



Rada Przejrzystości

działająca przy

Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji

Opinia Rady Przejrzystości nr 305/2017 z dnia 18 września 2017 roku o projekcie programu „Program w zakresie edukacji i profilaktyki depresji poporodowej” Ministra Zdrowia

Rada Przejrzystości opiniuje negatywnie projekt programu polityki zdrowotnej „Program w zakresie edukacji i profilaktyki depresji poporodowej” Ministra Zdrowia.

Uzasadnienie

Projekt dotyczy bardzo ważnego problemu zdrowotnego, który stanowi wyzwanie dla organizacji opieki zdrowotnej, a którego sposobu rozwiązania nie przedstawiono w przekonujący sposób.

Dużą wartością projektu jest objęcie nim 70% kobiet, które urodziły dziecko, w całej Polsce. Zgodnie z przedstawionymi celami projektu dotyczy on osób, u których zgodnie z obowiązującą klasyfikacją, ostatecznie zostanie zdiagnozowany epizod depresji lub depresyjna postać zaburzeń adaptacyjnych.

Badania przesiewowe są uzasadnione jedynie w sytuacji, w której zidentyfikowane w nich osoby mają możliwość otrzymania adekwatnego leczenia.

Problem leczenia depresji poporodowej nie został odpowiednio rozwiązany w projekcie. W skali całego kraju powszechnie dostępne leczenie epizodu depresji polega na farmakoterapii oraz psychoedukacji, w mniejszym stopniu obejmuje wspierającą psychoterapię. Oferta leczenia farmakologicznego nie jest jednak akceptowana przez wiele (jeśli nie większość) karmiących matek ze względu na informacje, o wydzielaniu leków przeciwdepresyjnych do mleka. Chociaż ilości te, w nie są traktowane, zgodnie z aktualnym stanem wiedzy, jako zagrażające dla rozwoju dziecka, wiele matek z tego powodu odmawia przyjmowania leków przeciwdepresyjnych. Ze względu na brak odpowiednich badań każda decyzja o stosowaniu leków psychotropowych w okresie karmienia piersią obarczona jest pewnym ryzykiem, które należy omówić z pacjentką. Prawdopodobnie z tej przyczyny nie poszukują one pomocy psychiatrycznej w okresie karmienia dziecka własnym mlekiem. W takich przypadkach alternatywą jest psychoterapia epizodu depresji. Zgodnie z aktualnymi wynikami badań i zaleceniami ekspertów najlepiej udokumentowaną



skuteczność na terapia poznawczo-behawioralna, która nie jest ogólnie dostępna w Poradniach Zdrowia Psychicznego w całej Polsce.

W przypadku depresyjnej postaci zaburzeń adaptacyjnych skuteczne interwencje psychoterapeutyczne wymagają mniejszych kompetencji, niż w przypadku w psychoterapii epizodu depresji, jednak konieczne jest zapewnienie dostępności takich terapii. Trzy spotkania z psychologiem są adekwatną interwencją wobec kobiet z subkliniczną depresją (m.in., z tzw. „postpartum blue”), które również zostaną zidentyfikowane w badaniach przesiewowych lub jako motywacja do podjęcia optymalnej terapii przez osoby z epizodem depresji, pod warunkiem, że jest ona dostępna. Mogą one też być skuteczne w postępowaniu w niektórych postaciach zaburzeń adaptacyjnych, ale wiele z nich wymaga większej liczby sesji terapeutycznych.

Autorzy projektu powołują się na dane wskazujące na bardzo długi, kilkumiesięczny okres oczekiwania na wizytę u psychiatry i opierają się na informacji „iż obecnie lekarze POZ faktycznie rozpoznają i leczą depresję u większości pacjentów z tą chorobą”. W przypadku oparcia realizacji projektu o tę grupę lekarzy, warto umieścić w nim szkolenia dotyczące specyfiki depresji poporodowej. Konieczne jest zapewnienie dostępności psychoterapii poznawczo-behawioralnej (lub innej o udokumentowanej skuteczności) karmiącym kobietom, które odmawiają farmakoterapii z powodu obaw o wpływ leków przeciwdepresyjnych na rozwój dziecka.

Kolejne zagadnienie, które nie zostało dość precyzyjnie przedstawione w ocenianym programie, to jego relacja do Programu Zapobiegania Depresji na lata 2016-2020. Choć oba programy mogą być komplementarne, to nie przedstawiono szczegółowych rozwiązań w tym zakresie, jak np., sytuacja kobiet z depresją poporodową, zidentyfikowaną w trakcie pobytu w szpitalu w ramach Programu Zapobiegania Depresji – czy dalsze postępowanie jest realizowane w ramach tego programu, czy jest włączana do omawianego programu.

Duży poziom ogólności projektu znajduje swoje odzwierciedlenie w nieprecyzyjnościach opisu kosztów projektu.

Wnioskodawca w sposób pobieżny przedstawił planowane koszty jednostkowe oraz koszt całkowity programu. Projekt programu nie zawiera kosztów z podziałem na lata jego realizacji, ani z dokładnym podziałem na poszczególne interwencje wraz z ich planowaną liczbą. Okres realizacji programu zaplanowano na 2018-2023, jednak koszt przedstawiono jedynie na 3 pierwsze lata realizacji.

Koszt opracowania i druku materiałów edukacyjno-informacyjnych (przez 3 lata trwania programu) oszacowano na 700 000 zł (700 000 zł/ok. 700 000 egzemplarzy = 1 zł – przypis analityka). Natomiast przygotowanie strony

internetowej oraz zapewnienie wsparcia ze strony specjalisty w ramach prowadzenia forum, w 3 letnim okresie realizacji programu wyceniono na 17 000 zł. Nie jest jasne kogo dokładnie miał na myśli wnioskodawca używając określenia „specjalista” – czy miał być to psycholog udzielający odpowiedzi na forum, czy np. specjalista informatyk administrujący stroną internetową. W 3-letnim koszcie przygotowania strony internetowej, nie wyszczególniano dokładnego kosztu przewidzianego na wynagrodzenie dla psychologa, który będzie odpowiedzialny za udzielanie odpowiedzi na forum, ani kosztów obsługi informatycznej strony internetowej.

Wnioskodawca podał również całkowity koszt (312 000 zł) przeprowadzania szkoleń dla personelu medycznego, jednak jego weryfikacja jest utrudniona, ponieważ nie przedstawiono kosztów poszczególnych składowych (wynajmu sali, organizacji spotkania, wynagrodzenia wykładowcy) oraz liczby planowanych szkoleń.

Ponadto, konsultacje psychologiczne wyceniono na 98 zł/godz., a dodatek dla położnej na 50 zł miesięcznie. Wnioskodawca nie przedstawił źródeł informacji, na podstawie którego dokonał powyższych oszacowań. Analityk AOTMiT zweryfikował ceny rynkowe konsultacji psychologicznej w Polsce. Średnia cena wynosi 109 zł, przy czym najniższa cena to 45 zł, a najwyższa cena za konsultację psychologiczną to 225 zł. Należy zauważyć, że w treści projektu programu oszacowano liczbę konsultacji psychologicznych (215 000), nie wskazano jednak przewidzianego czasu poświęconego na jedną pacjentkę. Przyjmując, że wizyta u psychologa będzie trwała 1 godzinę, to sam koszt realizacji konsultacji psychologicznych w ciągu 3 lat trwania programu wyniesie ok. 21 000 000 zł (215 000 kobiet, które skorzystają z konsultacji psychologa wg założeń wnioskodawcy x 98 zł). Wnioskodawca natomiast zakłada, że na pierwsze 3 lata realizacji programu (dot. to wszystkich interwencji) zostanie przeznaczony co najmniej 15 000 000 zł. Zatem koszt całkowity jedynie konsultacji psychologicznych, w ciągu 3 lat, przewyższa o 6 mln zł koszt całkowity programu (wszystkich interwencji). Kwestia ta wymaga wyjaśnienia. Wnioskodawca zamieszcza również informację: „koszt jednostkowy w skali 3 lat to ok. 20 zł”. W treści projektu nie sprecyzowano jednak czego dotyczy ten koszt, czy jest to koszt na jedną kobietę, czy np. koszt wypełnienia kwestionariusza przesiewowego. Dodatkowo, wskazuje się, że „dalsze finansowanie programu będzie zależeć od wyników pogłębionej analizy efektywności programu oraz możliwości finansowych”. Zatem brak jest jednoznacznych informacji dot. dalszego finansowania programu (po 3 latach). W projekcie nie oszacowano także kosztów pracy Rady ds. Oceny Programu, ani monitorowania i ewaluacji.

Program będzie współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego. Wnioskodawca zakłada również partnerstwo, którego zasady

reguluje Ustawa z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów operacyjnych polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014-2020. Wnioskodawca nie przedstawił kwoty dofinansowania z EFS.

Opis kosztów w aktualnej postaci nie pozwala na ich rzetelną ocenę.

Cel główny nie w pełni jest zgodny z zasadą „SMART”, mierniki efektywności odpowiadające celom programu wymagają uzupełnienia, nie opisano bezpieczeństwa planowanych interwencji oraz kompetencji wszystkich osób prowadzących interwencje w programie. Dowody skuteczności (efektywności klinicznej) oraz efektywności kosztowej nie zostały opisane i omówione – wymieniono jedynie pozycje piśmiennictwa. Przedstawiono jedynie rekomendacje USPSTF 2016 i nie ustosunkowano się do istniejących, negatywnych opinii, dotyczących badań przesiewowych depresji poporodowej. Nie przedstawiono opinii ekspertów klinicznych.

Wiceprzewodniczący Rady Przejrzystości

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.440.5.2017 „Program w zakresie edukacji i profilaktyki depresji poporodowej realizowany przez: Ministra Zdrowia”, Warszawa, wrzesień 2017 oraz Aneksu do raportów szczegółowych: „Programy zdrowotne z zakresu zdrowia psychicznego – wspólne podstawy oceny”, luty 2015 r.