jasne i ściśle kryteria kwalifikacji uczestników.

Interwencja

W ramach interwencji planuje się przeprowadzenie konsultacji medycznej, konsultacji trenera, ośmiotygodniowy program zajęć fizycznych pod okiem doświadczonego instruktora. W projekcie nie przedstawiono dokładnych zajęć fizycznych oraz ich zakresu, które mają być proponowane uczestnikom. W ramach konsultacji medycznej przeprowadzony zostanie m.in. wywiad zdrowotny z pacjentem, pomiar ciśnienia tętniczego krwi, pomiar BMI, pomiar obwodu pasa, a także przedstawione zostaną zalecenia dietetyczne. W ramach konsultacji trenera przeprowadzony zostanie wywiad dotyczący aktywności fizycznej pacjenta, przeprowadzone zostaną testy sprawności fizycznej i funkcjonalnej oraz 6 minutowy test chodu. Powyższa konsultacja ma być podstawą do kwalifikacji pacjenta jako uczestnika w programie zajęć fizycznych.

Warto wskazać, jakie wyniki przeprowadzonych testów będą kwalifikować do zajęć fizycznych. Z projektu nie wynika jednoznacznie, czy zajęcia mają mieć charakter rehabilitacji, których celem będzie poprawa sprawności ruchowej wynikającej z posiadanych chorób, czy też ich celem będzie prewencja chorób sercowo-naczyniowych i otyłości. Ta kwestia powinna zostać doprecyzowana.

Przed rozpoczęciem programu pacjent jest zobowiązany do przedstawienia wyników badań wykonanych w ramach podstawowej opieki zdrowotnej (morfologia, lipidogram, oznaczenie poziomu glukozy, TSH, sodu, potasu, kreatyniny oraz ALT). Wskazane w projekcie konsultacje medyczne są świadczeniami finansowanymi ze środków publicznych. W koszyku świadczeń gwarantowanych znajdują się takie świadczenia jak: rehabilitacja ogólna w podstawowym zakresie, prowadzona w celu zmniejszenia skutków upośledzenia ruchowego oraz usprawnienia ruchowego, leczenie dietetyczne, świadczenia udzielane przez lekarza i pielęgniarkę.

W projekcie programu wspomniano również o prowadzeniu działań edukacyjnych w formie porad dietetycznych. Kwestia ta jednak nie została przedstawiona w sposób szczegółowy, co powinno zostać uzupełnione.

Jak wynika z dowodów naukowych starsze osoby, które wykazują większą aktywność fizyczną posiadają: niższą zachorowalność na chorobę wieńcową, nadciśnienie, udar, cukrzycę, raka piersi oraz okrężnicy, oraz wyższy poziom sprawności krążeniowo-oddechowej i mięśniowej, korzystniejszą masę ciała, odpowiedni skład kości, wyższe poziomy funkcjonalne zdrowia, mniejsze ryzyko upadku i lepsze zdolności percepcyjne.

Monitorowanie i ewaluacja

W projekcie nie zaplanowano monitorowania programu. Zamieszczono jedynie informacje na temat dokumentu, który zawierać będzie rzeczywistą liczbę osób, które wzięły udział w programie.

Monitorowanie i ewaluacja programu powinny zostać zaplanowane z uwzględnieniem oceny zgłaszalności, oceny jakości udzielonych świadczeń i oceny efektywności prowadzonych działań.

Ocena zgłaszalności może odbyć się na podstawie list uczestnictwa oraz liczby osób niezakwalifikowanych do udziału w programie.

Ocena jakości udzielonych świadczeń może zostać przeprowadzona w oparciu o ankietę satysfakcji uczestnika lub zgłaszanie przez uczestników pisemnych uwag do realizatora programu.

Ocena efektywności prowadzonych działań powinna w sposób rzetelny wskazywać w jaki sposób prowadzone działania wpłynęły na zdrowie populacji. W omawianym programie oceny takiej można dokonać na podstawie wyników badań przed i po przeprowadzeniu interwencji, ocenie sprawności ruchowej uczestników lub poprzez przeprowadzenie wywiadu na temat jakości życia.

Warunki realizacji

Realizator programu zostanie wyłoniony w otwartym konkursie ofert, co jest zgodne z zapisami ustawowymi. W projekcie nie przedstawiono wymagań względem realizatora programu, warto to doprecyzować w ostatecznej wersji programu.

W ramach programu planuje się przeprowadzenie akcji promocyjnej w formie ulotek i broszurek.

Budżet przeznaczony na realizację programu wynosi 14 875 zł. Koszt jednostkowy określony w projekcie wynosi 350 zł. Z przedstawionych informacji wynika, że w ramach dostępnych środków gmina będzie dofinansowywać 50% kosztu uczestnictwa w programie. Takie działania mogą stanowić ograniczenie i nierówność w dostępie do oferowanych świadczeń. W budżecie nie przedstawiono poszczególnych składowych, dlatego też trudne jest oszacowanie, czy środki zostaną rozdysponowane w sposób efektywny.

Okres realizacji programu to maj-grudzień 2015r.

Wnioski z oceny technologii medycznej przeprowadzonej przez Agencję

Problem zdrowotny

Według definicji WHO nadwaga i otyłość są definiowane jako nieprawidłowa lub nadmierna akumulacja tłuszczu, która stanowi zagrożenie dla zdrowia ludzkiego. Jest to przewlekła choroba metaboliczna wynikająca z zaburzeń homeostazy energii. Pierwotną przyczyną otyłości alimentacyjnej są zaburzenia popędu żywieniowego prowadzące do zwiększenia się ilości tkanki tłuszczowej w organizmie, która powoduje patologie i dysfunkcje we wszystkich układach i narządach. Jest jedną z głównych przyczyn chorobowości i umieralności w krajach o średnim i wysokim rozwoju cywilizacyjnym.

Choroby układu sercowo-naczyniowego są obecnie jedną z najpowszechniejszych chorób cywilizacyjnych oraz jedną z głównych przyczyn przedwczesnych zgonów. Choroby te obejmują chorobę niedokrwienną serca, chorobę naczyniowo-mózgową, nadciśnienie tętnicze, chorobę naczyń obwodowych, chorobę reumatyczną serca, wrodzone wady serca, zakrzepicę żył głębokich i zatorowość płucną.

Alternatywne świadczenia

W ramach świadczeń gwarantowanych finansowanych ze środków publicznych pacjentom przysługuje w ramach POZ i AOS konsultacje medyczne (również lekarza dietetyka) oraz szereg badań diagnostycznych.

W zakresie rehabilitacji w koszyku świadczeń gwarantowanych znajdują się takie świadczenia jak m.in.: rehabilitacja ogólna w podstawowym zakresie, prowadzona w celu zmniejszenia

skutków upośledzenia ruchowego oraz usprawnienia ruchowego, leczenie dietetyczne, świadczenia udzielane przez lekarza i pielęgniarkę.

W Polsce realizowany jest Program profilaktyki chorób układu krążenia (CHUK), który adresowany jest do osób w 35, 40, 45, 50, oraz 55 roku życia, u których nie została dotychczas rozpoznana choroba układu krążenia i które w okresie ostatnich 5 lat nie korzystały ze świadczeń udzielanych w ramach programu. W trakcie wizyty lekarz podstawowej opieki zdrowotnej wykonuje: badanie biochemiczne krwi (stężenie we krwi cholesterolu całkowitego, LDL-cholesterolu, HDL-cholesterolu, trójglicerydów i poziomu glukozy), pomiar ciśnienia tętniczego krwi oraz określa BMI. Osoby, u których rozpoznano chorobę układu krążenia, w zależności od wskazań medycznych, zostają skierowani (poza Programem) na dalszą diagnostykę lub leczenie do świadczeniodawców posiadających z NFZ umowę o udzielanie odpowiednich rodzajów świadczeń.

Ocena technologii medycznej

Odnalezione dowody naukowe i rekomendacje zalecają wykonywanie ćwiczeń fizycznych. Wskazuje się, że aktywne fizycznie osoby starsze wykazują niższą zachorowalność na chorobę wieńcową, nadciśnienie, udar, cukrzycę, raka piersi oraz okrzężnicy, oraz wyższy poziom sprawności krążeniowo-oddechowej i mięśniowej, korzystniejszą masę ciała, odpowiedni skład kości, wyższe poziomy funkcjonalne zdrowia, mniejsze ryzyko upadku i lepsze zdolności percepcyjne.

Zaleca się wykonywanie co najmniej 150 minut ćwiczeń aerobowych o umiarkowanej intensywności w ciągu tygodnia lub 75 minut intensywnych ćwiczeń aerobowych w ciągu tygodnia lub w równoważnej ilości połączenie ćwiczeń o umiarkowanej intensywności oraz intensywnych. Natomiast osoby starsze o ograniczonej mobilności, powinny wykonywać ćwiczenia fizyczne mające na celu poprawę równowagi i zapobieganie upadkom trzy lub więcej razy w ciągu tygodnia.

Zgodnie z rekomendacjami (m.in. WHO Diet 2011, WHO 2010, Polish Forum for Prevention, 2008) programy polityki zdrowotnej dotyczącymi edukacji z zakresu zdrowego odżywiania oraz profilaktyki i leczenia nadwagi i otyłości, działania te powinny być realizowane przez jednostki samorządowe ze względu na bliski kontakt z uczestnikami programu oraz znajomość potrzeb społeczności lokalnej. Powinny one obejmować zarówno populację zdrową (profilaktyka pierwotna), jak i populacje cierpiące na nadwagę i otyłość (profilaktyka wtórna).

W przypadku potwierdzonej nadwagi i otyłości zaleca się wykonanie podstawowych badań laboratoryjnych w celu wykluczenia chorób towarzyszących: nadanie ciśnienia krwi, badanie poziomu glukozy we krwi, lipidogram.

Ze względu na to, że otyłość jest jednym z podstawowych czynników etiologicznych choroby zwyrodnieniowej kolan, bioder oraz kręgosłupa, zaleca się łączenie diagnostyki i terapii choroby zwyrodnieniowej stawów z profilaktyką i leczeniem otyłości.

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

Tryb wydania opinii

Opinię wydano na podstawie art. 31s ust. 6 pkt 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.), z uwzględnieniem raportu: AOTMiT-OT-441-145/2015, „Program zdrowotny dla osób przewlekle chorych po 50 r.ż. – zaskoczeni wiekiem” realizowany przez: powiat legionowski, Warszawa, sierpień 2015 oraz Aneksów do raportów szczegółowych: „Programy w zakresie poprawy opieki nad osobami starszymi – wspólne podstawy oceny”, listopad 2012 oraz „Edukacja w zakresie zdrowego odżywiania oraz profilaktyka i leczenie nadwagi i otyłości – wspólne podstawy oceny”, lipiec 2012.