



Opinia
Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych
nr 1/2014 z dnia 7 stycznia 2014 r.
o projekcie programu „Program profilaktyki i leczenia
niedożywienia wśród dorosłych mieszkańców województwa
dolnośląskiego”

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości wydaję negatywną opinię o projekcie programu „Program profilaktyki i leczenia niedożywienia wśród dorosłych mieszkańców województwa dolnośląskiego”.

Uzasadnienie

Program odnosi się do ważnego lecz niezdefiniowanego w literaturze problemu zdrowotnego. Programy z zakresu profilaktyki i leczenia niedożywienia powinny być prowadzone i finansowane przez samorządy z powodu całkowitego braku innych rozwiązań pozwalających na rozpoznawanie i leczenie niedożywienia wśród dorosłych. Programy z tego zakresu mogą przyczynić się do zmniejszenia kosztów opieki społecznej i zdrowotnej w grupie chorych niedożywionych. Mogą także wpłynąć na poprawę jakości, wydłużenie czasu życia oraz zmniejszenie liczby powikłań różnych jednostek chorobowych typowych dla niedożywienia (zakażenia, reoperacje).

Jednakże z opisu programu wynika, że adresaci przed zgłoszeniem do programu powinni sami zdiagnozować u siebie niezamierzoną utratę masy ciała. W projekcie nie podano informacji czy przeprowadzona akcja informacyjna będzie zawierała informacje, które pozwolą beneficjentom uzyskać odpowiednią wiedzę, aby móc obliczyć ją samemu. Ponadto autorzy powinni rozważyć udział psychologa w realizacji programu. Nie planuje się również przeprowadzić konkursu ofert na realizatora.

Za zasadne należy uznać podjęcie działań opisanych w części edukacyjnej. Natomiast w kwestii uruchomienia Poradni Żywienia Klinicznego należałoby zastanowić się nad bardziej precyzyjnym określeniem jej możliwości kadrowych wraz z rozszerzeniem możliwości diagnostycznych.

Projekt zakłada monitorowanie i ewaluację. Ocenę jakości świadczeń w programie można uznać za dobrze zaplanowaną (autorzy zamierzają przeprowadzić badanie ankietowe skierowane do pacjentów oraz uczestników działań edukacyjnych). Jednakże zdaniem eksperta jako wskaźnika oceny efektów powinno się użyć wskaźników epidemiologicznych, świadczących o ograniczeniu rozpowszechnienia lub konsekwencji zdrowotnych problemu, którego dotyczy program.

Przedmiot wniosku

Przedmiotem opinii jest program zdrowotny województwa dolnośląskiego z zakresu profilaktyki i leczenia niedożywienia. Celem głównym programu jest prewencja niedożywienia, a także lepsze rozpoznawanie i leczenie w tym wsparcie żywieniowe dla dorosłych mieszkańców Dolnego Śląska. Program jest skierowany do dorosłych mieszkańców



Dolnego Śląska z niezamierzonym spadkiem masy ciała (co najmniej 10% wyjściowej wagi), niezależnie od przyczyny, którzy mogą jeść w sposób naturalny i nie przebywają w szpitalu. Planuje się, że rocznie do programu będzie się zgłaszać 1000 osób. Planowana liczba przeszkolonych to około 2500 osób w ciągu trzech lat trwania programu. Program ma być realizowany w latach 2013-2015. Planowane koszty całkowite realizacji programu wynoszą 672 000 zł.

Problem zdrowotny

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) definiuje niedożywienie jako występujący na poziomie komórkowym brak równowagi pomiędzy zapotrzebowaniem na składniki pokarmowe i energię a podażą, której zaspokojenie pozwala na wzrost, podtrzymywanie funkcji życiowych oraz pełnienie określonych funkcji.

Niedożywienie u osób chorych przyjmowanych do szpitala najczęściej jest nierozpoznawalne i nieleczone. Prowadzi to do tak zwanego niedożywienia szpitalnego, które obserwuje się u 30% chorych prawidłowo odżywionych. U 70% chorych niedożywionych ulega ono pogłębieniu w ciągu 14 dni pobytu w szpitalu.

Szacuje się, że niedożywienie w momencie przyjęcia do szpitala występuje u 35% - 55% przewlekle chorych na choroby nienowotworowe i u 40%-90% chorych na nowotwory. Jest bezpośrednią przyczyną zwiększonej chorobowości, śmiertelności, przedłużonego pobytu w szpitalu i zwiększonych kosztów leczenia. Przyczynia się do zmniejszenia skuteczności leczenia farmakologicznego i operacyjnego, zwiększa częstość powikłań septycznych.

Niezamierzona utrata masy ciała występuje u 15-20% osób starszych powyżej 65 roku życia i również jest związana z większą zachorowalnością i śmiertelnością.

Alternatywne świadczenia

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 15 września 2011 roku zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu lecznictwa szpitalnego wprowadziło obowiązek oceny stanu odżywienia wszystkich chorych przyjmowanych do szpitali w trybie hospitalizacji i hospitalizacji planowej (z wyjątkiem pacjentów oddziałów ratunkowych) za pomocą kwestionariuszy SGA lub NRS 2002 u dorosłych i na siatkach wzrastania u dzieci i młodzieży.

Świadczeniobiorcy, u których stwierdzono na podstawie ww. oceny zwiększone ryzyko związane ze stanem odżywienia, powinni być poddani ocenie żywieniowej.

Wnioski z oceny przeprowadzonej przez Agencję

Rekomendacje zwracają uwagę na konieczność wczesnego wykrywania i leczenia niedożywienia.

Niedożywienie u osób dorosłych rozpoznaje się na podstawie niezamierzonej utraty masy ciała >10% w ciągu 6 miesięcy albo >5% w ciągu 3 miesięcy. Dodatkowym kryterium rozpoznania jest BMI <18,5 kg/m².

Niedożywienie u osób starszych (> 65 roku życia) rozpoznaje się na podstawie niezamierzonej utraty masy ciała >10% w ciągu 6 miesięcy albo >5% w ciągu 3 miesięcy i/lub BMI <20 kg/m². Celem badania przesiewowego jest wczesne wyodrębnienie chorych niedożywionych lub zagrożonych niedożywieniem, którzy mogą odnieść korzyść z leczenia żywieniowego.

Celem leczenia żywieniowego w starości jest – obok dostarczenia wystarczającej ilości energii, białka, mikroelementów oraz poprawy lub utrzymania stanu odżywienia – także poprawa lub utrzymanie sprawności, aktywności, potencjału rehabilitacyjnego, poprawa lub

utrzymanie jakości życia oraz poprawa rokowania (zmniejszenie chorobowości i śmiertelności).

Ocena przesiewowa stanu odżywienia powinna stanowić integralną część badania każdego pacjenta. Stwierdzone zaburzenia odżywiania wymagają wykonania pogłębionej diagnostyki i wdrożenia odpowiedniego postępowania żywieniowego.

Badania przesiewowe w kierunku niedożywienia w placówkach służby zdrowia są ważnym narzędziem umożliwiającym wczesne i skuteczne interwencje.

Badania przesiewowe powinny być wykonywane przez przeszkolonych pracowników służby zdrowia.

W szpitalach powinny funkcjonować wielodyscyplinarne zespoły leczenia żywieniowego odpowiedzialne za organizację opieki żywieniowej z uwzględnieniem żywienia dojelitowego i pozajelitowego. Zespoły leczenia żywieniowego powinny organizować szkolenia personelu oraz sprawować nadzór nad jakością i bezpieczeństwem sztucznego żywienia.

Powinno się tworzyć zespoły wielodyscyplinarne składające się z lekarza, pielęgniarki, dietetyka klinicznego, kucharz, ewentualnie farmaceuty, które zajmowałyby się planowaniem, realizacją i monitorowaniem procedur żywieniowych danej instytucji.

Zgodnie z rekomendacjami NICE badaniu przesiewowemu w kierunku wykrywania niedożywienia i ryzyka niedożywienia powinno się poddawać: wszystkich pacjentów podczas przyjęcia do szpitala; wszystkich pacjentów ambulatoryjnych podczas pierwszej wizyty; wszystkie osoby podczas przyjęcia do domu opieki; osoby przebywające w domach opieki powinny być poddawane badaniom przesiewowym raz w miesiącu; wszystkie osoby podczas rejestracji do praktyki chirurgicznej; powinno się również uwzględnić wykonywanie badań przesiewowych podczas innych okoliczności (np. badań kontrolnych czy szczepień przeciwko grypie).

Badanie przesiewowe powinno być również wykonane jeżeli istnieje podejrzenie niedożywienia, na podstawie następujących objawów: niezamierzona utrata masy ciała, delikatna skóra, nieprawidłowe gojenie się ran, apatia, zmęczenie mięśni, brak apetytu, zaburzenia czucia smaku, zaburzenia połykania, zaburzenia czynności jelit, zakładanie luźnych ubrań, długotrwała choroba współistniejąca.

U osób starszych z niezamierzonym spadkiem masy ciała zaleca się stosowanie Medycznej Terapii Żywieniowej (MNT). Indywidualna opieka żywieniowa, kierowana przez specjalistę dietetyka, który wchodzi w skład zespołu leczniczego skutkuje poprawą wyników - wzrostem spożycia energii, białka i składników odżywczych, poprawą stanu odżywienia, poprawą jakości życia oraz zwiększeniem masy ciała.

Specjalista dietetyk, u osób starszych (≥ 65 rż) z niezamierzoną utratą masy ciała, powinien dokonać: pomiarów antropometrycznych (wzrost, waga, zmiana masy ciała); badań biochemicznych i klinicznych; oceny historii pacjenta (pogorszenie funkcji poznawczych, depresja, choroby neurologiczne, stan nawodnienia, obecność infekcji, odleżyny, ostatnie hospitalizacje); oceny historii związanej z odżywieniem (np. utrata apetytu, problemy z połykaniem, spożywanie posiłków uzależnione od pomocy innej osoby, niski poziom aktywności fizycznej, zmniejszenie aktywności w życiu codziennym).

Ocena powyższych czynników jest niezbędna do ustalenia prawidłowej diagnozy przyczyn niezamierzonej utraty masy ciała i zaplanowania odpowiednich interwencji żywieniowych.

Specjalista dietetyk powinien współpracować z pozostałymi pracownikami służby zdrowia i decydentami w celu opracowania odpowiednich narzędzi służących badaniom przesiewowym. American Dietetic Association zaleca używanie Kwestionariusza Minimalnej Oceny Stanu Odżywienia (Mini Nutritional Assessment, MNA) oraz Testu Oceny Własnego

Stanu Odżywienia dla osób w starszym wieku (ang. Determine Your Nutritional Health Checklist).

Wszyscy pacjenci korzystający z form opieki domowej są narażeni na występowanie niedożywienia. Badania przesiewowe w tej grupie powinny być prowadzone podczas pierwszej wizyty w domu chorego oraz powtarzane co 6 miesięcy.

Do grupy ryzyka należą wątpliwe osoby przebywające w domach opieki społecznej lub domach spokojnej starości, pacjenci cierpiący na wiele chorób współistniejących, chorzy na choroby przewlekłe, stosujący wiele farmaceutyków, niepełnosprawni fizycznie, pacjenci ze źle dobraną protezą, osoby mające problemy z żuciem i przełykaniem, osoby niedawno wypisane ze szpitala, pacjenci z problemami psychospołecznymi, osoby nadużywające alkoholu bądź narkotyków.

The Royal College of Physicians zwraca uwagę na konieczność kształcenia lekarzy - wszyscy lekarze powinni znać problemy żywieniowe pacjentów oraz umieć je rozpoznawać i leczyć. Każdy lekarz powinien wiedzieć, że prawidłowa opieka żywieniowa stanowi fundamentalną część dobrej praktyki klinicznej.

ESPEN, ENHA (ang. The European Nutrition for Health Alliance), Parlament Europejski, Polskie Ministerstwo Zdrowia, Polskie Towarzystwo Żywienia Pozajelitowego i Dojelitowego (POLSPEN), inne towarzystwa naukowe i zawodowe, przemysłu, oraz grupy pacjentów i ubezpieczeń zdrowotnych na konferencji pt. „Fight Against Malnutrition” jako jeden z kierunków działań w walce z niedożywieniem ustaliły edukację personelu medycznego. Kursy z zakresu leczenia żywieniowego powinny być podstawową częścią programu nauczania nie tylko wydziałów dietetyki, ale również kierunków lekarskich, pielęgniarских, farmaceutycznych i innych związanych z ochroną zdrowia.

ESPEN, w celu upowszechnienia badań przesiewowych stanu odżywienia oraz sprawdzenia ich przydatności w wykrywaniu niedożywienia, zarekomendowało do powszechnego użycia trzy testy przesiewowe: Malnutrition Universal Screening Tool (MUST) dla dorosłych, Nutritional Risk Screening (NRS 2002), Mini Nutritional Assessment (MNA).

Malnutrition Universal Screening Tool (MUST) dla dorosłych jest rekomendowane także przez NICE.

RCP rekomenduje proste badania przesiewowe takie jak np. SGA lub NRS 2002.

Wnioski z oceny programu Województwa Dolnośląskiego

Przedmiotowy program dotyczy profilaktyki niedożywienia wśród dorosłych. Celem głównym programu jest prewencja niedożywienia, a także lepsze rozpoznawanie i leczenie, w tym wsparcie żywieniowe dla dorosłych mieszkańców Dolnego Śląska. Program adresowany jest do dorosłych mieszkańców Dolnego Śląska z niezamierzonym spadkiem masy ciała (co najmniej 10% wyjściowej wagi w okresie 3 miesięcy), niezależnie od przyczyny, którzy mogą jeść w sposób naturalny i nie przebywają w szpitalu. Planuje się, że rocznie do programu będzie się zgłaszać 1000 osób. W wyniku przeprowadzonego w Polsce badania stanu odżywienia chorych w ramach Projektu Badawczego Zamawianego Opracowanie podstaw naukowych żywienia w szpitalach, którego celem była ocena wpływu hospitalizacji na stan odżywienia BMI ($<18,5 \text{ kg/m}^2$) przy wypisie ze szpitala stwierdzono u 5,5% mężczyzn i 4,5% kobiet. Planowana liczba osób, którą autorzy projektu planują objąć programem (1000 osób rocznie) wydaje się być znikoma w porównaniu do powagi i częstości występowania problemu niedożywienia w populacji polskiej.

Zgodnie z wytycznymi ESPEN niezamierzony ubytek masy ciała $>10\%$ (lub 6 kg) w ciągu 6 miesięcy albo $>5\%$ (lub 3 kg) w ciągu 3 miesięcy należy traktować jako bardzo ważny, niezależny wskaźnik ciężkiego niedożywienia.

Z opisu programu wynika, że adresaci przed zgłoszeniem do programu powinni sami zdiagnozować u siebie niezamierzoną utratę masy ciała. W projekcie nie podano informacji czy przeprowadzona akcja informacyjna będzie zawierała informacje, które pozwolą beneficjentom uzyskać odpowiednią wiedzę, aby móc obliczyć ją samemu.

Kolejną grupą beneficjentów programu są pracownicy ochrony zdrowia oraz służb społecznych. Program przewiduje systematyczne szkolenia personelu medycznego oraz pracowników służb społecznych w zakresie występowania ryzyka niedożywienia. Planuje się przeprowadzić 100 godzin wykładów, konferencji, spotkań rocznie (około 25 spotkań po 4 godziny każde, 75 spotkań w czasie trwania programu).

W opinii ekspertów w realizacji programów z omawianego zakresu powinien brać udział przeszkolony w zakresie żywienia klinicznego personel (pielęgniarki, lekarze, dietetycy, psycholog). Autorzy powinni rozważyć udział psychologa w realizacji programu.

Zgodnie z rekomendacjami i opiniami ekspertów zasadne jest podejmowanie interwencji o charakterze edukacyjnym w programach z zakresu profilaktyki i leczenia niedożywienia wśród dorosłych. Każdy lekarz powinien wiedzieć, że prawidłowa opieka żywieniowa stanowi fundamentalną część dobrej praktyki klinicznej.

ESPEN, ENHA (ang. The European Nutrition for Health Alliance), Parlament Europejski, Polskie Ministerstwo Zdrowia, Polskie Towarzystwo Żywienia Pozajelitowego i Dojelitowego (POLSPEN), inne towarzystwa naukowe i zawodowe, przemysłu, oraz grupy pacjentów i ubezpieczeń zdrowotnych na konferencji pt. „Fight Against Malnutrition” jako jeden z kierunków działań w walce z niedożywieniem ustaliły edukację personelu medycznego. Kursy z zakresu leczenia żywieniowego powinny być podstawową częścią programu nauczania nie tylko wydziałów dietetyki, ale również kierunków lekarskich, pielęgniarskich, farmaceutycznych i innych związanych z ochroną zdrowia.

Autorzy założyli udział dietetyka w programie. W rekomendacjach i wytycznych oraz opiniach eksperckich podkreśla się ważną rolę współpracy ww. specjalisty z pozostałym personelem medycznym w ocenie stanu odżywienia oraz całym procesie leczenia oraz konieczności zapewnienia pacjentom dostępu do konsultacji z zakresu żywienia, w tym do porady dietetycznej.

W ramach programu zakłada się organizację Poradni Żywienia Klinicznego i wyposażenie jej w niezbędny sprzęt. W Poradni ma pracować lekarz - 64 godziny/tydzień oraz edukator/dietetyk lub/i pielęgniarka - 64 godziny/tydzień. W ramach pracy poradni będą oferowane następujące świadczenia: wywiad lekarski i żywieniowy, badanie fizykalne i antropometryczne, wykonanie i interpretacja badania z analizatora składu ciała (metodą bioimpedancji). Ponadto ma być przeprowadzany wywiad pielęgniarski i żywieniowy, poradnictwo/edukacja żywieniowa oraz wykonywanie badań (morfologii z rozmazem, białka całkowitego, jonogramu, cholesterolu, trójglicerydów, kreatyniny). Autorzy nie zaznaczyli, czy ww. badania laboratoryjne będą wykonywane u wszystkich uczestników programu. Z kosztorysu przedstawionego w części kosztowej wynika jednak, że będą dostępne dla 1000 osób rocznie (czyli całej założonej populacji programu).

Zgodnie z rekomendacjami i literaturą przedmiotu u osób chorych niedożywionych lub zagrożonych niedożywieniem należy wykonać pełną ocenę stanu odżywienia oraz rodzaju i przyczyny niedożywienia. Dokonuje się jej na podstawie wywiadu żywieniowego i zdrowotnego, badania klinicznego, badań antropometrycznych (oznaczenie masy ciała, oznaczenie należnej masy ciała, wskaźnika masy ciała BMI, oznaczenie zasobów tkanki tłuszczowej, oznaczenie obwodu ramienia i obwodu mięśni ramienia), biochemicznych (stężenia albumin, prealbuminy i tranferyny w surowicy krwi, całkowitej liczba limfocytów, która obrazuje stan odporności organizmu) i immunologicznych.

Wytyczne wskazują, że podstawowe badania takie jak: badanie krwi (pełna morfologia, mocznik i elektrolity, testy czynności wątroby i tarczycy, białko C-reaktywne, glukoza i dehydrogenaza mleczanowa), badanie radiologiczne klatki piersiowej, badanie moczu i badanie na krew utajoną w kale, powinny obejmować wszystkich pacjentów. Zatem należałoby rozszerzyć zakres badań oferowanych w programie.

Bioimpedancja elektryczna (BIA) jest jedną z najszerzej stosowanych pośrednich metod oceny składu ludzkiego ciała. Jest bezpieczna, nieinwazyjna oraz łatwa w stosowaniu. Należy jednak pamiętać, że nie należy wykonywać BIA u osób: ze wszczepionym rozrusznikiem serca, z zaburzeniami przewodnictwa w odcinku QRS (EKG należy wykonać przed badaniem u osób z chorobami układu krążenia), z metalowymi protezami, endoprotezami, implantami, z niedowładem połowicznym, ze zmniejszonym przepływem tkankowym (np. w przebiegu wstrząsu, po długich urazach, oparzeniach). Autorzy nie zawarli informacji o ww. przeciwwskazaniach do BIA.

Zgodnie z literaturą przedmiotu bardzo ważne jest włączenie w proces edukacji żywieniowej członków rodziny lub osób z najbliższego otoczenia chorego (np. rodzice chorych dzieci, współmałżonkowie, dzieci opiekujące się chorymi rodzicami, przyjaciele, sąsiedzi itp.), ze względu na dużą siłę oddziaływania na pacjenta i kształtowanie oraz wspieranie jego zdrowia. Autorzy nie uwzględnili udziału członków rodziny w poradnictwie/edukacji żywieniowej adresatów programu.

Autorzy założyli, że uczestnikami programu będą również osoby mające problemy społeczne, które niejednokrotnie mogą być powodem zaburzeń odżywienia, ale również i depresji (przyp. analityka). Wytyczne podkreślają, że jeżeli przyczyną utraty masy ciała są zaburzenia psychiczne, takie jak depresja, zaleca się skierowanie pacjenta do psychologa lub specjalisty w dziedzinie psychogeriatry. W takich przypadkach należy rozważyć leczenie lekami przeciwdepresyjnymi, ponieważ depresja jest potencjalnie odwracalną przyczyną utraty masy ciała.

W projekcie programu zaznaczono, że pacjenci, którzy zgłoszą się do programu, a będą wymagać leczenia szpitalnego będą przyjmowani na oddział i leczeni w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia. Zgodnie z opinią ekspercką program nie definiuje wymagań względem realizatorów programu. Można się domyślać, że jego realizacja zostanie powierzona jednemu ze współautorów programu (oddział szpitalny zatrudniający specjalistów w zakresie żywienia). Nie planuje się przeprowadzić konkursu ofert na realizatora.

Projekt zakłada przeprowadzenie kampanii informacyjnej (lokalna prasa, ogłoszenie w izbach lekarskich i pielęgniarskich, zaproszenia rozsyłane do placówek ochrony zdrowia i opieki społecznej, plakaty, strona internetowa Urzędu Marszałkowskiego), co stanowi jeden z wyznaczników właściwego poziomu dostępności do świadczeń.

Projekt zakłada monitorowanie i ewaluację. Ocenę jakości świadczeń w programie można uznać, za dobrze zaplanowaną (autorzy zamierzają przeprowadzić badanie ankietowe skierowane do pacjentów oraz uczestników działań edukacyjnych). Zdaniem eksperta autorzy nie zaproponowali wskaźników adekwatnych do zmierzenia efektywności programu, szczególnie w części klinicznej. Prowadzenie bazy danych czy dokumentacji medycznej pacjentów mogą co najwyżej potwierdzać fakt realizacji zadań przewidzianych w programie, ale w żaden sposób nie informują o ewentualnej korzyści zdrowotnej (zarówno w skali indywidualnej jak i populacyjnej). Zdaniem eksperta, jako wskaźnika oceny efektów powinno się użyć wskaźników epidemiologicznych, świadczących o ograniczeniu rozpowszechnienia lub konsekwencji zdrowotnych problemu, którego dotyczy program.

Autorzy podali szczegółowy kosztorys. Koszty części profilaktyczno-leczniczej oszacowano na 427 500 zł, natomiast koszty części edukacyjnej na 244 500 zł. Planowane koszty całkowite realizacji programu wynoszą 672 000 zł.

Koszt wyposażenia Poradni to 50 000 zł, koszty osobowe pracy personelu Poradni wyniosą 245 000 zł, a koszty badań laboratoryjnych 132 000 zł.

Uwagę zwraca ogromny koszt akcji informacyjnej programu - broszury, materiały szkoleniowe, plakaty informacyjne mają kosztować 180 000 zł.

Odnosząc projekt opiniowanego programu do ogólnych kryteriów dobrze zaprojektowanego programu zdrowotnego (sformułowanych przez American Public Health Association) można stwierdzić, że:

I. Program odnosi się do ważnego i dobrze zdefiniowanego w literaturze problemu zdrowotnego.

II. Dostępność działań Programu dla beneficjentów - Projekt zakłada przeprowadzenie kampanii informacyjnej (lokalna prasa, ogłoszenie w Izbach lekarskich i pielęgniarskich, zaproszenia rozsyłane do placówek ochrony zdrowia i opieki społecznej, plakaty, strona internetowa Urzędu Marszałkowskiego), co stanowi jeden z wyznaczników właściwego poziomu dostępności do świadczeń.

III. Skuteczność działań – w projekcie programu odniesiono się do skuteczności planowanych działań.

IV. Autorzy podali szczegółowy kosztorys. Koszty części profilaktyczno-leczniczej oszacowano na 427 500 zł, natomiast koszty części edukacyjnej na 244 500 zł. Planowane koszty całkowite realizacji programu wynoszą 672 000 zł.

Koszt wyposażenia Poradni to 50 000 zł, koszty osobowe pracy personelu Poradni wyniosą 245 000 zł, a koszty badań laboratoryjnych 132 000 zł.

Uwagę zwraca ogromny koszt akcji informacyjnej programu - broszury, materiały szkoleniowe, plakaty informacyjne mają kosztować 180 000 zł.

V. Projekt zakłada monitorowanie i ewaluację. Ocenę jakości świadczeń w programie można uznać, za dobrze zaplanowaną (autorzy zamierzają przeprowadzić badanie ankietowe skierowane do pacjentów oraz uczestników działań edukacyjnych). Zdaniem eksperta autorzy nie zaproponowali wskaźników adekwatnych do zmierzenia efektywności programu, szczególnie w części klinicznej. Prowadzenie bazy danych czy dokumentacji medycznej pacjentów mogą co najwyżej potwierdzać fakt realizacji zadań przewidzianych w programie, ale w żaden sposób nie informują o ewentualnej korzyści zdrowotnej (zarówno w skali indywidualnej jak i populacyjnej). Zdaniem eksperta, jako wskaźnika oceny efektów powinno się użyć wskaźników epidemiologicznych, świadczących o ograniczeniu rozpowszechnienia lub konsekwencji zdrowotnych problemu, którego dotyczy program.

Biorąc pod uwagę powyższe argumenty, wydaję opinię jak na wstępie.

Tryb wydania opinii

Opinię wydano na podstawie art. 48 ust. 2a ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, z uwzględnieniem „Program profilaktyki i leczenia niedożywienia wśród dorosłych mieszkańców województwa dolnośląskiego” realizowany przez Województwo Dolnośląskie, AOTM-OT-441-46/2013, Warszawa, listopad 2013 i aneksu: „Profilaktyka i leczenie niedożywienia wśród dorosłych – wspólne podstawy oceny”, Aneks do raportów szczegółowych, Warszawa, listopad 2013.

Inne wykorzystane źródła danych, oprócz wskazanych w ww. raporcie:

1. Nie dotyczy.