



---

### Opinia

#### Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych nr 240/2014 z dnia 27 października 2014 r. o projekcie programu „Zaskoczeni wiekiem” w ramach Powiatowego Programu Promocji Zdrowia dla mieszkańców Powiatu Legionowskiego

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości negatywnie opiniuję projekt programu „Zaskoczeni wiekiem” w ramach Powiatowego Programu Promocji Zdrowia dla mieszkańców Powiatu Legionowskiego.

#### Uzasadnienie

Program odnosi się do ważnego i dobrze zdefiniowanego w literaturze problemu zdrowotnego – poprawy opieki nad osobami starszymi oraz realizuje priorytety Narodowego Programu Zdrowia na lata 2007-2015.

Populacja docelowa została jednak określona bez merytorycznego uzasadnienia wyboru grupy wiekowej. Jak wynika z założeń realizatora, przedmiotowym programem zostanie objętych tylko 26 osób, co stanowi zaledwie 0,07% populacji kwalifikującej się do objęcia programem, zatem należy zauważyć, że procent populacji jaką zamierzają objąć programem autorzy jest tak niski, że nie kwalifikuje go nawet do przeprowadzenia jako projekt pilotażowy, a co dopiero jako program zdrowotny.

Szeroko zakrojona akcja informacyjna o pogranie zaplanowana poprzez strony internetowe powiatu i gmin oraz informacja w gazecie lokalnej dla 26 osób wydaje się bezcelowa. Jak zaznaczają autorzy programu, uczestnictwo w programie zależy od szybkości zgłoszenia się pacjenta i ma charakter spontaniczny, stąd też istnieje ryzyko nierównego dostępu do oferowanych świadczeń.

W treści projektu programu, odniesiono się do monitorowania i ewaluacji, jednak zawarte informacje nie poruszają aspektów prawidłowego przeprowadzania monitorowania i ewaluacji planowanego programu zdrowotnego. Jedynie przeprowadzenie badania ankietowego wśród uczestników programu można uznać za wskaźnik pozwalający na ocenę jakości świadczeń w programie, jednak w projekcie nie zawarto treści ankiety.

Nie podano szczegółowego kosztorysu, szczególnie składników kosztu udziału jednej osoby w programie. Autorzy nie podali mierników efektywności odpowiadających celom programu.

#### Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest program zdrowotny Powiatu Legionowskiego z zakresu poprawy opieki nad osobami starszymi. Celem głównym programu jest zmniejszenie rozpowszechniania czynników ryzyka związanych z niezakaźnymi chorobami w populacji



osób starszych a co za tym życie poprawa jakości życia osób starszych. Adresatami programu są osoby, które ukończyły 50. rok życia, które prowadzą siedzący tryb życia, chorują na choroby przewlekłe i mają liczne wady, co do bezpiecznego podjęcia wysiłku fizycznego. Szczególna uwaga zostanie zwrócona w stosunku do osób cierpiących na choroby sercowo-naczyniowe (chorobę wieńcową, nadciśnienie tętnicze, miażdżycę), cukrzycę typu 2, otyłość, choroby zwyrodnieniowe stawów. Planowane koszty całkowite realizacji programu wynoszą 13 000 zł. Program miał być realizowany od maja do lipca 2013 roku.

### **Problem zdrowotny**

Konsekwencją wyraźnego procesu starzenia się społeczeństwa polskiego, widocznego już od wielu lat, jest duża liczebność (5,7 mln) grupy osób w wieku poprodukcyjnym ( $\geq 65$  lat). Jednocześnie wydłuża się średnia długość życia mężczyzn i kobiet. Wydaje się więc, że najważniejszym zadaniem polityki społecznej powinna być nie tylko troska o dalsze wydłużanie życia, ale również podejmowanie takich działań, które będą sprzyjać pomyślnemu starzeniu się. Gryglewska definiuje pomyślne starzenie się, jako osiągnięcie wieku starości z małym ryzykiem chorób i niedożywienia, z wysoką sprawnością umysłową i fizyczną oraz utrzymaną aktywnością życiową, natomiast Wizner dodatkowo zwraca uwagę na zachowanie aktywności w sferze kontaktów społecznych i towarzyskich. W procesie starzenia się istotne znaczenie ma sfera oddziaływań zewnętrznych, do których Bień zalicza styl życia, sposób odżywiania, środowisko życia i czynniki psychospołeczne.

Aktywny styl życia to jeden z czynników istotnie wpływających na zdrowie osób starszych. Wiadomo, że niedobór ruchu może prowadzić do przyspieszenia procesów starzenia się oraz niedożywienia, a nawet w niektórych przypadkach — do inwalidztwa fizycznego. Regularne ćwiczenia fizyczne są nie tylko potencjalnym czynnikiem zapobiegającym starzeniu się, ale także pozytywnie wpływają na sprawność umysłową osób w podeszłym wieku.

### **Alternatywne świadczenia**

Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej, świadczenia gwarantowane z tego zakresu obejmują m.in. rehabilitację ogólną w podstawowym zakresie, prowadzoną w celu zmniejszenia skutków upośledzenia ruchowego oraz usprawnienia ruchowego, świadczenia psychologa, terapię zajęciową oraz edukację zdrowotną polegającą na przygotowaniu świadczeniobiorcy i jego rodziny lub opiekuna do samo opieki i samo pielęgnacji w warunkach domowych. Świadczenia gwarantowane realizowane w warunkach stacjonarnych, są udzielane świadczeniobiorcy wymagającemu całodobowych świadczeń pielęgnacyjnych, który w ocenie skalą poziomu zapotrzebowania na opiekę osób trzecich, zwaną dalej „skalą opartą na skali Barthel” otrzymał 40 punktów lub mniej. Do zakładu opiekuńczego nie przyjmuje się świadczeniobiorcy, który w ocenie skalą opartą na skali Barthel, otrzymał 40 punktów lub mniej, jeżeli podstawowym wskazaniem do objęcia go opieką jest zaawansowana choroba nowotworowa, choroba psychiczna lub uzależnienie.

### **Wnioski z oceny przeprowadzonej przez Agencję**

#### **Wnioski z oceny problemu zdrowotnego:**

Kluczowe wnioski wynikające z wytycznych:

- Silne dowody wskazują, że w porównaniu do mniej aktywnych kobiet i mężczyzn, 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.
- Osoby starsze powinny wykonywać, co najmniej 150 minut ćwiczeń aerobowych o umiarkowanej intensywności w ciągu tygodnia lub przynajmniej 75 minut intensywnych ćwiczeń aerobowych w ciągu tygodnia lub w równoważnej ilości połączenie ćwiczeń o umiarkowanej intensywności oraz intensywnych.
- Ćwiczenia aerobowe powinny być wykonywane w seriach, co najmniej 10-cio minutowych.
- Aby uzyskać dodatkowe korzyści dla zdrowia, osoby starsze powinny zwiększyć ilość ćwiczeń aerobowych o umiarkowanej intensywności do 300 minut tygodniowo lub angażować się w 150 minut intensywnych ćwiczeń aerobowych w tygodniu lub połączyć równoważne ilości ćwiczeń o umiarkowanej intensywności oraz intensywnych.
- Osoby starsze o ograniczonej mobilności, powinny wykonywać ćwiczenia fizyczne mające na celu poprawę równowagi oraz zapobieganie upadkom w ilości trzech lub więcej dni w tygodniu.
- Ćwiczenia wzmacniające mięśnie, angażujące główne grupy mięśni, należy wykonywać 2 lub więcej dni w tygodniu.
- Gdy osoby starsze ze względu na stan zdrowia nie mogą wykonywać ćwiczeń fizycznych w zalecanej ilości, powinny być na tyle aktywne fizycznie na ile pozwala im na to kondycja.
- Osoby nieaktywne zawodowo powinny rozpocząć od małych ilości aktywności fizycznej i stopniowo zwiększać czasu trwania, częstotliwość i intensywność ćwiczeń. Osoby nieaktywne oraz z ograniczeniami spowodowanymi przez choroby osiągną dodatkowe korzyści zdrowotne, gdy staną się bardziej aktywne.
- Lekarze POZ powinni w ramach swojej praktyki prowadzić poradnictwo dotyczące aktywności fizycznej.

Ogólne wnioski i zalecenia wynikające z opinii ekspertów, odnalezionych rekomendacji oraz dowodów naukowych dotyczących skuteczności i efektywności kosztowej programów dotyczących edukacji z zakresu zdrowego odżywiania oraz profilaktyki i leczenia otyłości:

- Programy dotyczące edukacji z zakresu zdrowego odżywiania oraz profilaktyki i leczenia nadwagi i otyłości powinny być realizowane przez jst ze względu na bliski kontakt z pacjentami oraz znajomość potrzeb społeczności lokalnej.
- Programy profilaktyki powinny obejmować zarówno populację zdrową (profilaktyka pierwotna), jak i populacje cierpiące na nadwagę i otyłość (profilaktyka wtórna).

- Edukacja jest podstawą wszelkich interwencji medycznych. Edukacją zdrowotną powinny zajmować się osoby wykwalifikowane w tym kierunku.
- Programy zdrowotne dotyczące nadwagi i otyłości powinny być prowadzone począwszy od dzieci przedszkolnych i szkolnych ze szczególnym uwzględnieniem tych grup wiekowych. Prowadzenie programów wśród młodzieży i dorosłych również jest zalecane, jednak może przynieść mniejsze korzyści z perspektywy służby zdrowia.
- Programy polegające na edukacji dzieci powinny obejmować także rodziców i opiekunów oraz całe rodziny.
- Najskuteczniejsze są programy wieloletnie oraz programy wielokomponentowe. Należy włączać w nie dietę, aktywność fizyczną oraz psychologiczne terapie behawioralno-poznawcze.
- Należy także wprowadzać zmiany środowiskowe sprzyjające utrzymaniu zdrowego stylu życia.
- Interwencje edukacyjne powinny aktywnie włączać uczestników w zajęcia.
- Badania przesiewowe w szkołach powinny odbywać się z zachowaniem prawa do intymności.
- Zalecanym wskaźnikiem nadwagi i otyłości u dzieci jest pomiar BMI skorygowany o wiek i płeć w postaci centylów. Normy w populacji polskiej to: dla nadwagi pomiędzy 90 a 97 centylem, dla otyłości powyżej 97 centyli.
- Zalecanym wskaźnikiem nadwagi i otyłości u dorosłych jest pomiar BMI, obwodu talii oraz WHR. Otyłość stwierdza się dla wartości powyżej 80 cm u kobiet i 94 cm u mężczyzn.
- W przypadku potwierdzonej nadwagi i otyłości zaleca się wykonać podstawowe badania laboratoryjne w celu wykluczenia chorób towarzyszących: nadanie ciśnienia krwi, badanie poziomu glukozy we krwi, lipidogram.
- Programy obejmujące zmianę diety u dorosłych powinny polegać na ograniczeniu kaloryczności dziennej racji żywieniowej o 500-1000 kcal/dzień. Zaleca się redukcję wagi o 5-10% w ciągu 6 miesięcy lub 0,5-1/tydz.
- Nieliczne dostępne dane na temat efektywności kosztowej wskazują na potencjalną efektywność kosztową programów profilaktyki otyłości.
- Otyłość jest jednym z podstawowych czynników etiologicznych choroby zwyrodnieniowej kolan, bioder oraz kręgosłupa. Zasadnym jest łączenie diagnostyki i terapii choroby zwyrodnieniowej stawów z profilaktyką i leczeniem otyłości.
- Odnalezione dane oraz opinie ekspertów potwierdzają bezpieczeństwo interwencji profilaktyki otyłości oraz edukacji w zakresie zdrowego żywienia.

#### **Wnioski z oceny projektu programu Powiatu Legionowskiego:**

Przedmiotowy program dotyczy poprawy sprawności fizycznej osób starszych oraz zmniejszenia ryzyka związanego z chorobami cywilizacyjnymi. Celem głównym programu jest zmniejszenie rozpowszechniania czynników ryzyka związanych z niezakaźnymi chorobami w populacji osób starszych a co za tym życie poprawa jakości życia osób starszych.

Przedłożony projekt programu porusza istotny problem z perspektywy zdrowia publicznego, jest częścią planowanego Powiatowego Programu Promocji Zdrowia w roku 2014.

Adresatami programu są osoby, które ukończyły 50. rok życia, które prowadzą siedzący tryb życia, chorują na choroby przewlekłe i mają liczne wątpliwości, co do bezpiecznego podjęcia wysiłku fizycznego. Szczególna uwaga zostanie poświęcona osobom cierpiącym na choroby sercowo-naczyniowe (chorobę wieńcową, nadciśnienie tętnicze miażdżycę), cukrzycę typu 2., otyłość, choroby zwyrodnieniowe stawów. Autorzy planują objąć działaniami 26 osób ze względu na niewystarczające środki finansowe.

Populacja projektu została określona, jednak bez merytorycznego uzasadnienia wyboru grupy wiekowej. W opisie problemu zdrowotnego autorzy skupiają się na pacjentach w wieku od 65. r.ż., jednak populacja docelowa przedłożonego projektu obejmuje grupę wiekową od 50. r.ż. Przedstawione dane demograficzne są zbieżne z danymi udostępnionymi przez GUS. Zasadniczym jednak uchybieniem jest liczebność grupy objętej programem. Zgodnie z opisem autorzy przewidują włączenie do programu grupy 26 osób, co jest równoważne z 0,07% populacji docelowej. Tak niska wartość grupy w istotnym stopniu ogranicza wiarygodną ocenę skuteczności interwencji oraz planowanie kolejnych działań jak deklarują autorzy projektu. Ponadto, autorzy przytaczają wyniki z realizacji negatywnie zaopiniowanego programu zdrowotnego (opinia Prezesa AOTM nr 7/2014 z dn. 07.01.2014r.) zrealizowanego w 2013 roku jako potwierdzenie zasadności przeprowadzania interwencji, wskazują, że udział wzięło 40 osób, z czego u 7,7% uczestników (3 osoby) zaobserwowano spadek ciśnienia tętniczego skurczowego oraz w grupie 6,75% uczestników (2 osoby) ciśnienia rozkurczowego. Odsetki 7,7% oraz 6,75% w próbie wielkości 40 osób nie posiadają znamion istotności statystycznej, stąd też wątpliwość, że poczyniona obserwacja redukcji ciśnienia krwi jest efektem przeprowadzonej interwencji. Autorzy zauważyli także spadek średniej wyjściowej masy ciała wyniósł średnio 3,2 kg na osobę, przy łącznej utracie masy u wszystkich uczestników w wysokości 73,1 kg. W związku z powyższym, niejasna jest liczba uczestników programu, gdyż łączna utrata masy ciała w wysokości 73,1 kg i średniej wartości 3,2kg wskazuje na udział ok. 22 uczestników, a nie 40 jak deklarują autorzy.

Uczestnictwo ma charakter spontaniczny, ze względu na ograniczone środki powiatu. Niezasadne jest uzależnienie udziału w programie od szybkości zgłoszenia. Spontaniczny tryb zgłaszania do programu podnosi ryzyko nierównego dostępu do udzielanych świadczeń. Autorzy powinni zwiększyć liczbę osób, do których adresowany jest program, lub ustalić jasne i ścisłe kryteria kwalifikacji beneficjentów do programu.

Planowane interwencje to: wstępna konsultacja medyczna, badania krwi, badanie EKG, próba wysiłkowa, konsultacje dietetyka, siedmiotygodniowy (3 razy w tygodniu) siedmiotygodniowy program zajęć fizycznych pod okiem doświadczonego instruktora, badania analityczne na koniec programu. Zgodnie z rekomendacjami w przypadku leczenia nadwagi i otyłości program powinien trwać od 3-6 miesięcy i przyczynić się do utraty co najmniej 5-10% wyjściowej masy ciała (Polish Forum for Prevention: Guidellines on overweight and obesity, NICE, Obesity Canada Clinical Practice Guidelines). Projekt uwzględnia także konsultacje dietetyczne. Programy dotyczące edukacji z zakresu zdrowego odżywiania oraz profilaktyki i leczenia nadwagi i otyłości powinny być realizowane przez jst ze względu na bliski kontakt z pacjentami oraz znajomość potrzeb społeczności lokalnej. Edukacja jest podstawą wszelkich interwencji medycznych. Edukacją zdrowotną powinny zajmować się osoby wykwalifikowane w tym kierunku. Projekt w obecnej formie nie opisuje szczegółowo przedsięwzięć edukacyjnych.

Przed rozpoczęciem zajęć wykonywane będą: badania podmiotowe i przedmiotowe, wywiad żywieniowy z zaleceniami dietetycznymi, badania dodatkowe (EKG, morfologia, lipidogram,

glukoza, TSH, kreatynina), BMI, pomiar komponentów ciała (kilkukrotnie podczas akcji). Przed każdymi zajęciami grupowymi uczestnikom zostanie zmierzone ciśnienie tętnicze. Zgodnie z treścią Zarządzenia nr 69/2013/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 27 listopada 2013 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna badania: EKG, morfologii krwi, badania cholesterolu oraz trójglicerydów, glukozy, TSH, kreatyniny są świadczeniami refundowanymi przez płatnika publicznego, stąd też istnieje ryzyko dublowania świadczeń.

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.

Silne dowody wskazują, że w porównaniu do mniej aktywnych kobiet i mężczyzn, 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.

Projekt zakłada przeprowadzenie kampanii informacyjnej (strona internetowa gminy, miesięcznik Kurier), co stanowi jeden z wyznaczników właściwego poziomu dostępności do świadczeń.

W treści projektu programu, odniesiono się do monitorowania i ewaluacji, jednak zawarte informacje nie poruszają aspektów prawidłowego przeprowadzania monitorowania i ewaluacji planowanego programu zdrowotnego. Jedynie przeprowadzenie badania ankietowego wśród uczestników programu można uznać za wskaźnik pozwalający na ocenę jakości świadczeń w programie, jednak w projekcie nie zawarto treści ankiety. W zakresie oceny zgłaszalności do programu należałoby uwzględnić: liczbę osób chętnych do udziału w programie, liczbę przeprowadzonych badań, liczbę przeprowadzonych konsultacji dietetycznych, liczbę osób biorących udział w programie zajęć fizycznych. W zakresie oceny efektywności programu należałoby dokonać porównania wyników pomiaru ciśnienia tętniczego oraz pozostałych parametrów związanych z redukcją masy ciała przed rozpoczęciem i po zakończeniu programu. Zgodnie z informacjami podanymi w opisie programu zdrowotnego autorzy dokonali analizy ww. wyników badań w poprzedniej edycji programu, jednak niniejszy projekt nie zawiera informacji na ten temat. Autorzy nie podali mierników efektywności odpowiadających celom programu i oczekiwanym efektem, szczególnie w związku z uzyskaniem odpowiedniego składu kości, zmniejszenia ryzyka upadku oraz uzyskania lepszych zdolności percepcyjnych.

Wnioskodawcy szczególnie podkreślają, że krótkoterminowe akcje (np. miesięczne) przynoszą o wiele większe rezultaty pod względem zgłaszalności oraz zainteresowania mieszkańców niż całoroczne interwencje. Projekt nie zawiera rzetelnych informacji dowodzących stawianej tezie. Ponadto, należy zwrócić, uwagę, że miarą efektywności programu nie jest zgłaszalność a przede wszystkim stopień zaspokojenia obranych celów oraz stopień uzyskania oczekiwanych efektów zdrowotnych. Projekt w obecnej formie, jak i w formie z roku poprzedniego, pozbawiony jest merytorycznie poprawnych mierników efektów zdrowotnych, stąd też autorzy mogą wyciągać błędne wnioski. Warto jest także podkreślić, że w przypadku zgłaszalności i zainteresowania programem istotne jest

przeprowadzenie równoległe kampanii informacyjnej, która powinna trwać niemalże przez cały okres realizacji. W przypadku, gdy w procesie realizacji przedsięwzięć długoterminowych akcja informacyjna jest przeprowadzana wyłącznie na początku, spadek zainteresowania interwencją w czasie jest naturalną konsekwencją ze względu na efekt pamięci.

Projekt programu został nadesłany do agencji dnia 21.07.2014 roku, co zgodnie z jego treścią nastąpiło pod koniec okresu planowanej realizacji.

Nie podano szczegółowego kosztorysu, szczególnie składników kosztu udziału jednej osoby w programie. Planowane koszty całkowite realizacji programu wynoszą 13 000 zł. Nie jest wiadomy koszt przeprowadzania badań lekarskich oraz analitycznych będących podstawą do kwalifikacji uczestnika w programie. W założeniu kosztorysu przewiduje się wyłącznie przeprowadzenie badań dla 26 uczestników. Jeżeli kwalifikacja ma opierać się o badanie lekarskie, projekt powinien uwzględniać większą liczbę pacjentów, którzy zostaną poddani badaniu przedmiotowemu. Projekt przewiduje finansowanie kampanii informacyjnej, która zostanie sfinansowana całościowo w ramach realizacji Powiatowego Programu Promocji Zdrowia w roku 2014r., w wysokości 10 700 zł.

Ponadto projekt przewiduje dofinansowanie dalszego udziału 26 uczestników w zajęciach fizycznych w wysokości 50 złotych, co daje łączną kwotę 1300 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 – poprawy opieki nad osobami starszymi, ponadto realizuje priorytety Narodowego Programu Zdrowia na lata 2007-2015.
- II. Dostępność działań Programu dla beneficjentów – Projekt zakłada przeprowadzenie kampanii informacyjnej (strona internetowa gminy, miesięcznik Kurier), co stanowi jeden z wyznaczników właściwego poziomu dostępności do świadczeń. Tryb zgłaszania do programu ma charakter spontaniczny, stąd też istnieje ryzyko nierównego dostępu do oferowanych świadczeń.
- III. Skuteczność działań – w projekcie Programu nie odniesiono się do skuteczności planowanych działań. Z dowodów naukowych wynika jednak, że podejmowanie aktywności fizycznej przez osoby w wieku podeszłym, w wymiarze czasu 150-300 min w tygodniu, skutkuje poprawą stanu zdrowia.
- IV. Nie podano szczegółowego kosztorysu. Planowane koszty całkowite realizacji programu wynoszą 13 000 zł. Planowany budżet przewiduje przeznaczenie środków finansowych na kampanię informacyjną oraz dalsze współfinansowanie uczestnictwa w zajęciach fizycznych przez okres jednego miesiąca.
- V. W projekcie programu, odniesiono się do monitorowania i ewaluacji, jednak informacje zawarte w niniejszej części niewiele mają wspólnego z monitorowaniem i ewaluacją programu zdrowotnego. Jedynie przeprowadzenie badania ankietowego wśród uczestników programu można uznać za dobry wskaźnik pozwalający na ocenę jakości świadczeń w programie. W zakresie oceny zgłaszalności do programu należałoby uwzględnić: liczbę osób chętnych do udziału w programie, liczbę przeprowadzonych badań, liczbę przeprowadzonych konsultacji dietetycznych, liczbę osób biorących udział w programie zajęć fizycznych. W zakresie oceny efektywności programu należałoby dokonać porównania wyników pomiaru ciśnienia tętniczego

oraz pozostałych badań przed rozpoczęciem i po zakończeniu programu. Zgodnie z informacjami podanymi w opisie programu zdrowotnego autorzy dokonali analizy ww. wyników badań w poprzedniej edycji programu, jednak niniejszy projekt nie zawiera informacji na ten temat. Autorzy nie podali mierników efektywności odpowiadających celom programu.

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

### **Tryb wydania opinii**

Opinię wydano na podstawie art. 48 ust. 2a ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. 2011 r., Nr 122, poz. 696 z późn. zm.), z uwzględnieniem raportu nr: AOTM-OT-441-176/2014 „Zaskoczeni wiekiem w ramach Powiatowego Programu Promocji Zdrowia dla mieszkańców Powiatu Legionowskiego” realizowany przez: Powiat Legionowski, Warszawa, październik 2014 oraz Aneksu do raportów szczegółowych „Programy w zakresie poprawy opieki nad osobami starszymi – wspólne podstawy oceny”, Warszawa, listopad 2012 oraz Aneksu „Edukacja w zakresie zdrowego odżywiania oraz profilaktyka i leczenie nadwagi i otyłości – wspólne podstawy oceny”, lipiec 2012.