

Planowanie i projektowanie programów z zakresu zdrowia publicznego



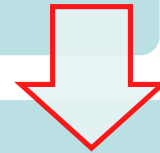
Katarzyna Wodzyńska
Dział Analiz i Strategii, Biuro Prezesa
Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
(AOTMiT)

Planowanie programu

Analiza potrzeb zdrowotnych w rejonie



Określenie problemu zdrowotnego wpływającego na niezadowalający stan zdrowia ludności



Określenie interwencji mogących przynieść największe efekty zdrowotne



Określenie populacji docelowej do której skierowane zostaną działania programowe

Jak podjąć odpowiednią decyzję?

Określenie potrzeb zdrowotnych	Określenie dostępnych zasobów
<ul style="list-style-type: none"> • Jaki jest stan zdrowia populacji? • Analiza wskaźników epidemiologicznych? • Czy zakres świadczeń jest wystarczający? • Jakie są powody zaistniałej sytuacji 	<ul style="list-style-type: none"> • Analiza dostępnych placówek ochrony zdrowia, personelu medycznego • Dostępność zasobów niemedycznych (wsparcie merytoryczne, organizacyjne, sprzętowe) • Możliwości finansowe • Możliwe wsparcie partnerskie, sponsorskie
Proces decyzyjny	
<ul style="list-style-type: none"> • Wybór obszarów kluczowych i określenie możliwości przeprowadzenia działań • Określenie opłacalności kosztowej • Określenie efektywności zaplanowanych działań 	

Planowanie programu

Gminę X zamieszkuje 20 000 osób. W budżecie gminy znajduje się 10 000 zł na cele zdrowotne. Priorytetem jest przeciwdziałanie nadwadze i otyłości, jednak zidentyfikowano problem w dostępności do świadczeń dietetycznych.

Gmina planuje przeznaczenie tych środków na dodatkowe konsultacje dietetyczne, które wykonywane będą w punkcie łatwo dostępnym dla mieszkańców w dogodnych godzinach.

Czy zasadne jest przeprowadzenie wizyt dietetycznych (koszt ok. 100zł) u 100 osób (mniej niż 1% populacji docelowej)?

Alternatywą jest przeznaczenie dostępnych środków na przeprowadzenie szerokiej edukacji zdrowotnej np. w formie eventu/pikniku rodzinnego (zachęcanie do sportu, warsztaty ze zdrowego żywienia, porady motywacyjne). Do realizacji projektu można zaprosić również partnerów/wystawców, promujących zdrowy styl życia.

Działania takie pozwolą na dotarcie do większej liczby osób i zwiększą szansę na to, że u poszczególnych osób nastąpi zmiana zachowań zdrowotnych. docelową.

Problem zdrowotny i epidemiologia

- Określenie problemu zdrowotnego (krótki i zwięzły opis danych jednostek chorobowych)
- Przedstawienie danych epidemiologicznych, które uzasadniają potrzebę wdrożenia PPZ.

Źródła danych epidemiologicznych

Instytucje specjalistyczne w danej dziedzinie np.

- Polskie Towarzystwo Stomatologiczne (pts.net.pl/)
- IGiChP (www.igichp.edu.pl/)
- Instytut Medycyny Pracy im. prof. Nofera (www.imp.lodz.pl/)
- KRN (onkologia.org.pl/)

Instytucje zajmujące się szeroko rozumianą ochroną zdrowia

- MZ (www.mz.gov.pl)
- WHO (www.who.int/)
- PZH (www.pzh.gov.pl/)
- OECD (www.oecd.org/)
- CDC (www.cdc.gov/)
- GUS (stat.gov.pl/)
- EUROSTAT
(ec.europa.eu/eurostat)

Cele i mierniki efektywności

Cel jest to oczekiwany, docelowy stan. Inaczej mówiąc, jest to dążenie do uzyskania konkretnie zdefiniowanej zmiany.

SMART

Specific – sprecyzowany, konkretny.

Measurable – mierzalny.

Achievable – osiągalny.

Relevant – istotny, ważny.

Time-bound - zaplanowany w czasie.

- Osiągnięcie postawionego celu stanowi potwierdzenie skuteczności zaplanowanych i podejmowanych działań.
- W trakcie definiowania celów niezbędne jest określenie konkretnych wartości, które będzie można zmierzyć po zakończeniu programu.
- Cele szczegółowe powinny stanowić uzupełnienie celu głównego. Powinny charakteryzować się dużą szczegółowością, a ich osiągnięcie jest elementem warunkującym osiągnięcie celu nadrzędnego.

Cele i mierniki efektywności

Mierniki efektywności są to wskaźniki, które umożliwiają obiektywną i precyzyjną ocenę stopnia realizacji celów. Mierniki powinny być istotnym odzwierciedleniem zdarzeń lub faktów występujących w danym miejscu/otoczeniu/programie wyrażone w odpowiednich jednostkach miary.



Cele i mierniki efektywności

PPZ z zakresu zdrowego odżywiania

Cel główny: w okresie jednego roku obniżenie wskaźnika BMI do prawidłowej wartości u 50% osób biorących udział w programie;

Cele szczegółowe:

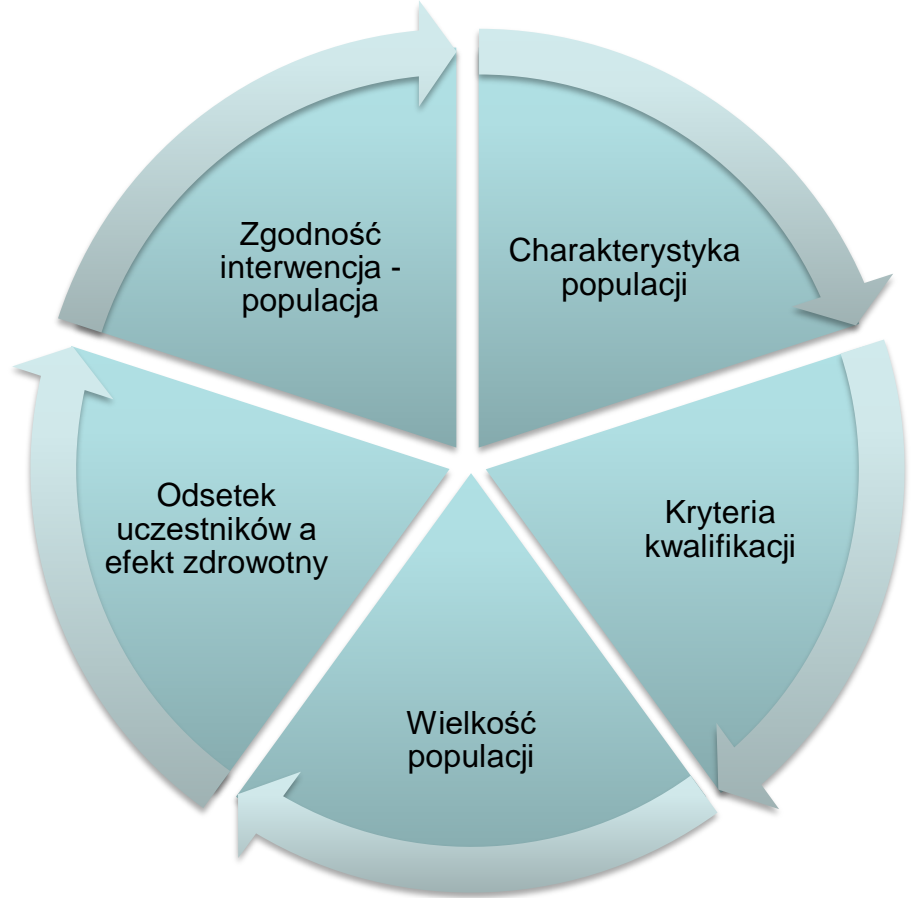
- w okresie jednego roku zwiększenie o 50% liczby osób biorących udział w programie, które mają świadomość w jakich produktach żywnościowych występują nasycone kwasy tłuszczowe;
- w okresie jednego roku zwiększenie o 50% liczby osób biorących udział w programie, które mają świadomość które produkty odznaczają się wysoką zawartością białka;
- w okresie jednego roku zwiększenie o 50% liczby osób biorących udział w programie, które potrafią prawidłowo skonstruować jadłospis.

Mierniki efektywności:

- okresowe wielkości wskaźnika BMI w okresie jednego roku u osób biorących udział w programie;
- poziom wiedzy z zakresu występowania nasyconych kwasów tłuszczowych w produktach spożywczych zbadany przed oraz po wprowadzeniu programu (np. na podstawie ankiety);
- poziom wiedzy z zakresu występowania białka w produktach spożywczych zbadany przed oraz po wprowadzeniu programu (ankieta);
- analiza jadłospisów przed oraz po wprowadzeniu programu (pomiar jakościowy).

Opis populacji

- Charakterystyka populacji docelowej zawierająca szczegółowe informacje na temat potencjalnego uczestnika programu (m.in. wiek, płeć, przynależność do grupy ryzyka)
- Kryteria kwalifikacji do programu stanowiące narzędzie umożliwiające określenie populacji docelowej
- Wielkość populacji docelowej a liczba uczestników zaproszona do programu
- Wielkość populacji a efekt zdrowotny (im większy odsetek uczestników tym większy efekt populacyjny)
- Zgodność z zaplanowanymi interwencjami (rekomendowane interwencje w populacji)



Opis populacji

- Przy określaniu populacji docelowej należy pamiętać, aby odpowiadała ona charakterowi zaplanowanych interwencji (inaczej wygląda dobór populacji do programów zakładających np. szczepienia, inaczej zaś do badań przesiewowych). W tym celu zaleca się oparcie doboru uczestników o dostępne dowody naukowe.
- Kwalifikacja do programu może mieć różną formę. Zaleca się jej przeprowadzenie w oparciu o ujednolicone ankiety/kwestionariusze. Może mieć ona również charakter kwalifikacyjnej wizyty lekarskiej, w trakcie której lekarz decyduje o uczestnictwie w programie.
- Możliwe jest także określenie kryteriów wykluczenia z programu, czyli czynników decydujących o braku możliwości uczestnictwa danej osoby w programie. Na przykład przeciwwskazania lekarskie do wykonania szczepienia - wiek poniżej określonego pułapu.



Opis populacji

- W momencie wyboru danej grupy docelowej ważne jest określenie sposobów dotarcia do niej. Należy odpowiednio dobrać sposoby zapraszania do programu oraz działania informacyjne, które dostosowane będą do specyfiki danej grupy i pozwolą na uzyskanie jak największej zgłaszalności do programu.

Inaczej prowadzone będą działania skierowane do dzieci (rodziców/opiekunów prawnych), a inaczej w przypadku osób starszych. W pierwszym przypadku dobrym rozwiązaniem jest rozpropagowanie informacji na terenie szkoły lub w jej pobliżu, na portalach społecznościowych. W przypadku osób starszych źródłem dotarcia do potencjalnych uczestników programów mogą być zakłady pracy lub też instytucje kościelne np. ogłaszanie akcji informacyjnych podczas ogłoszeń parafialnych lub środki masowego przekazu wykorzystywane przez nich najczęściej (lokalna prasa).

Opis interwencji



Interwencje muszą być działaniami o udowodnionej skuteczności i bezpieczeństwie lub stanowić aktualną praktykę lekarską. Zaleca się przedstawienie dowodów naukowych i/lub rekomendacji, wytycznych, opinii ekspertów, wskazujących na zasadność prowadzenia danych działań w określonej populacji.

- ❖ Zaplanowane działania muszą odpowiadać celom programu.
- ❖ Interwencje muszą być dostosowane do potrzeb populacji docelowej.
- ❖ Zaplanowane działania powinny stanowić uzupełnienie już istniejących świadczeń zdrowotnych (wartość dodana do aktualnych świadczeń). Zalecane jest unikanie finansowania w ramach PPZ świadczeń, które dostępne są w ramach świadczeń finansowanych ze środków publicznych (jedynie w uzasadnionych przypadkach). Zaleca się wspieranie działań już istniejących, aby poprawić ich efektywność i jakość.

Opis interwencji

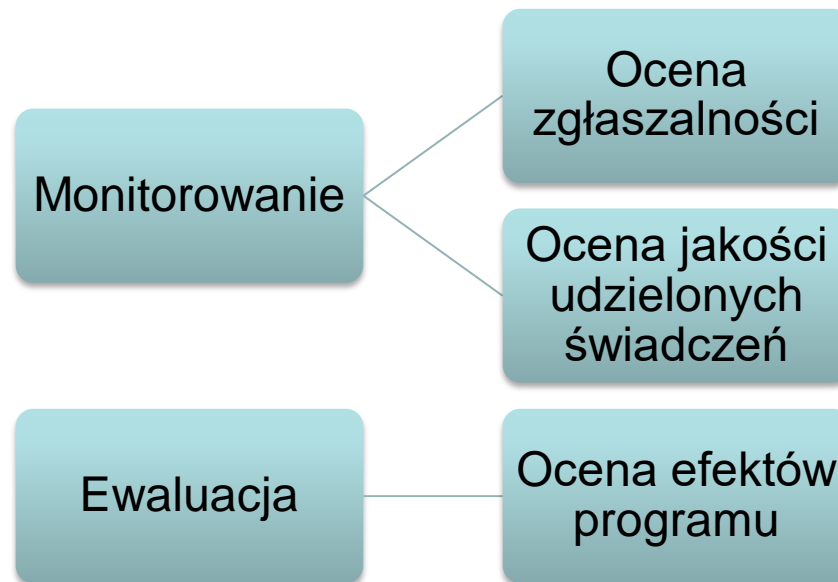
- W przypadku zaplanowania kilku interwencji istotne jest wykazanie zależności pomiędzy nimi. Należy również określić warunki przechodzenia uczestnika pomiędzy danymi etapami programu zawierającymi różne interwencje
- Należy wskazać sposób zakończenia udziału w programie. Zasadne jest, aby zakończenie udziału wiązało się z przekazaniem uczestnikom zaleceń dalszego postępowania.
- Istotne jest także zaplanowanie ewentualnej kontynuacji świadczeń zdrowotnych (np. współpraca z lokalnym ośrodkiem zdrowia, do którego kierowani będą pacjenci po zakończeniu programu, potrzebujący dalszej opieki).



Monitorowanie i ewaluacja

Monitorowanie jest procesem zbierania danych o realizacji PPZ i służy kontrolowaniu ich przebiegu i postępów. Proces ten uzasadnia modyfikacje, które wspierają realizację celów programu. Jest procesem przeprowadzanych w trakcie trwania programu.

Ewaluacja natomiast jest analizą danych z PPZ, realizowaną w celu oceny efektów prowadzonych działań. Jest procesem rozpoczynającym się po zakończeniu działań programowych i wykracza poza okres realizacji PPZ.



Monitorowanie i ewaluacja

Monitorowanie w programie dotyczącym szczepień p/grypie:

Ocena zgłaszalności powinna uwzględniać liczbę osób objętych programem szczepień w danym roczniku w zestawieniu z ogólną populacją, która kwalifikowałaby się do programu. Wskazać należałoby powody dla których szczepienie u niektórych osób nie zostało przeprowadzone (aspekty zdrowotne, aspekty etyczne etc.).

Ocena jakości udzielanych świadczeń powinna uwzględniać ocenę uczestnika programu (np. ankietę satysfakcji) oraz obiektywną ocenę osoby kontrolującej jakość przeprowadzanych procedur w ramach programu.

Ewaluacja programu dot. przeciwdziałaniu nadwadze i otyłości

Ewaluacja PPZ powinna uwzględniać m.in odsetek osób u których utrzymuje się uzyskany efekt zdrowotny, wpływ programu na ogólne rozpowszechnienie problemu w regionie, wpływ programu na zmianę zachowań zdrowotnych i utrzymywanie się tego efektu.

Budżet



- Zaplanowane w programie środki powinny być wydatkowane w sposób optymalny i efektywny.
- Planowanie budżetu powinno odbywać się w oparciu o model populacyjny, tzn. opierający się na kosztach jednostkowych, które następnie mnożone są przez liczebność populacji docelowej.
- Dopuszcza się także zaplanowanie budżetu w oparciu o koszty jednostkowe poszczególnych świadczeń.
- Budżet programu powinien uwzględniać wszystkie koszty poszczególnych składowych (tj. koszty interwencji, wynagrodzeń, wynajmu pomieszczeń, działań edukacyjnych, promocji i informacji itp.). Należy także wskazać sumaryczny koszt wszystkich kosztów częściowych.



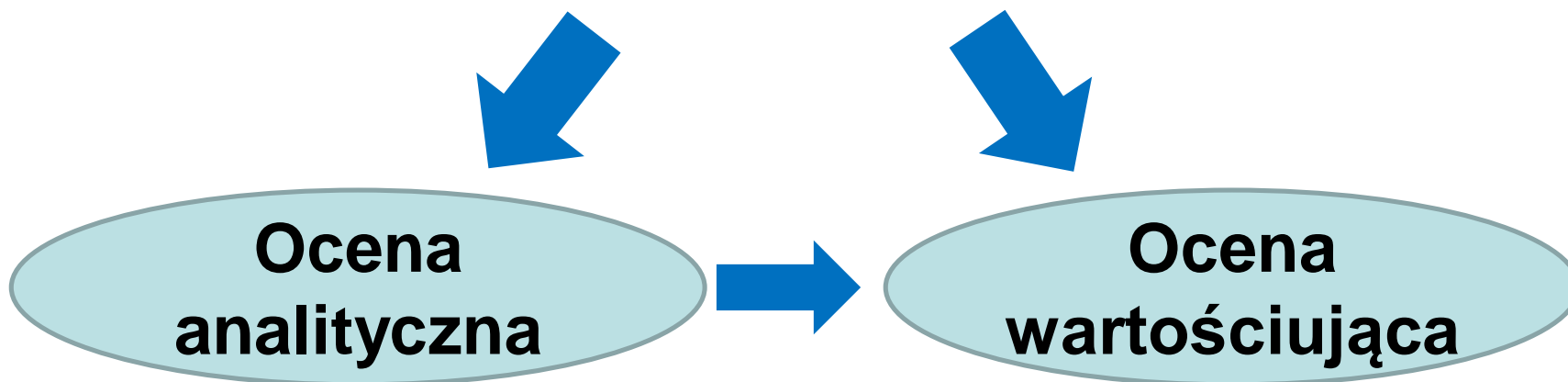
Proces wydawania opinii przez Agencję - ocena analityczna



Proces wydawania opinii przez Agencję



Opinia AOTMiT o PPZ



1. Zespół analityków przygotowuje dane stanowiące podstawę wydania opinii. Podstawową zasadą oceny technologii medycznych jest zebranie wszystkich dostępnych informacji. Tworzony jest **Raport**.

3. Raport przedstawiany jest na posiedzeniu **Rady Przejrzystości**; Rada zapoznaje się także z opiniami wezwanych ekspertów. Rada formułuje swoją opinię.

4. W oparciu o opinię Rady **Prezes** wydaje **opinię Agencji** i przekazuje ją Samorządowi lub Ministrowi

Rekomendowane działania z zakresu nadwagi i otyłości (wytyczne kliniczne)



Wykrywanie nadwagi i otyłości

Dzieci i młodzież

Podstawowe narzędzie - siatki centylowe BMI.

Wyliczanie przynajmniej raz w roku u dzieci w wieku 2-18 lat.

Zgodnie NICE:

- BMI ≥ 98 centyla otyłość,
- BMI $\geq 91-98$ centyla – nadwaga.

Zgodnie z WHO :

- Dzieci 2-5lat
nadwagę jako >97 centyl BMI,
otyłość $>99,9$ centyl BMI
- Dzieci i młodzież 5-19 lat.
nadwagę jako >85 centyl BMI
otyłość >97 centyl BMI

Dodatkowo wywiad rodzinny w kierunku nadwagi, otyłości i chorób towarzyszących

Dorośli

Podstawowe narzędzie - BMI, dodatkowo obwód talii.

Zgodnie IDF:

- otyłość brzuszną - obwód pasa przekracza 94 cm u mężczyzn i 80 cm u kobiet.

Zgodnie WHO oraz NICE,

- nadwagę - BMI 25-29,99,
- otyłość ≥ 30 (otyłość I stopnia 30-34,99, II stopnia 35-39,99, III stopnia ≥ 40).

Rekomendowane działania z zakresu nadwagi i otyłości (wytyczne kliniczne)

- Najbardziej skuteczne są multikomponentowe interwencje obejmujące aktywność fizyczną, zmianę nawyków żywieniowych i interwencje behawioralne/wparcie psychologiczne. Powinny one obejmować kilka sesji trwających od kilku tygodni do kilku miesięcy.
- Zaleca się aby rodzice byli aktywnie zaangażowani w zmianę stylu życia dziecka. Należy zachęcać rodziców dzieci z nadwagą i otyłością do redukcji wagi, jeśli sami mają nadwagę lub otyłość.
- Należy informować osoby z nadwagą i otyłością, że nawet niewielka zmiana w diecie, aktywności fizycznej może przynieść wymierne korzyści zdrowotnej (np. zredukować ryzyko wystąpienia cukrzycy typu 2, nadciśnienia, udaru).



Rekomendowane działania z zakresu nadwagi i otyłości (wytyczne kliniczne)



Multikomponentowe programy powinny:

- być oferowane grupom dzieci i młodzieży oraz ich rodzinom,
- być dopasowane do wieku i etapu rozwoju dzieci oraz być realizowane w miejscach łatwo dostępnych i dających poczucie nieskrępowania,
- podkreślać znaczenie aktywnego uczestnictwa rodziców w programach skierowanych dla ich dzieci,
- zapewniać wsparcie i zaangażowanie także po zakończeniu działań w ramach programu; (reewaluacja ok.1rok po zakończeniu),
- powinny zapewniać stały zespół personelu oraz stały kontakt beneficjentów ze specjalistami odpowiedzialnymi za ich realizację,

Rekomendowane działania z zakresu nadwagi i otyłości (wytyczne kliniczne)

Multikomponentowe programy:

- BMI powinien być oceniony na etapie rekrutacji do programu, na zakończenie oraz powinien być monitorowany po 6 miesiącach i po 1 roku od zakończenia programu,
- należy upewnić się, że cele programu, punkty końcowe i wymogi w zakresie monitorowania i ewaluacji, są jasno określone i zdefiniowane,
- w zakresie ewaluacji, powinno się monitorować: liczbę osób zakwalifikowanych, procent jaki ukończył dany program, procent osób kontynuujący działania po 6 m-cach. i po 1 roku od zakończenia programu,
- należy zdefiniować grupy podwyższonego ryzyka lub dzieci z ubogich rodzin.

Źródła wytycznych klinicznych (przykłady):

- National Institute for Health and Clinical Excellence
- Polskie Towarzystwo Dietetyki,
- European Association for the Study of Obesity,
- American Heart Association,
- U.S. Preventive Services Task Force,
- Polskie Towarzystwo Diabetologiczne,
- American Diabetes Association,
- Institute for Clinical Systems Improvement.
- World Health Organization
- Canadian Task Force on Preventive Health Care
- Institute for Clinical Systems Improvement
- International Diabetes Federation

