



**Opinia Prezesa  
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji  
nr 167/2016 z dnia 5 września 2016 r.  
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Program profilaktyki  
dla osób »trzeciego i czwartego wieku« - mieszkańców miasta  
Częstochowy na lata 2016-2020”**

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości, pozytywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Program profilaktyki dla osób »trzeciego i czwartego wieku« - mieszkańców miasta Częstochowy na lata 2016-2020” planowany do realizacji przez miasto Częstochowa, pod warunkiem uwzględnienia poniższych uwag.

**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, które powinny być możliwe do osiągnięcia w populacji objętej programem za pomocą wskazanych interwencji oraz powinny być zgodne z regułą SMART. Doprecyzowania wymagają również mierniki efektywności, które powinny być skonstruowane w sposób umożliwiający dokładną ocenę stopnia realizacji wskazanych założeń.

Program kierowany jest do osób starszych w ściśle określonych grupach wiekowych. 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.

Odnośnie do kwestii organizacyjnych, doprecyzowania wymaga zapis dotyczący kompetencji personelu medycznego w programie oraz wskazanie osoby odpowiedzialnej za działania edukacyjne oraz rehabilitację pacjentów z niesprawnością ruchową. Działania edukacyjne warto byłoby rozszerzyć na jak najszerszą populację, w szczególności rodziny osób objętych programem.

Należy mieć na uwadze, by interwencje nie powielały świadczeń gwarantowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Przedstawiony budżet powinien zostać uzupełniony o koszty kampanii informacyjno-edukacyjnej.

**Przedmiot opinii**

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej miasta Częstochowa w zakresie geriatrii i rehabilitacji medycznej. Budżet przeznaczony na realizację programu wynosi 100 000 zł rocznie, zaś czas realizacji to lata 2016-2020.

Opinia Prezesa Agencji została przygotowana w oparciu o ocenę technologii medycznej proponowanej w ramach programu polityki zdrowotnej zgodnie z kryteriami zawartymi w art. 31a ust. 1 i art. 48 ust. 4 ustawy o świadczeniach wraz z oceną założeń projektu programu polityki zdrowotnej, które wspierają efektywność kliniczną i kosztową technologii medycznej planowanej w programie.



## Ocena projektu programu polityki zdrowotnej

### Znaczenie problemu zdrowotnego

Przedstawiony projekt programu polityki zdrowotnej dotyczy schorzeń okresu geriatrycznego. W projekcie programu umieszczono krótki, ogólny opis problemu zdrowotnego jakim są schorzenia okresu geriatrycznego. Zaprezentowano dane epidemiologiczne w zakresie najczęściej występujących chorób seniorów.

Populacja osób po 80 r. ż. w województwie śląskim wzrosła od 85 tys. w 2000 r. do 171 tys. w 2014 r., tzn. w ciągu 14 lat uległa podwojeniu. Tempo procesu starzenia społeczeństwa w województwie śląskim do 2050 r. będzie jednym z najwyższych w Europie i najwyższym w Polsce, czego przyczyną jest depopulacja regionu i najniższy wskaźnik przyrostu naturalnego w kraju.

Oceniany projekt programu wpisuje się w aktualne priorytety zdrowotne Ministra Zdrowia, jakimi są: „zmniejszenie przedwczesnej zachorowalności i ograniczenie negatywnych skutków przewlekłych schorzeń układu kostno-stawowego” oraz „poprawa jakości i skuteczności opieki geriatrycznej nad pacjentem w wieku podeszłym”.

### Cele i efekty programu

Celem głównym programu jest *profilaktyka chorób przewlekłych, prowadzących do powstawania nieodwracalnej niesprawności o 2% rocznie w trakcie realizacji programu i ograniczanie konsekwencji nieleczzonej wielochorobowości starszych mieszkańców Częstochowy*. Jednakże, z treści projektu programu wynika, że głównym jego celem jest rozpoczęcie postępowania diagnostycznego i wdrożenie wczesnego leczenia niezdiagnozowanych dotychczas chorób przewlekłych, dlatego zasadna wydaje się korekta założenia głównego programu. Dodatkowo wskazano 5 celów szczegółowych, które są rozszerzeniem celu głównego. Określając cele należy zwrócić uwagę, by były one zgodne z zasadą SMART, według której cel powinien być m. in. szczegółowy, mierzalny, osiągalny, istotny i określony w czasie. Należy również zwrócić uwagę na fakt, że niektóre spośród wskazanych celów dotyczą populacji nieobjętej programem. Wskazano cel dotyczący zwiększenia aktywności fizycznej mieszkańców miasta, ale nie wskazano działań dot. promowania ww. aktywności ruchowej - etap ćwiczeń rehabilitacyjnych jest przewidziany tylko dla części potencjalnych uczestników programu, a nie dla wszystkich mieszkańców po 60 r. ż. Ponadto cel dotyczący poprawy akceptacji społecznej dla starości, powinien być realizowany w populacji osób, które są młodsze niż osoby włączone do programu.

Oczekiwane efekty programu są adekwatne do postawionych celów, natomiast mierniki efektywności programu wymagają doprecyzowania i uporządkowania, gdyż nie przedstawiono opisu instrumentów, które pozwolą zweryfikować prawidłowe zrealizowanie celów. Należy pamiętać, aby mierniki dotyczyły wyników, nie zaś podjętych wysiłków, były obserwowalne i obiektywne, zaś dane do pomiaru były łatwo dostępne.

### Populacja docelowa

Populacją docelową projektu programu są osoby starsze w dokładnie określonych rocznikach, tj. osoby, które w danym roku ukończą 60, 61 lub 62 lata (tzw. wczesna starość), osoby w wieku 75-77 lat (tzw. zaawansowana starość) oraz osoby w 85 r. ż. i powyżej. Oszacowano, że kolejno w ww. grupach, zakwalifikowanych do programu zostanie 150, 150 oraz 200 mieszkańców Częstochowy. Spodziewaną liczbę uczestników łącznie, w jednym roku realizacji, stanowić będzie blisko 500 osób. W okresie trwania programu zaplanowano jednorazowe uczestnictwo danego pacjenta przez okres trzech lat.

Należy zauważyć, że z programu wykluczone są osoby starsze z innych grup wiekowych (np. osoby w 70 lub 80 r. ż.), dla których taki program byłby również potrzebny. Nie uzasadniono zawężenia populacji do ściśle wymienionych roczników. Należy zauważyć, że zgodnie z szacunkami GUS, ok. 63 tys. mieszkańców Częstochowy jest powyżej 60 r. ż., co może wskazywać, że liczba osób, które zgłoszą się do programu może być znacznie większa. Nie wskazano kryterium selekcji jakie będzie zastosowane w przypadku, gdy do programu zgłosi się większa liczba osób, co wymaga uzupełnienia. Warto byłoby rozważyć możliwość zawężenia populacji nie na podstawie roku urodzenia, ale

ograniczyć ją do osób starszych, u których stan wskazuje na możliwość występowania nieprawidłowości w obrębie obszaru funkcjonalnego i poznawczego.

### Interwencja

Program ma być realizowany w dwóch etapach: podstawowym i specjalistycznym.

W ramach etapu podstawowego populacja docelowa, tj. ok. 500 osób, zostanie poddana badaniom profilaktycznym mającym na celu zweryfikowanie występowania konkretnych jednostek chorobowych i skierowanie na dalszą diagnostykę medyczną. Pierwszy etap uwzględnia wykonanie pomiaru ciśnienia tętniczego krwi i analizy skuteczności leczenia ewentualnie ujawnionego nadciśnienia, oznaczenia poziomu glukozy wraz z oceną przemiany węglowodanowej, badania poziomu hemoglobiny glikowanej HbA1C oraz poziomu lipidów, badania poziomu hormonu tyreotropowego (TSH), badania wzroku, badania palpacyjnego tarczycy i sutków, badania w kierunku występowania szmeru naczyniowego nad tętnicą szyjną, ocenę ryzyka 10-letniego złamania kości szyjki udowej, ocenę kondycji psychofizycznej i deficytów poznawczych, ocenę sprawności fizycznej. Uczestnicy wśród których zostaną zdiagnozowane zaburzenia zostaną skierowani do poradni specjalistycznych (geriatrycznych, endokrynologicznych, neurologicznych, chirurgicznych, onkologicznych, schorzeń sutka, okulistycznych, foniatrycznych, diabetologicznych) bądź specjalistycznych oddziałów szpitalnych. Należy zaznaczyć, że może to wpłynąć na budżet płatnika publicznego, co powinno zostać przeanalizowane.

Etap specjalistyczny (rehabilitacyjny) dotyczyć będzie osób, u których stwierdzono niesprawność ruchową wymagającą kwalifikacji do terapii ruchem. Oszacowano, że do drugiego etapu zakwalifikowanych zostanie ok. 30% potencjalnych uczestników programu. Etap obejmuje prowadzenie zajęć usprawniających w ramach ośmiotygodniowej rehabilitacji, w formie dwóch 60-minutowych spotkań na tydzień. Nie określono jakie dokładnie ćwiczenia zostaną uwzględnione w ww. etapie. W projekcie zaznacza się, że zarówno na początku, jak i na końcu cyklu zajęć zostanie przeprowadzona ocena prędkości chodu oraz test POMA.

Ponadto zaplanowano przeprowadzenie edukacji zdrowotnej na temat stylu życia w podeszłym wieku oraz przekazanie zaleceń pisemnych do kontynuacji rehabilitacji domowej, ale odniesiono się do szczegółów ww. działań edukacyjnych. Warto zaznaczyć, że w ramach wspomnianej profilaktyki pierwotnej zasadnym byłoby zaangażowanie również rodzin i najbliższego otoczenia seniorów dla osiągnięcia jak największej skuteczności interwencji. Istotne wydają się być działania edukacyjne obejmujące jak największą liczbę osób. Wytyczne podkreślają znaczenie kształtowania prozdrowotnych postaw i zachowań, promowania zdrowego stylu życia, prewencji i wczesnego wykrywania chorób, zwiększenia aktywności fizycznej, więzi rodzinnych i aktywności społecznej, oraz współpracy międzypokoleniowej. Należy jednak podkreślić, że działania profilaktyczne powinny być wdrażane znacznie wcześniej niż w wieku geriatrycznym.

Należy podkreślić, że wymienione w projekcie interwencje w zakresie etapu podstawowego i diagnostycznego są świadczeniami gwarantowanymi w ramach podstawowej opieki zdrowotnej, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, rehabilitacji leczniczej oraz opieki długoterminowej, co powodować może podwójne finansowanie świadczeń medycznych.

### Monitorowanie i ewaluacja

Monitorowanie działań w projekcie będzie odbywać się na zasadach miesięcznych i rocznych raportów uwzględniających informacje o stwierdzonych nieprawidłowościach, rozpoczętym i wdrożonym przez lekarza rodzinnego leczeniu, wydanych skierowaniach od poradni i oddziałów, informacji w raporcie rocznym o potwierdzonych dzięki programowi diagnozach i stałym leczeniu pod nadzorem poradni.

W ramach oceny efektywności programu oraz oceny jakości świadczeń przewiduje się analizę porównawczą odpowiednich ankiet dot. konkretnych problemów wieku geriatrycznego i dostępu do świadczeń przed wdrożeniem programu i po jego realizacji. Kwestionariusze te, podobnie jak załączniki do poszczególnych interwencji w programie, zostały dołączone do projektu i uznane za prawidłowe.

### Warunki realizacji

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.

Realizator programu zostanie wybrany w drodze konkursu ofert, co jest zgodne z zapisami ustawowymi. Zaznaczono, że wykonawcy programu zostaną wybrani spośród jednostek posiadających w danym roku realizacji umowę z NFZ.

Nie ustosunkowano się dokładnie do kompetencji personelu medycznego w programie, zarówno w pierwszym, jak i drugim etapie jego realizacji. Nie jest jasne kto będzie odpowiedzialny za działania edukacyjne oraz rehabilitację pacjentów z niesprawnością ruchową, co należy doprecyzować.

Całkowity budżet przeznaczony na realizację programu wynosi 100 000 zł rocznie. Oszacowano, że koszt objęcia jednej osoby podstawowym etapem programu wyniesie 145 zł, a etapem specjalistycznym: 165 zł, ale nie podano źródła powyższych oszacowań. Nie wskazano jaka kwota zostanie przeznaczona na realizację kampanii informacyjno-edukacyjnej programu, ale biorąc pod uwagę ww. koszty jednostkowe, całkowite i liczebność populacji, na pokrycie pozostałych kosztów, takich jak koszt akcji informacyjnej pozostaje kwota 2 750 zł rocznie.

Okres realizacji programu to lata 2016-2020.

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

#### Problem zdrowotny

Proces starzenia się istotnie wpływa na specyfikę chorobowości wśród osób w wieku geriatrycznym (powyżej 60 r. ż.). Pacjentów we wspomnianej grupie wiekowej charakteryzuje wielochorobowość i wielolekowość, jak również brak specyficzności objawów klinicznych występujących problemów zdrowotnych. Dlatego zasadnym jest utrzymanie właściwego poziomu sprawności funkcjonalnej (niezależności, samodzielności) celem zmniejszenia obciążenia systemu opieki zdrowotnej i społecznej wynikających z leczenia niesprawności.

Niepełnosprawność ruchowa jest jednym z poważniejszych zjawisk i problemów współczesnej cywilizacji. Znaczenie tego problemu wynika z rozmiarów i powszechności jego występowania w populacji, a także z konsekwencji, jakie wywołuje w sensie indywidualnym i społecznym.

Postępujące starzenie się społeczeństwa, brak nawyków prozdrowotnych, stresujący tryb życia, degradacja środowiska naturalnego, nasilanie się częstotliwości różnego rodzaju wypadków, wreszcie postęp medycyny ratującej życie, ale nie zawsze umiejącej zapobiec skutkom chorób czy wypadków jest przyczyną stałego wzrostu liczby osób niepełnosprawnych w społeczeństwie.

#### Alternatywne świadczenia

Wymienione w projekcie badania laboratoryjne oraz badania diagnostyczne, jak również rehabilitacja medyczna i poradnictwo specjalistyczne znajdują się w wykazie świadczeń gwarantowanych w ramach podstawowej opieki zdrowotnej, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, rehabilitacji leczniczej oraz opieki długoterminowej.

#### Ocena technologii medycznej

Niezależnie od jednostki chorobowej; wytyczne podkreślają, że skuteczności terapii rehabilitacyjnej decyduje czas jej rozpoczęcia, kompleksowość i wielodyscyplinarność świadczeń, intensywność zajęć terapeutycznych, a także ciągłość. W wytycznych podkreśla się konieczność zapewnienia powszechności; kompleksowości; wczesności; ciągłości. Zgodnie z zasadą kompleksowości rehabilitacja rekomenduje się prowadzenie rehabilitacji przez zespół terapeutyczny obejmujący specjalistów reprezentujących różne dziedziny medycyny oraz nauk pokrewnych wykorzystywanych w terapii, którzy współpracują ze sobą i tworzą oraz modyfikują wielopłaszczyznowy program rehabilitacji.

W szeroko pojmowanym procesie rehabilitacji wyróżnia się rehabilitację medyczną, społeczną i zawodową. Na rehabilitację medyczną (fizjoterapię) składają się: kinezyterapia, fizykoterapia i masaż leczniczy. Wytyczne są zgodne, że rehabilitacja nie może być uważana za osobną formę albo etap terapii lecz musi być zintegrowana ze świadczeniami profilaktyki wtórnej, gdyż stanowi jeden z jej aspektów. Rehabilitacja medyczna daje szansę nauczania i zachęcenia pozytywnych zachowań zdrowotnych oraz zwiększenia stosowania się do zalecanej farmakoterapii. Wytyczne podkreślają, że plan rehabilitacji powinien być dostosowany do potrzeb wynikających ze stanu chorego, zakresu potrzebnej pomocy fizjoterapeutycznej, kompleksowości, wczesności i ciągłości procesu rehabilitacji. Nawet w obrębie jednej jednostki chorobowej, potrzeby rehabilitacyjne pacjentów różnią się znacznie, dlatego terapia rehabilitacyjna powinna być zindywidualizowana i prowadzona w oparciu o indywidualny plan interwencji, określający cele, typ, częstotliwość i intensywność działań, odpowiednich dla szczególnych potrzeb oraz możliwości chorych.

Zgodnie z przyjętymi standardami diagnoza – w tym przypadku odbywająca się przed przystąpieniem do programu – powinna być opracowana przez zespół specjalistów, kompleksowa i powinny wynikać z niej szczegółowe wskazania i przeciwwskazania, ocenę ryzyka powikłań, które należy uwzględnić podczas konstruowania programów pracy z chorym. Zgodnie ze standardami wczesnej interwencji, wyniki kolejnych wizyt konsultacyjnych i wynikające z nich zalecenia powinny być uwzględniane i wykorzystywane podczas modyfikowania indywidualnego programu pracy z chorym oraz oceny jego rezultatów.

Niezależnie od stosowanej interwencji powinno się zapewnić beneficjentowi dobrej jakości informacje na temat schorzenia oraz jego wpływu na życie, dostępnych opcji terapeutycznych oraz potencjalnych korzyści jak również ryzyka każdej z interwencji, jak również o innych dostępnych formach wsparcia. Przekazywanie informacji powinno odbywać się w przystępnej i przyswajalnej formie.

**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-441-155/2016, „Program profilaktyki dla osób „trzeciego i czwartego wieku” - mieszkańców miasta Częstochowy 2016 - 2020” realizowany przez: Miasto Częstochowa (ocena projektu programu polityki zdrowotnej), sierpień 2016, Aneksami do raportów szczegółowych: „Programy z zakresu rehabilitacji niepełnosprawnych i zagrożonych niepełnosprawnością dorosłych oraz dzieci i młodzieży – wspólne podstawy oceny”, sierpień 2016; „Programy z zakresu profilaktyki geriatrycznej - wspólne podstawy oceny”, sierpień 2015 oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 259/2016 z dnia 29 sierpnia 2016 roku o projekcie programu „Program profilaktyki dla osób »trzeciego i czwartego wieku« - mieszkańców miasta Częstochowy 2016-2020”.