



---

**Opinia Prezesa**  
**Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji**  
**nr 14/2015 z dnia 26 stycznia 2015 r. o projekcie programu**  
**„Program profilaktyki dla osób trzeciego i czwartego wieku” miasta**  
**Katowice**

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości pozytywnie opiniuję projekt programu, pod warunkiem wprowadzenia proponowanych poniżej zmian.

**Uzasadnienie**

Program zawiera badania, które są finansowane ze środków publicznych, ponadto podejmowane interwencje są nastawione na diagnozowanie, a nie na zapobieganie wymienionym chorobom, gdyż skierowane są do osób, u których część schorzeń może już występować, np. cukrzyca, osteoporoza, nietrzymanie moczu. W opinii Agencji warto zaplanować zadania, które będą stanowiły uzupełnienie świadczeń już objętych finansowaniem ze środków NFZ.

W opisywanych populacjach prócz przeprowadzenia diagnostyki nie kieruje się w ramach programu dodatkowych interwencji do ewentualnych adresatów programu. Co więcej, wskazuje się, że program będzie ukierunkowany również na jednostki chorobowe, tj. nietrzymanie moczu, niedożywienie, a nie proponuje się w tym kierunku żadnych interwencji. Proponuje się jednak badanie czynności tarczycy bez wskazania tej populacji w opisie adresatów programu. Brak spójności w tym zakresie warunkuje dalszą ocenę skuteczności programu (realizację celów i osiągnięcie planowanych efektów) oraz budżet programu, który powinien brać pod uwagę zapotrzebowanie warunkowane sytuacją zdrowotną w regionie.

Informacja o planowanej populacji są rozbieżne co sprawia, że budżet jest trudny do weryfikacji. Biorąc pod uwagę, że uwzględnia częściowo świadczenia już finansowane ze środków publicznych, jego wielkość i zasadność wymaga weryfikacji.

**Przedmiot opinii**

Przedmiotem opinii jest program zdrowotny Miasta Katowice z zakresu poprawy opieki nad osobami starszymi.

**Ocena projektu programu zdrowotnego złożonego przez Miasto Katowice:**

Znaczenie problemu zdrowotnego w Mieście Katowice:

Przesłaniem przedmiotowego programu jest, aby poprzez zwiększenie diagnostyki, promocję zdrowego trybu życia ma na celu ogólną poprawę jakości życia osób po 60 roku życia. Według danych przedstawionych w przekazanym programie od roku 2010 osoby po 60 roku życia stanowiły powyżej 25% ogólnej populacji Katowic. Wskazano, że u 40% osób powyżej 60 lat cierpi na co najmniej cztery choroby przewlekłe. Dlatego też potrzebne są programy zdrowotne, które pozwolą u tych osób dokonać wcześniejszej diagnozy chorób bądź zniwelować niektóre czynniki predykcyjne



do poważnych schorzeń. Dodatkowo zwiększanie akceptacji społeczeństwa dla starości jako jednego z etapów życia oraz angażowanie w życie kulturowe osób starszych poprawi jakość życia omawianej populacji dając im poczucie zrozumienia oraz bliskości.

#### Populacja

Program jest skierowany do trzech grup: I – osób, które ukończyły lub ukończą w roku realizacji programu 60, 61, 62 rok życia, II – osób, które ukończyły lub ukończą w roku realizacji programu 75, 76 i 77 rok życia, III – osób po 85 r.ż.

Opisywany program jest kontynuacją poprzedniego programu, w którym to wzięła udział zbyt mała liczba uczestników. Według informacji przedstawionych w programie, jego poprzednia wersja nie wykazała dużej frekwencji, ale autorzy programu nie podali możliwych przyczyn. Przed realizacją nowego programu o podobnym brzmieniu, zasadnym wydaje się poznanie tych przyczyn. Pozwoliłoby to poprawić program w celu efektywniejszego wykorzystania zasobów.

W zależności od akapitu omawianego programu odnaleźć można różne oszacowania populacji objętej programem. W „Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu” jest podane, że ilość osób objętych programem jest zależna od możliwości finansowych miasta, jednak aby osiągnąć minimalny efekt populacyjny nie będzie to mniej niż 1300 osób w każdej z podgrup (co daje łącznie 3900 osób). Natomiast w „Oszacowanie populacji włączonej do programu” podano wartość 500 osób dla pierwszej i drugiej podgrupy (łącznie 1000 osób), pomijając w szacunkach trzecią grupę. Na podstawie tych wartości oszacowano koszty programu. Jednakże przedstawiając tak rozbieżne dane populacyjne trudno prawidłowo zweryfikować budżet.

Ograniczeniem ilości osób, które mogą przystąpić do programu jest ilość wybranych Praktyk Lekarzy Rodzinnych (ok. 10) oraz ilość osób które w ciągu jednego roku może się zgłosić do takiej praktyki w ramach programu (od 50 do 100).

#### Planowana interwencja

W ramach proponowanych interwencji w programie wymieniono szereg badań diagnostycznych mających w głównej mierze postawić diagnozę chorób, które w omawianej populacji są dosyć powszechne. Nie podano jednak w opisie programu chorobowości oraz zachorowalności poszczególnych wskazań. Badania prowadzone będą w kierunku diagnozy:

- Nieskutecznie leczonego nadciśnienia
- Cukrzycy
- Choroby tarczycy
- Podwyższony cholesterol
- Zaburzenia poznawcze
- Zaburzenia ruchu
- Deficyty wzroku i słuchu
- Ryzyka 10-letniego złamania kości szyjki udowej

Wymienione w programie badania są obecnie finansowane ze środków publicznych.

#### Spójność celów i efektów programu:

Jako główny cel programu autorzy podają profilaktykę chorób przewlekłych prowadzących do powstawania nieodwracalnej niesprawności o 2% rocznie w trakcie realizacji programu i ograniczenie konsekwencji nieleczonych wielochorobowości starszych mieszkańców Katowic. Jednakże z samej treści programu wynika, że jego głównym celem jest rozpoczęcie procesu diagnostycznego u osób, które posiadają niezdiagnozowane choroby. W przypadku celu „Zwiększenie aktywności fizycznej uczestników programu i mieszkańców miasta w grupach powyżej 60 roku życia.”, brak jest informacji o promocji aktywności fizycznej wśród uczestników programu, a zwłaszcza wśród innych mieszkańców, o których nie ma nigdzie indziej mowy. W przypadku celu „Tworzenie warunków do zdrowego i aktywnego życia osób starszych i osób starszych niepełnosprawnych.” oraz „Poprawa akceptacji społecznej dla starości jako etapu życia i zwiększenie możliwości rozwoju osób starszych w mieście Katowice.” brak jest w dalszej części treści programu

opisu instrumentów, które pozwolą go zrealizować oraz zweryfikować czy został zrealizowany (np. ankieta). Dodatkowo cel dotyczący poprawy akceptacji społecznej dla starości, powinien być realizowany w populacji osób, które były młodsze niż włączone do programu. spełniły kryterium wiekowego tym wieku, tylko wśród pozostałych osób w społeczeństwie.

Celem głównym programu jest profilaktyka chorób przewlekłych prowadzących do powstawania nieodwracalnej niesprawności, a jedynie interwencja dotycząca ryzyka 10-letniego złamania kości szyjki udowej odnosi się zapobiegania konkretnemu zdarzeniu.

W programie planuje się oceniać również populację pod kątem chorób tarczycy, ale nie wskazuje się tej jednostki chorobowej jako problemu zdrowotnego.

Wymienione w programie oczekiwane efekty są w części spójne z wymienionymi celami, jednakże nie posiadają swojego odzwierciedlenia w dalszej treści programu.

Pierwszy z efektów brzmi „*Wyłonienie osób z nierozpoznanymi wcześniej utajonymi stanami chorobowymi, wobec których dzięki pogłębionej diagnozie opartej o metody stosowane w Programie, zostanie zainicjowane leczenie dostosowane do faktycznych potrzeb zdrowotnych.*”, tylko, że w ramach omawianego programu zapewnione są podstawowe badania, które prawdopodobnie osoby znajdujące się w populacji docelowej miały już przeprowadzone. Natomiast dopiero skierowanie ich do specjalistycznych ośrodków pozwoli na przeprowadzenie wspomnianej pogłębionej diagnozy.

#### Monitorowanie

Monitorowanie przedstawione w programie uwzględniało punkty przedstawiające przebieg samego programu, czyli liczbę osób jaka się zgłosiła bądź została skierowana do innego etapu.

#### Ewaluacja i wskaźniki spodziewanych efektów

Według autorów miernikami efektywności etapu podstawowego będzie ilość nowych rozpoznań i skierowań na dalszą diagnostykę. W wyniku czego wzrośnie zachorowalność oraz chorobowość w danym regionie.

Prawidłowo skonstruowany proces ewaluacji programu odnosi się jedynie do oceny ryzyka złamania kości szyjki udowej.

W ramach ewaluacji autorzy programu wymienili „ocena jakości świadczeń”, jednakże jako podstawę do wydania takiej oceny podali jedynie źródła liczbowe niepozwalające na ewaluację jakości.

Dane, które przedstawili autorzy badania pozwolą jedynie na ocenienie skuteczności promocji programu oraz ogólnego stanu zdrowia uczestników programu.

Mierniki przedstawione w programie nie pozwalają na ocenę oczekiwanych efektów. W programie nie podano źródeł danych kosztowych przed i po programie pozwalające ocenić czy oczekiwany efekt „Zmniejszenie wydatków na leczenie osób z zespołami geriatrycznymi przez ich wczesną identyfikację” miał miejsce czy też nie. Podobnie ma się z „Poprawa wskaźników jakości życia z chorobą, dzięki podjęciu leczenia dostosowanego do potrzeb i poszerzonej interwencji (całościowa ocena geriatryczna i rehabilitacja) na wczesnych etapach rozwoju przewlekłych chorób wieku podeszłego.”. Do mierzenia jakości życia służą konkretne kwestionariusze, ale żaden z nich nie został wymieniony w programie. Co czyni ten efekt niemożliwym do weryfikacji. Nie podano również jaki jest aktualny poziom jakości życia, aby możliwe było porównanie i wskazanie, że po zastosowaniu interwencji faktycznie dokonała się poprawa tego parametru.

#### Budżet i inne warunki realizacji programu:

W związku z tym, że celem programu jest wykrycie niezdiagnozowanych chorych i skierowanie ich do odpowiednich placówek opieki zdrowotnej, wzrośnie obciążenie tych miejsc, które to mają podpisaną umowę z NFZ na konkretne kwoty. Możliwe jest, że w przypadku powodzenia omawianego programu nie wszystkie nowozdiagnozowane osoby nie będą miały zapewnionej opieki zdrowotnej ze względu na niewystarczające środki finansowe przeznaczone na realizację potrzebnych świadczeń.

Autorzy programu nie podali źródła oszacowań jednostkowego zarówno dla I etapu jak i II. W obu przypadkach wartości te wydają się być niedoszacowane. Zwłaszcza w przypadku I etapu gdzie dodatkowo w kosztach nie uwzględniono badania dotyczącego cholesterolu.

### **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 (≥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 starzeniu się w dobrym zdrowiu. Gryglewska definiuje pomyślnie 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.

**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-441-232/2014 „Program profilaktyki dla osób trzeciego i czwartego wieku”, realizowany przez: Miasto Katowice, Warszawa, styczeń 2015 oraz Aneksu do raportów szczegółowych „Programy w zakresie poprawy opieki nad osobami starszymi – wspólne podstawy oceny”, Warszawa, listopad 2012.