



## Rada Przejrzystości

działająca przy

Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji

---

### Opinia Rady Przejrzystości nr 83/2017 z dnia 3 kwietnia 2017 roku o projekcie programu „Ogólnopolski Program edukacyjno- profilaktyczny w zakresie depresji” Ministra Zdrowia

*Rada Przejrzystości opiniuje negatywnie projekt programu polityki zdrowotnej „Ogólnopolski Program edukacyjno-profilaktyczny w zakresie depresji” Ministra Zdrowia.*

#### Uzasadnienie

*Proponowane interwencje są kontrowersyjne. Jakkolwiek rekomendacje USPSTF (U.S. Preventive Services Task Force) są pozytywne w odniesieniu do proponowanych interwencji to publikacje naukowe (Tombs 2014) wskazują, że nie zostały one oparte o dowody naukowe.*

*W odniesieniu do proponowanego programu istnieje szereg uwag krytycznych:*

- osoby w wieku 20-40 oraz 50-65 lat (osoby w wieku aktywności zawodowej) w szczególności cierpiące na choroby przewlekłe oraz z zaburzeniami psychicznymi w historii choroby, kobiety w okresie około ciąży – brak uzasadnienia dla wykluczenia os. 41-49 lat - rekomendacje kliniczne nie wskazują na konkretny wiek, w którym należy prowadzić badania przesiewowe w kierunku depresji,*
- wg rekomendacji zasadne jest wyodrębnienie grup wysokiego ryzyka wystąpienia depresji: kobiety w ciąży oraz w okresie poporodowym; występowanie depresji w przeszłości; przypadki depresji w rodzinie; inne zaburzenia psychiczne, nadużywanie substancji; choroby przewlekłe; brak zatrudnienia; niski status socjoekonomiczny; członkowie rodziny, którzy doświadczyli przemocy domowej; osoby o odmiennej orientacji seksualnej (RACGP 2016), występowanie bezsenności, obniżonego nastroju, brak odczuwania przyjemności, myśli samobójcze (Minister Zdrowia, Hiszpania 2014), traumatyczne przeżycia z dzieciństwa (CTFPHC 2013),*
- szkoleniami ma być objętych 815 lekarzy POZ – stanowi to 0,02% lekarzy POZ wykonujących zawód,*
- materiały informacyjno-edukacyjne dla pacjentów nt. problemu depresji, wczesnego rozpoznawania i leczenia (ulotki, broszury, plakaty informacyjne*



dla pacjentów), akcje edukacyjne – brak szczegółowego opisu (tytuł ppz sugeruje, że będzie to ppz edukacyjny),

- utworzenie platformy współpracy-współpraca z interesariuszami-z przedstawicielami władz i organizacjami skupiającymi pacjentów z zaburzeniami psychicznymi – doprecyzowania wymaga na jakiej zasadzie będzie to funkcjonować,
- Nie do końca jasne, czy to lekarz POZ będzie stawiał diagnozę i wdrażał leczenie czy ostateczną diagnozę będzie stawiał psychiatra – niespójność w ppz.

Ponadto program zawiera inne niedociągnięcia:

1. Brak opisu zasad tworzenia i funkcjonowania OWDD, brak liczby OWDD – ppz jest ogólnopolski.
2. Nie określono w jakich sytuacjach, jakim konkretnie pacjentom wykonywane będą TK, MRI, EEG.
3. Brak algorytmu postępowania prowadzącego do wykonania ww. badań ani konsultacji neurologicznych i neurochirurgicznych. Odnalezione rekomendacje dot. badań przesiewowych w kierunku depresji oraz w postępowaniu z pacjentem z depresją nie odnoszą się w żaden sposób do konsultacji neurologicznych i neurochirurgicznych i badań obrazowych - wykraczanie poza program przesiewowo-edukacyjny.
4. W przypadku e-konsultacji (drogą mailową, poprzez wideorozmowę wideokonsultacja, ewentualnie telefonicznie) poprzez specjalnie dedykowany portal internetowy, rekomendacje zwracają uwagę na to, że osobiste informacje odnoszące się do stanu zdrowia danej osoby nie powinny być przekazywane drogą mailową, jeśli brak jest odpowiedniego zabezpieczenia. Informacje o dużym stopniu prywatności powinny być wysyłane w formie zaszyfrowanego załącznika (Ontario Psychological Association 2015) – brak odniesienia w ppz do tych kwestii.
5. Recenzja KK w dz. psychiatrii: na psychiatrze spoczywa obowiązek udzielenia porady nie opartej o osobiste zbadanie pacjenta a jedynie o przekazaną wiedzę od lek. POZ. Budzi to wątpliwości w zakresie ponoszenia odpowiedzialności za podjęte decyzje jedynie w oparciu o przedstawione przez lekarza POZ informacje, które należy założyć nie są oparte na specjalistycznej wiedzy klinicznej.
6. Wnioskodawca podaje informację, że w obecnie obowiązującym Programie Zapobiegania Depresji na lata 2016-2020 nie stosuje się kwestionariuszy przesiewowych, natomiast obejmuje on przesiew u kobiet w połogu, młodzieży i osób po 65 r.ż., dodatkowo program ten przewiduje także edukację społeczeństwa i w 2017 r. zostaną wydane rekomendacje dot. zapobiegania, wczesnego wykrywania i leczenia depresji.

7. Ppz spowoduje pojawienie się większej liczby pacjentów wymagających opieki psychiatrycznej lub lekarza POZ w tym zakresie - dodatkowe obciążenie systemu opieki zdrowotnej (zwiększenie kolejek do specjalisty). W ppz nie przedstawiono sposobów trwałych rozwiązań, które mogłyby przyczynić się do odciążenia obecnego systemu zdrowia i zmniejszenia kolejek do psychiatrów lub zwiększenia liczby psychiatrów. Brak informacji nt. dalszego funkcjonowania OWDD po zakończeniu ppz.
8. Ryzyko, że psychiatrzy pracujący w tych poradniach w ramach AOS, „przejdą” do OWDD w ramach ppz, przez co zmniejszy się ich liczba w PZP.
9. Ryzyko nierównego dostępu do konsultacji psychiatrycznych w PZP dla pacjentów nieuczestniczących w ppz, zgłaszających się z innymi problemami zdrowotnymi - pacjenci z ppz będą konsultowani „poza kolejnością” (2-3 tyg. oczekiwania na wizytę).
10. Warto rozważyć aby lekarz POZ otrzymywał wynagrodzenie za poprawnie zdiagnozowanego pacjenta (fee-for-success), a nie za ilość wypełnionych kwestionariuszy przesiewowych (fee for services),
11. Cele szczegółowe sformułowane w postaci działań („wdrożenia programu diagnostyki podstawowej oraz diagnostyki pogłębionej”).
12. Rozbieżności związane z formą e-konsultacji („drogą mailową/wideokonsultacje, ewentualnie telefoniczne” [str. 33], „drogą mailową, poprzez wideorozmowę wideokonsultacja, ewentualnie telefonicznie” [str. 34], „głównie drogą mailową, wsparta dodatkowo konsultacją telefoniczną, wideokonsultacją lub portalem internetowym” [str. 43]).
13. W przypadku mierników efektywności wnioskodawca nie nawiązuje do wskazanego w celach planowanego wdrożenia programu diagnostyki podstawowej (lekarz POZ) oraz pogłębionej (badanie przez specjalistę z dziedziny psychiatrii, konsultacja psychologiczna, neurologiczna, wykonywanie badań obrazowych).
14. Okres realizacji programu został przewidziany na lata 2017-2023 - harmonogram działań zaplanowanych w ramach programu kończy się jednak na roku 2020.
15. Za monitorowanie jakości świadczeń w programie odpowiedzialna powinna być także Rada ds. Oceny Programu.
16. Brak odniesienia do bezpieczeństwa dokumentacji e-mailowej - korespondencja mailowa wymieniana pomiędzy lekarzami, (zawierająca informacje związane z procesem diagnozy bądź leczenia) powinna być w całości drukowana oraz dołączana do dokumentacji medycznej jako jej część (OPA 2015).

17. *W części dot. kosztów nie odniesiono się do prowadzenia planowanych działań edukacyjnych (szkoleń wstępnych oraz doskonalących) skierowanych do lekarzy POZ.*
18. *Nie przedstawiono kosztów związanych z promocją Programu m.in. wydrukiem ulotek, broszur, plakatów informacyjnych, nie odniesiono się również do kosztów prowadzenia portalu internetowego, za pomocą którego świadczone mają być e-konsultacje.*
19. *Brak podziału kosztów z uwzględnieniem poszczególnych lat realizacji.*

.....  
Wiceprzewodniczący Rady Przejrzystości  
prof. Rafał Suwiński

**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.440.2.2017 „Ogólnopolski Program edukacyjno-profilaktyczny w zakresie depresji” realizowany przez: Ministra Zdrowia, Warszawa, marzec 2017, oraz Aneksiem do raportów szczegółowych: „Programy zdrowotne z zakresu zdrowia psychicznego – wspólne podstawy oceny”, luty 2015 r.