



**Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 166/2015 z dnia 24 września 2015 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Senior na medal”
planowanego do realizacji przez miasto Kraków**

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości, pozytywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Senior na medal”, planowany do realizacji przez miasto Kraków.

Uzasadnienie

Przedstawiony projekt programu polityki zdrowotnej dotyczy ważnej kwestii, jaką jest monitorowanie i podejmowanie działań służących poprawie zdrowia osób starszych.

W omawianym programie poprawy i doprecyzowania wymagają cele i oczekiwane efekty. Należy je zdefiniować w taki sposób, aby nie przedstawiały zaplanowanych interwencji a konkretne skutki prowadzonych działań. W związku z koniecznymi poprawkami, do nowych celów niezbędne będzie zastosowanie właściwych mierników efektywności. Powinny być one skonstruowane w sposób umożliwiający dokładną ocenę stopnia realizacji wskazanych założeń.

Projekt zakłada wykonanie badań diagnostycznych i działań rehabilitacyjnych u osób powyżej 60 r. ż. W związku z ograniczoną liczbą miejsc warto byłoby rozważyć możliwość zawężenia populacji do osób starszych, których stan wskazuje na możliwość występowania nieprawidłowości w obrębie obszaru funkcjonalnego i poznawczego.

Zaplanowane w programie interwencje zostały przedstawione w sposób dokładny i szczegółowy. Nie budzą wątpliwości zaproponowane badania oraz skale, które zostaną wykorzystane do oceny stanu zdrowia uczestnika. Pomimo, że poszczególne interwencje są świadczeniami finansowanymi w ramach NFZ, całość zaproponowanych działań pozwoli na kompleksową i dokładną ocenę stanu zdrowia seniorów. Może to stanowić uzupełnienie świadczeń gwarantowanych.

Monitorowanie programu powinno zostać uzupełnione o ocenę jakości udzielonych świadczeń i ich efektywność. Jest to istotna kwestia nie tylko ze względu na ocenę bieżącego programu, ale może mieć również znaczenie przy planowaniu przyszłych programów polityki zdrowotnej w tym regionie.

Przedstawiony budżet powinien zostać uzupełniony o koszty kampanii informacyjnej.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej dotyczący monitorowania i poprawy stanu zdrowia osób starszych w Krakowie. Budżet przeznaczony na realizację programu wynosi 450 000 zł rocznie, zaś czas realizacji to lata 2016-2018.



Ocena projektu programu polityki zdrowotnej

Znaczenie problemu zdrowotnego

Przedstawiony projekt programu polityki zdrowotnej dotyczy monitorowania i podejmowania działań służących poprawie stanu zdrowia osób starszych.

Problem zdrowotny przedstawiony w projekcie dotyczy zapewnienia warunków zdrowego starzenia się społeczeństwa oraz łagodzenia konsekwencji związanych z osiągnięciem wieku podeszłego. W projekcie wskazano dane demograficzne dotyczące starzenia się społeczeństwa polskiego. Dodatkowo warto byłoby wskazać również lokalne dane tak, aby przedstawić znaczenie problemu zdrowotnego w regionie.

Prognoza ludności na lata 2008-2035 wg GUS wskazuje, że najbliższe lata będą cechowały się przyrostem ludności w najstarszych grupach wiekowych. Populacja w wieku 0-14 lat zmalała w Polsce o 3 853 tys. osób, tj. o 39,8% (w miastach o 43,4%, na wsi o 34,6%), natomiast ludność w wieku 15-64 lata powiększyła swą liczebność o 2 887 tys. osób, czyli o 11,8% (w miastach o 8,5%, na wsi o 17,5%). Przyrost ludności wystąpił w grupie wieku 65 lat i więcej, bo aż o 1 620 tys. osób, tj. o 43,7% (w miastach o 69,2%, na wsi o 14,1%). Powyższe dane dotyczą zmian, jakie dokonały się w strukturze ludności w okresie od 1988 roku (roku spisu powszechnego ludności) do 2011 roku (kolejnego spisu), tj. w ciągu 23 lat.

Cele i efekty programu

Celem głównym programu jest zapewnienie wsparcia osobom w wieku podeszłym i zwiększenie ich szans na pomyślne starzenie się poprzez upowszechnienie kompleksowej opieki geriatrycznej na terenie miasta Krakowa. Przedstawiony cel główny przedstawia działanie możliwe do podjęcia. Dodatkowo wskazano 5 celów szczegółowych. Należy zauważyć, że zapewnienie opieki medycznej oraz promowanie zdrowego stylu życia, są działaniami możliwymi do podjęcia, nie zaś celami. Wśród celów programu proszę uwzględnić skutki działania programu.

Wskazane w projekcie oczekiwane efekty odpowiadają celom programu. Jednak część z efektów również przedstawia możliwe do podjęcia działania (np. przekazanie wyłonionych w programie chorych do dalszej diagnostyki i leczenia, identyfikacja osób z nierozpoznanymi wcześniej utajonymi stanami chorobowymi, wobec których zostanie zainicjowane leczenie dostosowane do faktycznych potrzeb zdrowotnych). Skutkiem tych działań będzie zapewnienie ciągłości diagnostycznej i ocena chorobowości dla chorób współistniejących w grupie osób starszych.

Mierniki efektywności wskazane w programie dotyczą wykrywania i identyfikowania schorzeń zdrowotnych i nieprawidłowości występujących u osób starszych. Samo określenie odsetków poszczególnych schorzeń może nie pozwolić na wskazanie stopnia realizacji celów. W związku z koniecznością przeformułowania celu głównego i części celów szczegółowych proszę zweryfikować i ewentualnie zdefiniować nowe mierniki efektywności, które będą w sposób wiarygodny odpowiadać efektom udzielonych świadczeń. W tym przypadku pomocne może okazać się określenie stanu zdrowia (z wykorzystaniem zaproponowanych skal i subiektywnej oceny uczestnika) przed i po przeprowadzeniu programu, jak również wskazanie, ile osób ze zdiagnozowanymi schorzeniami zostało poddanych leczeniu i z niego skorzystało.

Populacja docelowa

Do uczestnictwa w programie w każdym roku zaproszonych zostanie łącznie 1500 mieszkańców Krakowa powyżej 60 r. ż. Obecnie miasto Kraków zamieszkiwane jest przez 187

683 osoby w wyżej wskazanym wieku. Na tej podstawie można stwierdzić, iż do uczestnictwa w programie planuje się zaprosić 0,80% możliwej do włączenia populacji.

W projekcie nie wskazano uzasadnienia dla tak wybranej populacji docelowej.

Warto również zwrócić uwagę, że niewielka liczba osób włączonych do programu może nie pozwolić na zrealizowanie wszystkich postawionych celów. Wnioskowanie o skuteczności przeprowadzonej interwencji w całej będzie obarczone dużą niepewnością. W tej sytuacji istotna może być ocena w jakim stopniu realizowany program wpłynął na zdrowie uczestników programu.

Interwencja

Pierwszym działaniem zaplanowanym w programie będzie przeprowadzenie u pacjenta przesiewowych testów geriatrycznych przez pielęgniarkę oraz pobranie krwi w celu analizy laboratoryjnej poziomu kreatyniny, morfologii, albumin, potasu, sodu, TSH oraz glukozy. W ramach przesiewowych testów geriatrycznych zastosowanych zostanie 12 metod oceny stanu zdrowia pacjenta.

Warto byłoby zwrócić uwagę, że powyższe badania mogą być wykonywane w ramach świadczeń gwarantowanych, co powodować może powielanie się świadczeń medycznych. Zasadne zatem byłoby rozważenie możliwości włączania do programu osób, które nie pozostają pod stałą opieką lekarza geriatry.

Kolejnym etapem programu będzie przeprowadzenie przez specjalistę geriatrę oceny testów wykonanych przez pielęgniarkę. Lekarz geriatra może wypisać zalecenia dla lekarza POZ w przypadku potrzeby dalszej, pogłębionej diagnostyki pacjenta, lub sklasyfikować pacjenta, jako pacjenta geriatrycznego oraz skierować go do udziału w zajęciach fizycznych w ramach jednej z dwóch oferowanych grup (1 grupa obejmie pacjentów względnie samodzielnych, 2 grupa pacjentów wykluczonych z życia społecznego po incydentach neurologicznych). Geriatra będzie miał za zadanie przeprowadzenie także końcowej ewaluacji stanu zdrowia pacjenta, po zakończeniu przez niego rehabilitacji. Lekarz geriatra zadecyduje jednocześnie o przedłużeniu rehabilitacji o kolejny cykl lub o zakończeniu uczestnictwa w programie, bądź dalszym wymaganym leczeniu w ramach NFZ.

W projekcie, w sposób dokładny i szczegółowy opisano poszczególne etapy zaplanowanych interwencji oraz wskazano kryteria kwalifikacji. Proponowane interwencje składają się na Całościową Ocenę Geriatryczną (COG), która jest wielowymiarowym, interdyscyplinarnym i zintegrowanym procesem diagnostycznym, służącym do określenia problemów zdrowotnych i funkcjonalnych starszego pacjenta.

Korzyści z podejścia geriatrycznego opartego na COG przedstawia metaanaliza Stucka i wsp., w której w porównaniu do tradycyjnego podejścia medycznego wykazano redukcję ryzyka śmierci o 22% w ciągu roku, zwiększenie prawdopodobieństwa dalszego mieszkania we własnym mieszkaniu o 47%, redukcję rehospitalizacji o 12% i poprawę stanu funkcjonalnego o 72%.

Monitorowanie i ewaluacja

W ramach monitorowania i ewaluacji zaplanowano jedynie ocenę zgłaszalności uczestników do programu. Ocena ta została przygotowana w sposób poprawny.

W celu dokładnej oceny programu należy zaplanować także sposób oceny jakości udzielanych świadczeń oraz ich efektywności.

Ocena jakości może zostać oparta o analizę anonimowych ankiet satysfakcji uczestników, bądź zgłaszane przez nich pisemne uwagi do realizatora.

Ocena efektywności powinna opierać się na wskaźnikach, które w sposób wiarygodny przedstawią wpływ prowadzonych działań na zdrowie uczestników. W pierwszej kolejności ocena efektywności powinna uwzględniać mierniki efektów. Niemniej w omawianym programie warto byłoby ocenić subiektywne odczucie na temat stanu zdrowia przed i po przeprowadzonych zabiegach rehabilitacyjnych oraz wskazać odsetki wykrytych i zdiagnozowanych schorzeń. Dodatkowo warto byłoby wskazać odsetek osób, które zastosowały się do zaleceń dotyczących zaproponowanej terapii.

Warunki realizacji

Realizator programu zostanie wybrany w drodze konkursu ofert, co jest zgodne z zapisami ustawowymi.

W projekcie przedstawiono najważniejsze części składowe, etapy i działania organizacyjne, planowane interwencje, przedstawiono także kryteria kwalifikacji uczestników do programu oraz sposób zakończenia uczestnictwa w programie. Zwrócono również uwagę na sposób powiązania udzielanych świadczeń ze świadczeniami gwarantowanymi finansowanymi ze środków publicznych.

Całkowity budżet przeznaczony na realizację programu wynosi 450 000 zł. W projekcie przedstawiono wszystkie składowe i ich koszty. Dodatkowo w projekcie pojawia się informacja, że akceptowalny jest swobodny przepływ środków pomiędzy poszczególnymi etapami działań. W budżecie nie uwzględniono kosztu kampanii informacyjnej, co powinno zostać uzupełnione. Przedstawiony budżet nie budzi zastrzeżeń.

Okres realizacji programu to lata 2016-2018.

Wnioski z oceny technologii medycznej przeprowadzonej przez Agencję

Problem zdrowotny

Od wielu lat wydłuża się średnia długość życia mężczyzn i kobiet. Konsekwencją wyraźnego procesu starzenia się społeczeństwa polskiego jest widoczny wzrost grupy osób w wieku poprodukcyjnym (5,7 mln ≥ 65 lat).

Najważniejszym zadaniem polityki społecznej powinna być nie tylko troska o dalsze wydłużanie życia, ale podejmowanie takich działań, które będą sprzyjać pomyślnemu starzeniu się.

Gryglewska (*Geriatrya w przypadkach klinicznych*, Barbara Gryglewska, Tomasz Grodzicki, VM Media Sp z o.o.), definiuje pomyślne starzenie się, jako osiągnięcie wieku starości z małym ryzykiem chorób i niedożywności, z wysoką sprawnością umysłową i fizyczną oraz utrzymaną aktywnością życiową, natomiast Wizner (Wizner B.: *Promocja zdrowia i aktywności prozdrowotnej*. W: Grodzicki T., Kocemba J., Skalska A. (red.): *Geriatrya z elementami gerontologii ogólnej*. Via Medica, Gdańsk 2006; 53–59.), 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 (prof. Barbara Bień, kierownik Kliniki Geriatrii Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku.), zalicza styl życia, sposób odżywiania, środowisko życia i czynniki psychospołeczne.

Alternatywne świadczenia

Przesiewową identyfikację pacjentów geriatrycznych zapewnia stosowanie kwestionariusza VES-13, honorowane przez NFZ w Polsce do rozliczania procedury COG w czasie hospitalizacji w oddziałach geriatrycznych. Stosowanie Całościowej Oceny Geriatrycznej pozwala skutecznie rozpoznawać problemy, programować leczenie i postępowanie poprawiające

sprawność fizyczną oraz umysłową pacjentów w wieku podeszłym. Umożliwia także korzystne dla pacjenta zmniejszenie liczby przyjmowanych leków i ograniczenie innych, dodatkowych świadczeń, np. ponownych hospitalizacji. Kontrola NIK wykazała, że mimo iż procedura Całościowej Oceny Geriatrycznej została wprowadzona do leczenia szpitalnego na początku 2012 r. to nie jest ona powszechnie stosowana.

W ramach świadczeń gwarantowanych finansowanych ze środków publicznych pacjentom przysługuje w ramach POZ i AOS konsultacje medyczne (również lekarza dietetyka) oraz szereg badań diagnostycznych.

W zakresie rehabilitacji 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.

Ocena technologii medycznej

Wykrywanie chorób geriatrycznych jest łatwiejsze przy zastosowaniu standaryzowanych testów wchodzących np. w zakres instrumentarium Całościowej Oceny Geriatrycznej (COG).

Korzyści z podejścia geriatrycznego opartego o COG przedstawia metaanaliza *Stucka i wsp.*, w której wykazano redukcję ryzyka śmierci o 22% w ciągu roku, zwiększenie prawdopodobieństwa dalszego mieszkania we własnym mieszkaniu o 47%, redukcję rehospitalizacji o 12% i poprawę stanu funkcjonalnego o 72% w porównaniu do tradycyjnego podejścia medycznego.

Całościowa Ocena Geriatryczna jest wielowymiarowym, interdyscyplinarnym i zintegrowanym procesem diagnostycznym służącym do określenia problemów zdrowotnych i funkcjonalnych starszego pacjenta celem oszacowania obszarów deficytów funkcjonalnych i ustalenia priorytetów leczniczo-rehabilitacyjnych.

Przesiewową identyfikację pacjentów geriatrycznych zapewnia stosowanie kwestionariusza VES-13, honorowane przez NFZ w Polsce do rozliczania procedury COG w czasie hospitalizacji w oddziałach geriatrycznych. Procedura ta nie jest jednak rozliczana poza oddziałami geriatrycznymi, a więc w środowisku czy w ramach POZ.

W ramach przesiewowych testów geriatrycznych wykonuje się ponadto:

- ocenę podstawowych czynności życia codziennego (skala ADL),
- ocenę złożonych czynności życia codziennego (skala IADL),
- badanie słuchu testem szeptu, ocenę widzenia do blizy oraz dali testem Snellena oraz testem Amslera służącym ocenie zwyrodnienia plamki żółtej,
- badanie ciśnienia tętniczego krwi w kierunku oceny hipotonii ortostatycznej,
- ocenę ryzyka 10 letniego złamania kości szyjki udowej w oparciu o indeks FRAX,
- przeprowadzenie wywiadu w kierunku ryzyka wystąpienia upadków,
- ocenę ryzyka wystąpienia odleżyn (skala Norton) oraz klasyfikację odleżyn (skala Torrance),
- ocenę stanu psychicznego pacjenta (skala MMSE),
- ocenę ryzyka wystąpienia depresji (skala Yesavage),
- ocenę stanu odżywienia (skala MNA).

Istotą podejścia geriatrycznego jest zespołowa i interdyscyplinarna współpraca wszystkich praktyków działających w obszarze geriatry na rzecz pacjentów starszych.

Każdy ze specjalistów w ramach obszaru swojej działalności ocenia pacjenta za pomocą profesjonalnych metod przypisanych swojemu zawodowi. Jednocześnie dokonuje oceny

funkcjonalnej lub interpretacji COG w celu zdefiniowania obszarów priorytetowych potrzeb u zindywidualizowanego pacjenta. Zdefiniowane problemy są rozwiązywane przez członków zespołu w ramach interdyscyplinarnej współpracy.

Odnalezione dowody naukowe i rekomendacje zalecają wykonywanie ćwiczeń fizycznych. Zgodnie z rekomendacjami i wynikami z badań naukowych (*Global Recommendations on Physical Activity for Health. 65 years and aboven*, WHO 2011, oraz *Age-friendly Primary Health Care Centres Toolkit*, WHO 2008; *Physical Acitivity Guidelines for Americans*, US Department of Health and Human Service 2008; *AGS/BGS Clinical Practice Guideline: Prevention of Falls in Older Person. Summary of Recommendations*, American Geriatrics Society 2010), zalecane jest wykonanie oceny stanu zdrowia pacjenta przed podjęciem wysiłku fizycznego. Silne dowody wskazują, że w porównaniu do mniej aktywnych kobiet i mężczyzn, starsze osoby, które wykazują większą aktywność fizyczną posiadają: niższą zachorowalność na szereg chorób związanych z wiekiem. Osoby starsze o ograniczonej mobilności, powinny wykonywać ćwiczenia fizyczne mające na celu poprawę równowagi oraz zapobieganie upadkom.

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

Tryb wydania opinii

Opinię wydano na podstawie art. 31s ust. 6 pkt 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.), z uwzględnieniem raportu: nr AOTMiT-OT-441-169/2015, „Senior na medal” realizowany przez: Miasto Kraków, Warszawa, wrzesień 2015 oraz Aneksu do raportów szczegółowych: „Programy w zakresie poprawy opieki nad osobami starszymi – wspólne podstawy oceny”, listopad, 2012 r.