



Rada Przejrzystości

działająca przy

Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji

Opinia Rady Przejrzystości nr 72/2017 z dnia 20 marca 2017 roku o projekcie programu „Ogólnopolski program edukacyjno- profilaktyczny dotyczący przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POChP)”

Rada Przejrzystości opiniuje negatywnie projekt programu polityki zdrowotnej „Ogólnopolski program edukacyjno-profilaktyczny dotyczący przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POChP)”.

Uzasadnienie

Przewlekła Obturacyjna Choroba Płuc (POChP) ma charakter najczęściej postępujący i wynika z nieprawidłowej odpowiedzi zapalnej płuc na czynniki toksyczne, w tym m. in. szkodliwe pyły, gazy lub inne substancje chemiczne. Na POChP składa się przede wszystkim rozedma płuc oraz przewlekłe zapalenie oskrzeli z istotnymi zmianami pozapłucnymi, które mogą się przyczyniać do ciężkości stanu poszczególnych chorych. Skutkiem zmian w płucach i drogach oddechowych jest ograniczenie przepływu powietrza, nie zawsze w pełni odwracalne mimo prewencji i zastosowanego leczenia. Za główny czynnik w etiopatogenezie POChP należy uznać palenie tytoniu. Objawy choroby mogą występować również u osób będących ofiarami biernego wdychania dymu papierosowego. Wśród innych czynników ryzyka wystąpienia objawów choroby wymienić można zagrożenia zawodowe i inne, wynikające z zanieczyszczeń środowiska.

W Polsce nikotynizm jest nadal szeroko rozpowszechniony mimo niewielkiego obniżenia się liczby osób palących z 29% do 26% populacji osób dorosłych. Według danych statystycznych GUS, tytoń w różnej formie pali codziennie ponad 29% dorosłych mężczyzn i 17% kobiet (w roku 2009 odpowiednio 31% i 18%). Osoby palące co najmniej 20 papierosów dziennie (ponad 1 paczkę na dobę) stanowią 55% ogółu palących mężczyzn oraz 31% palących kobiet.

Problem zdrowotny stanowiący podstawę projektowanego projektu „Ogólnopolskiego programu edukacyjno-profilaktycznego dotyczącego przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POChP)” jest zatem niezwykle istotny społecznie i wiąże się z szeregiem poważnych kosztów w ochronie zdrowia oraz generalnie dla budżetu państwa w związku z wieloma wtórnymi



konsekwencjami w zakresie kondycji fizycznej dużej części populacji. Zwraca się także uwagę na fakt, że w Polsce z szacunkowej liczby 2 mln chorych z objawami POChP u około 80% pacjentów choroba znajduje się w łagodnym lub umiarkowanym stadium choroby, często wówczas nie rozpoznawanym, co uniemożliwia odpowiednio wczesną profilaktykę i leczenie. Warto zatem podejmować działania organizacyjne mające na celu poprawę tej sytuacji.

Założenia merytoryczne opiniowanego programu w ogólnym zarysie odpowiadają przyjętym wytycznym dotyczącym POChP. Nie można jednak pominąć faktu (o czym piszą autorzy projektu) prowadzenia w Polsce dwuetapowego (etap podstawowy i specjalistyczny) „Programu profilaktyki chorób odtytoniowych, w tym przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POChP)” finansowanego przez NFZ. W skład grupy roboczej opracowującej założenia programu opiniowanego przez Radę poza ich głównym autorem wchodzi m. in. przedstawiciele MZ oraz NFZ, a więc dwóch instytucji, które powinny ustosunkować się do wniosków wynikających z kontroli NIK w zakresie dotychczas funkcjonującego programu. Grupa taka powinna czuć się zobligowana do wyjaśnienia w założeniach opiniowanego programu jak wspomniane instytucje zamierzają poprawić efektywność funkcjonowania programu realizowanego dotychczas, jak może on z programem wnioskowanym wzajemnie się uzupełniać i co zrobić, aby uniknąć dublowania się świadczeń w ramach obu programów, jeśli zasady wykorzystania środków europejskich zachęcają do wystąpienia z projektem odrębnym. Jeśli znane są szacunki finansowe dotyczące np. kosztów jednostkowych i ogólnych leczenia POChP, a także np. szacunki dotyczące długości trwania i kosztów absencji chorobowej, to wnioskiem pierwszoplanowym powinna być odpowiedź czy i jak realizacja dotychczasowego programu wpłynęła na te wskaźniki oraz co w tym zakresie można poprawić. Dotyczy to zresztą wszystkich realizowanych w Polsce profilaktycznych programów zdrowotnych. Bez takich wniosków nie jest możliwe konstruowanie kolejnych programów lub przedłużanie ich funkcjonowania bez analizy efektywności ponoszonych kosztów.

Z prostego przeliczenia danych epidemiologicznych dotyczących palenia tytoniu wynika, że w przewidzianym w programie przedziale wiekowym dla objętej nim populacji można spodziewać się ponad 6 mln osób, a więc znacznie więcej niż przewiduje to projekt. Należy to wyjaśnić. Czy różnice liczbowe wynikają z przewidywań, że część pacjentów będzie uczestnikiem programu obecnego, a część nowego?? Jak wtedy należałoby odgraniczyć takie populacje? Niepokojące jest również sformułowanie o konieczności zapewnienia pacjentowi skierowanemu do AOS konsultacji specjalistycznej w ciągu 2-3 tygodni od daty skierowania. Spowoduje to ograniczenie dostępności do AOS pacjentom nie objętym programem. Program powinien ustosunkować się

również do grupy osób poniżej i powyżej określonych granic wiekowych z objawami POChP i koniecznymi u nich świadczeniami zdrowotnymi.

Jedyny ekspert w dziedzinie chorób płuc, którego opinię uzyskano w toku procesu analitycznego, wypowiada się negatywnie na temat programu. Nie jest więc jasne jakie „umocowanie” środowiskowe ma ten program, co jest istotne dla powodzenia planowanego, ogromnego przedsięwzięcia. Bez takiego wsparcia, od konsultanta krajowego w dziedzinie chorób płuc oraz Polskiego Towarzystwa Chorób Płuc (PTChP) począwszy, program traktowany jako „ogólnopolski” może organizacyjnie przerosnąć jego inicjatorów, zwłaszcza przy założonej liczbie interwencji, liczbie pacjentów, liczbie ośrodków mających wziąć udział w programie, liczbie szkolonych osób itp., biorąc pod uwagę również krótki czas na jego realizację i niewielkie, w kontekście planowanych zadań, środki finansowe. To, że program zakłada dopiero współpracę wyłonionej w jego ramach Rady ds. Oceny i Ewalucji z PTChP to zbyt mało, zwłaszcza wobec faktu, że zamiarem wnioskodawców jest przebicie się z programem do lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej (POZ), poradni pulmonologicznych, antynikotynowych, ośrodków medycyny pracy rządzących się swoimi prawami, ośrodków rehabilitacji oddechowej itd. To program powinien być ewentualnym skutkiem określonych już wcześniej zasad takiego współdziałania.

Być może powinien być to program pilotażowy, ograniczony na początku do dwóch, trzech województw (regionów), z uwzględnieniem w tym również rozkładu geograficznego na obszar (-y) o dodatkowych, znaczących zagrożeniach środowiskowych, np. smogiem – niezależnie od palenia tytoniu, oraz na obszar z mniejszymi zagrożeniami tego typu. Nie jest wykluczone, że zachętą do napisania programu ogólnopolskiego były dla głównego jego autora doświadczenia wynikające z programu pilotażowego właśnie, realizowanego w województwie pomorskim.

Bez wyciągnięcia wniosków pokontrolnych wynikających z realizacji programu aktualnie finansowanego przez NFZ trudno jest określić jakie skutki finansowe i organizacyjne dla systemu ochrony zdrowia spowoduje kierowanie nieokreślonej w opiniowanym programie liczby chorych do etapu badań pogłębionych, a także leczenie pacjentów w POZ oraz w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS) (poza programem) – jak to jest zapisane w projekcie. Należy odpowiedzieć na pytanie, jakie są przyczyny spadającego zainteresowania i zmniejszającej się efektywności dotychczas realizowanego programu oraz na pytanie, czy wnioskowany program usuwa takie przeszkody lub usterki.

W zapisach programu mylone są pojęcia projektodawcy z realizatorem projektu w rozumieniu zapewne regionalnym. Nie podano liczby takich „realizatorów” pełniących funkcję prawdopodobnie koordynatorów regionalnych programu. Projekt przewiduje konieczność nawiązania przez „realizatora” współpracy

z minimum 40 podmiotami świadczącymi usługi podstawowej opieki zdrowotnej w zakresie działań profilaktycznych objętych programem. Także ten zapis świadczyć może o skali przewidywanego programu. Nie jest jasne dlaczego jednym z warunków jest zatrudnienie przez podmiot leczniczy realizujący program przynajmniej jednego pracownika naukowego posiadającego minimum tytuł doktora habilitowanego. Nie wyjaśniono jakie mają być zadania takiego pracownika.

Nie podanego żadnego przejrzystego schematu działań edukacyjno-szkoleniowych, sposobu prowadzenia zajęć, liczebności i czasokresu szkolenia wymienianych grup pracowników zawodów medycznych i nie medycznych. Warto jest zwrócić uwagę na konieczność zróżnicowania merytorycznego zadań edukacyjnych zależnie od grup zawodowych, dla których te szkolenia są przeznaczone. Nie podano żadnych szczegółów dotyczących zakresu akcji informacyjnych i sposobu ich prowadzenia. Budżet wszystkich tych działań albo nie jest w ogóle określony, albo podany jest błędnie, albo w sposób niezrozumiały.

W projekcie nie ma słowa o sposobie gromadzenia danych. Przy przewidywanej liczbie pacjentów będą to zapewne miliony stron dokumentacji, tysiące stron umów na realizację zadań edukacyjnych oraz podwykonawczych w zakresie realizowanych świadczeń i zadań medycznych, o sposobie przesyłania i analizy gromadzonych danych. Analiza i opracowanie wyników badań epidemiologicznych oraz naukowych ma znajdować się w kompetencjach Rady ds. Oceny i Ewaluacji – jaki ma być system analizy tych danych, zabezpieczenie kadrowe takiej analizy od strony informatycznej?? Nie ma o tym w programie ani słowa, a także o kosztach tej części zadań, jeśli koszty takie miałyby być prawidłowo rozliczone z punktu widzenia oceny realizacji zakładanych celów i efektywności podjętych działań.

Budżet nie uwzględnia kwot wynikających z podziału przewidzianej ogółem kwoty na poszczególne lata realizacji programu. Przewidywana populacja, pomnożona przez koszt tylko podstawowej wizyty w POZ uwzględnionej w ramach programu, generuje koszty wielokrotnie przekraczające planowane nakłady. Jest to niezrozumiałe. W budżecie nie określono precyzyjnie praktycznie żadnej pozycji, w tym także chociażby zakupu sprzętu do spirometrii, poza podaniem szerokich widełek jego ceny jednostkowej, co może być równoznaczne z zakupem przez poszczególne ośrodki sprzętu bardzo zróżnicowanego jakościowo, co będzie wtórnie rzutować na ocenę wyników w ramach programu i ich wiarygodność. Przeszacowane są koszty planowanych u pacjentów szczepień ochronnych przeciwko grypie, przy niejednoznacznym także okresie ich przeprowadzania. Nie wiadomo również jakie będą koszty przewidywanych w programie działań kontrolnych, które mają

dotyczyć zgodnie z zapisami programu 10% podmiotów uczestniczących w jego realizacji. Są to tylko jednostkowe przykłady ilustrujące wady programu.

Niezależnie od powyższych uwag w obszernym opracowaniu analityków AOTMiT zawarto dziesiątki szczegółowych wskazówek, których wykorzystanie umożliwi w przyszłości pozytywną ocenę tego lub podobnego programu.

.....

Wiceprzewodniczący Rady Przejrzystości
prof. Rafała Suwińskiego

Tryb wydania opinii

Opinię wydano na podstawie art. 48a ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r., poz. 1793 z późn. zm.), z uwzględnieniem raportu OT.440.1.2017, „Ogólnopolski program edukacyjno-profilaktyczny dotyczący przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POChP)”, realizowany przez: Ministra Zdrowia, Warszawa, marzec 2017 oraz Aneksu do raportów szczegółowych: „Programy profilaktyki i wczesnego wykrywania przewlekłej obturacyjnej choroby płuc – wspólne podstawy oceny”, czerwiec 2012 r.