



Opinia
Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych
nr 8/2014 z dnia 7 stycznia 2014 r.
o projekcie programu „Program profilaktyki dla osób trzeciego
i czwartego wieku” miasta Katowice

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości wydaję pozytywną opinię o projekcie programu „Program profilaktyki dla osób trzeciego i czwartego wieku” miasta Katowice.

Uzasadnienie

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. Został opracowany zgodnie ze schematem programu zdrowotnego zaproponowanego przez AOTM.

Program zwiera cel główny i cele szczegółowe. Określono populację docelową na wszystkie lata trwania programu. Potencjalni uczestnicy uzyskają informację o programie w oparciu o przygotowane ogłoszenia i materiały dla placówek medycznych, gazet lokalnych, na tablicach ogłoszeń w osiedlach i poprzez elektroniczne informatory w portalach miejskich. W zależności od realizacji Programu zaplanowano też informacje radiowe, drukowane rozsyłane do spółdzielni mieszkaniowych i wspólnot mieszkańców oraz informacje w komunikatorze informacji miejskiej rozsyłanej SMS-am. W programie wskazano sposoby monitorowania jak też mierniki efektywności. Realizator programu zostanie wyłoniony w drodze konkursu. Podano koszty jednostkowe – koszt objęcia jednej osoby podstawowym etapem programu (37 zł), koszty godziny grupowych zajęć rehabilitacyjnych (150 zł) oraz planowane całkowite koszty realizacji programu – 84 300 zł. W projekcie zaznaczono, że osoby, u których zdiagnozowano zaburzenia zostaną skierowane do poradni specjalistycznych (geriatrycznych, endokrynologicznych, neurologicznych, chirurgicznych, onkologicznych, schorzeń sutka, okulistycznych, foniatrycznych, diabetologicznych) bądź oddziałów szpitalnych, które mają podpisaną umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia (NFZ).

Zasadne wydaje się jednak przeprowadzenie przez autorów projektu analizy poziomu kontraktowania ww. świadczeń, ze względu na przeniesienie tych kosztów na płatnika publicznego. Unikną w ten sposób sytuacji, w której uczestnicy programu skierowani do poradni specjalistycznych nie będą mieli zapewnionej opieki w ramach NFZ z powodu niewystarczających środków finansowych przeznaczonych na ten cel w ich regionie. Do oceny jakości świadczeń w programie można by włączyć ankietę satysfakcji skierowaną do pacjentów/lekarzy.

Przedmiot wniosku

Przedmiotem opinii jest program zdrowotny Miasta Katowice z zakresu poprawy opieki nad osobami starszymi. Celem głównym programu jest profilaktyka chorób przewlekłych prowadzących do powstawania nieodwracalnej niesprawności o 2% rocznie w trakcie



realizacji programu i ograniczenie konsekwencji nieleczonej wielochorobowości starszych mieszkańców Katowic. Program jest skierowany do dwóch grup: I („wczesna starość”) – osoby, które ukończyły lub ukończą w roku realizacji programu 60, 61, 62 rok życia oraz II („zaawansowana starość”) – osoby, które ukończyły lub ukończą w roku realizacji programu 75, 76 i 77 rok życia. Program ma być realizowany w latach 2014-2020. Planowane koszty całkowite realizacji programu wynoszą 84 300 zł rocznie.

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 pomyślnemu starzeniu się. Ekspertki definiują pomyślne starzenie się, jako osiągnięcie wieku starości z małym ryzykiem chorób i niedożywienia, z wysoką sprawnością umysłową i fizyczną oraz utrzymaną aktywnością życiową. Dodatkowo zwraca się uwagę na zachowanie aktywności w sferze kontaktów społecznych i towarzyskich. W procesie starzenia się istotne znaczenie ma sfera oddziaływań zewnętrznych, do których zalicza się 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

- 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-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.

Wnioski z oceny programu miasta Katowice

Przedmiotowy program dotyczy poprawy opieki nad osobami starszymi. Celem głównym programu jest profilaktyka chorób przewlekłych prowadzących do powstawania nieodwracalnej niesprawności o 2% rocznie w trakcie realizacji programu i ograniczenie konsekwencji nieleczonej wielochorobowości starszych mieszkańców Katowic.

Projekt programu został szczegółowo opracowany, przedstawiono dane epidemiologiczne dot. miasta Katowice.

Program jest skierowany do dwóch grup: I („wczesna starość”) – osoby, które ukończyły lub ukończą w roku realizacji programu 60, 61, 62 rok życia oraz II („zaawansowana starość”) – osoby, które ukończyły lub ukończą w roku realizacji programu 75, 76 i 77 rok życia.

Program ma być realizowany w dwóch etapach: Pierwszy (podstawowy) obejmuje badania lekarskie w zakresie obecności ujawnionego nieskutecznie leczonego nadciśnienia, podejrzenia obecności nieprawidłowej przemiany węglowodanowej lub źle leczonej cukrzycy, podejrzenia o nielezione deficyty poznawcze wymagające przekazania do leczenia do poradni geriatrycznej, podejrzenia o niesprawność ruchową wymagającą kwalifikacji do rehabilitacji ruchowej na poziomie poradni geriatrycznej, stwierdzenia nieleczonych deficytów wzroku i słuchu, stwierdzenia nierozpoznanych wczesnej objawów uznanych za niezbędne do potwierdzenia lub wykluczenia w programie oraz oceny ryzyka 10-letniego złamania kości szyjki udowej w oparciu o wskaźnik FRAX.

Kolejny etap dotyczy przeprowadzenia cyklu zajęć rehabilitacyjnych (w 10 osobowych grupach, w cyklu 16 spotkań, 2 razy w tygodniu/1 h zegarowa). Uczestnicy za każdą godzinę

zajęć zobowiązani będą „dopłacić” symboliczne 1 zł. Ten etap programu jest skierowany do 120 osób, które otrzymają skierowanie z poradni geriatrycznej. Autorzy nie podali, na czym szczegółowo będzie polegała rehabilitacja.

Osoby, u których zostaną zdiagnozowane zaburzenia zostaną skierowane do poradni specjalistycznych (geriatrycznych, endokrynologicznych, neurologicznych, chirurgicznych, onkologicznych, schorzeń sutka, okulistycznych, foniatrycznych, diabetologicznych) bądź oddziałów szpitalnych, które mają podpisaną umowę z NFZ. Należy zaznaczyć, że wpłynie to zapewne na budżet płatnika publicznego. Autorzy powinni sprawdzić, przeanalizować i podać w projekcie jak przedstawia się poziom kontraktowania ww. świadczeń przez NFZ w ich regionie.

Według Opinii Ekspertkiej włączenie lekarza geriatry w realizację programu niewątpliwie poprawia jakość opieki nad chorymi. Autorzy zaplanowali wyłonienie w konkursie ofert minimum 5 specjalistycznych Poradni Geriatrycznych realizujących świadczenia w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w zakresie geriatryi finansowanych przez NFZ. Lekarz geriatra będzie miał możliwość skierowania pacjenta do wyłonionych w drodze konkursu ośrodków prowadzących rehabilitację ruchową.

Projekt zakłada przeprowadzenie kampanii informacyjnej (prasa lokalna, tablice ogłoszeń na osiedlach, elektroniczne informatory w portalach miejskich), co stanowi jeden z wyznaczników właściwego poziomu dostępności do świadczeń.

Projekt zakłada monitorowanie i ewaluację. Podane mierniki efektywności wydają się być adekwatne do założonych działań. Do oceny jakości świadczeń w programie można byłoby włączyć ankietę satysfakcji skierowaną do pacjentów/lekarzy.

Podano koszty jednostkowe – koszt objęcia jednej osoby podstawowym etapem programu (37 zł), koszty godziny grupowych zajęć rehabilitacyjnych (150 zł) oraz planowane całkowite koszty realizacji programu – 84 300 zł.

W projekcie zaznaczono, że osoby, u których zostaną zdiagnozowane zaburzenia zostaną skierowane do poradni specjalistycznych (geriatrycznych, endokrynologicznych, neurologicznych, chirurgicznych, onkologicznych, schorzeń sutka, okulistycznych, foniatrycznych, diabetologicznych) bądź oddziałów szpitalnych, które mają podpisaną umowę z NFZ.

Zasadne wydaje się przeprowadzenie przez autorów projektu analizy poziomu kontraktowania ww. świadczeń, ze względu na przeniesienie tych kosztów na płatnika publicznego. Unikną w ten sposób sytuacji, w której uczestnicy programu skierowani do poradni specjalistycznych nie będą mieli zapewnionej opieki w ramach NFZ z powodu niewystarczających środków finansowych przeznaczonych na ten cel w ich regionie.

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, co stanowi jeden z wyznaczników właściwego poziomu dostępności do świadczeń.

III. Skuteczność działań - w projekcie Programu nie odniesiono się do skuteczności planowanych działań.

IV. Podano koszty jednostkowe – koszt objęcia jednej osoby podstawowym etapem programu (37 zł), koszty godziny grupowych zajęć rehabilitacyjnych (150 zł) oraz planowane całkowite koszty realizacji programu – 84 300 zł.

V. Projekt zakłada monitorowanie i ewaluację. Podane mierniki efektywności wydają się być adekwatne do założonych działań. Do oceny jakości świadczeń w programie można by włączyć ankietę satysfakcji skierowaną do pacjentów/lekarzy.

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 dla osób trzeciego i czwartego wieku” realizowany przez Miasto Katowice, AOTM-OT-441-114/2013, Warszawa, grudzień 2013 i aneksu: „Programy w zakresie poprawy opieki nad osobami starszymi – wspólne podstawy oceny”, Aneks do raportów szczegółowych, Warszawa, listopad 2012.

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

1. Nie dotyczy.