



**Opinia Prezesa**  
**Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji**  
**nr 63/2023 z dnia 23 października 2023 r.**  
**o projekcie programu polityki zdrowotnej pn.**  
**„Program polityki zdrowotnej z zakresu zwiększenia dostępności do**  
**świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w Gminie Miejskiej**  
**Kraków w ramach dziennego lub całodobowego pobytu dla osób**  
**niesamodzielnych niewymagających opieki instytucjonalnej oraz**  
**z zakresu wsparcia ich opiekunów nieformalnych”**

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości, pozytywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Program polityki zdrowotnej z zakresu zwiększenia dostępności do świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w Gminie Miejskiej Kraków w ramach dziennego lub całodobowego pobytu dla osób niesamodzielnych niewymagających opieki instytucjonalnej oraz z zakresu wsparcia ich opiekunów nieformalnych”, pod warunkiem uwzględnienia poniższych uwag.

**Uzasadnienie**

Przedstawiony projekt programu polityki zdrowotnej dzięki swoim założeniom może stanowić wsparcie w zabezpieczeniu zdrowia populacji i stanowi wartość dodaną do obecnie funkcjonujących świadczeń gwarantowanych.

Program zakłada, w zależności od przyjętego wariantu, prowadzenie Placówki Diennej Opieki i Aktywizacji lub Całodobowego Oddziału Opieki Wytchnieniowej. Wskazano, że wybór zależny będzie od aktualnych możliwości finansowych Gminy Miejskiej Kraków. Wraz z podjęciem ww. decyzji istotne będzie zachowanie spójności kolejnych działań dotyczących zakładanych celów, monitorowania i ewaluacji programu.

Zakres działań przedstawiony w jednym z wariantów, w opinii Agencji, będzie stanowić kontynuację ocenianego w 2017 r. PPZ „Dzienny Dom Opieki Medycznej w Gminie Miejskiej Kraków”, którego okres realizacji został zaplanowany na lata 2018-2023. Warto, aby wdrożenie tego programu poprzedzała ocena dotychczas realizowanego programu. Doświadczenia z dotychczasowej realizacji mogą istotnie wpłynąć na zoptymalizowanie PPZ w kolejnych latach realizacji.

Ponadto, w celu zapewnienia realizacji programu o możliwie najwyższej jakości należy uwzględnić uwagi przedstawione w dalszej części niniejszej opinii, a w szczególności:

- doprecyzować cele i mierniki efektywności programu;

- opisać poszczególne etapy programu;
- sformułować wskaźniki w sposób umożliwiający kompleksową ocenę uzyskanych dzięki realizacji programu efektów;
- uwzględnić koszty poszczególnych elementów składających na koszt jednostkowy.

Projekt programu zawiera działania, które są dostępne jako świadczenia gwarantowane. Dlatego należy mieć na uwadze, aby zaplanowane interwencje udzielane w ramach programu nie powielają świadczeń finansowanych ze środków publicznych. Powyższe odzwierciedlono w kryteriach wyłączenia z programu wskazując na uzyskanie w skali Barthel mniej niż 40 pkt.

Dodatkowym zadaniem do realizacji w tym programie będzie usprawnienie koordynacji opieki przejściowej (*Care transition*) pomiędzy podmiotami, które będą zaangażowane w opiekę instytucjonalną i pozainstytucjonalną. Tę kwestię należy również uwzględnić w przedmiotowym programie.

### **Przedmiot opinii**

Przedmiotem oceny jest projekt programu polityki zdrowotnej zakładający zwiększenia dostępności do świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w Gminie Miejskiej Kraków w ramach dziennego lub całodobowego pobytu dla osób niesamodzielnych niewymagających opieki instytucjonalnej oraz z zakresu wsparcia ich opiekunów nieformalnych.

Realizacja programu została zaplanowana na lata 2023-2027.

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 opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2023 r., poz. 2561 z późn. zm.) 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

Projekt programu polityki zdrowotnej dotyczy problemu osób niesamodzielnych z chorobami neurodegeneracyjnymi, wymagających wsparcia drugiej osoby.

Zaawansowany wiek często wiąże się z występowaniem wielu chorób, w tym chorób neurodegeneracyjnych. W treści programu odniesiono się także do problemu wielkich zespołów geriatrycznych, czyli przewlekłych zaburzeń prowadzących do niesprawności funkcjonalnej i negatywnie wpływających na jakość życia seniorów. Podkreślono aspekt obciążenia fizycznego opiekunów i towarzyszące mu poczucie niezrozumienia i braku wsparcia.

W treści projektu przedstawiono ogólnopolskie, regionalne oraz lokalne dane epidemiologiczne korespondujące z wybranym problemem zdrowotnym.

Odniesiono się do Mapy Potrzeb Zdrowotnych na lata 2022-2026 wskazując, że znaczna większość pacjentów korzystających ze świadczeń w ramach opieki długoterminowej zarówno w Krakowie, jak i w całej Polsce to osoby po 65 roku życia. Zaznaczono, że w Krakowie w 2021 roku pacjenci w wieku 65-79 lat stanowili 28%, a w wieku 80+ aż 58% ogółu korzystających z opieki długoterminowej.

#### Cele i efekty programu

Głównym założeniem projektu programu jest „zachowanie lub zwiększenie sprawności psychofizycznej u co najmniej 50% uczestników programu (osób niesamodzielnych) w okresie jego realizacji, tj. w latach 2023-2027”. Należy zaznaczyć, że możliwe jest osiągnięcie wskazanego celu za pomocą zaplanowanych

działań, niemniej nie wskazano uzasadnienia dla przyjętej wartości docelowej, co wymaga uzupełnienia.

W projekcie wskazano poniższe cele szczegółowe:

*WARIANT A (prowadzenie Placówki Diennej Opieki i Aktywizacji osób niesamodzielnych, edukacja opiekunów nieformalnych osób niesamodzielnych oraz bezpłatna wypożyczalnia sprzętu medycznego)*

- 1) „utworzenie 27 miejsc opieki dziennej nad osobami niesamodzielnymi na terenie Gminy Miejskiej Kraków”;
- 2) „w okresie 50 miesięcy trwania programu zwiększenie o co najmniej 675 liczby osób niesamodzielnych, które uzyskały dostęp do wysokiej jakości nieinstytucjonalnej opieki medycznej (w formie dziennej) na terenie Gminy Miejskiej Kraków”;
- 3) „zmniejszenie obciążania opieką u co najmniej 50% opiekunów osób niesamodzielnych uczestniczących w programie, w okresie realizacji programu”;
- 4) „zwiększenie kompetencji opiekuńczych u co najmniej 50% opiekunów osób niesamodzielnych uczestniczących w programie, w okresie realizacji programu”;
- 5) „zwiększenie skuteczności i jakości sprawowanej opieki w środowisku domowym poprzez możliwość wypożyczenia sprzętu medycznego w okresie realizacji programu”.

Przedstawiony w projekcie cel nr 1 został sformułowany w formie działania, co nie jest podejściem poprawnym. Cel nr 2 nie odnosi się do efektu zdrowotnego. Cele szczegółowe nr 3 i 4 wydają się możliwe do osiągnięcia w wyniku zaplanowanych w projekcie działań, niemniej nie wskazano uzasadnienia dla przyjętych wartości. Z kolei cel nr 5 nie określa wartości docelowej do jakiej należy dążyć.

*WARIANT B (prowadzenie Placówki Diennej Opieki i Aktywizacji osób niesamodzielnych, edukacja opiekunów nieformalnych osób niesamodzielnych oraz bezpłatna wypożyczalnia sprzętu medycznego, a także prowadzenie Całodobowego Oddziału Opieki Wytchnieniowej)*

- 1) „utworzenie 27 miejsc opieki dziennej nad osobami niesamodzielnymi na terenie Gminy Miejskiej Kraków”;
- 2) „utworzenie 18 miejsc opieki całodobowej nad osobami niesamodzielnymi na terenie Gminy Miejskiej Kraków”;
- 3) „w okresie 50 miesięcy trwania programu zwiększenie o co najmniej 675 liczby osób niesamodzielnych, które uzyskały dostęp do wysokiej jakości nieinstytucjonalnej opieki medycznej (w formie dziennej) na terenie Gminy Miejskiej Kraków”;
- 4) „w okresie 50 miesięcy trwania programu zwiększenie o co najmniej 1 961 liczby osób niesamodzielnych, które uzyskały dostęp do wysokiej jakości nieinstytucjonalnej opieki medycznej (w formie całodobowej) na terenie Gminy Miejskiej Kraków”;
- 5) „zmniejszenie obciążania opieką u co najmniej 50% opiekunów osób niesamodzielnych uczestniczących w programie, w okresie realizacji programu”;
- 6) „zwiększenie kompetencji opiekuńczych u co najmniej 50% opiekunów osób niesamodzielnych uczestniczących w programie, w okresie realizacji programu”;
- 7) „zwiększenie skuteczności i jakości sprawowanej opieki w środowisku domowym poprzez możliwość wypożyczenia sprzętu medycznego w okresie realizacji programu”.

Cele szczegółowe nr 1, 3, 5, 6, 7 stanowią powielenie celów z wariantu A. Cele nr 1 i 2 dot. utworzenia miejsc zostały sformułowane nieprawidłowo, w postaci działania. Cel nr 3 i 4 w istocie nie odnoszą się do efektu zdrowotnego. Cele szczegółowe nr 5 i 6 wydają się możliwe do osiągnięcia w wyniku

zaplanowanych w projekcie działań. Należy zaznaczyć, że w żadnym z celów nie wskazano uzasadnienia dla przyjętych wartości. Z kolei w celu nr 7 nie wskazano wartości docelowej do jakiej należy dążyć.

Należy podkreślić, że cel szczegółowy powinien odnosić się do skutków zastosowania interwencji, stanowić uzupełnienie celu głównego, zaś jego osiągnięcie powinno być elementem warunkującym osiągnięcie celu głównego. Podobnie jak cel główny, powinien być mierzalny i możliwy do osiągnięcia w okresie realizacji programu polityki zdrowotnej. Ten element programu wymaga poprawy. Ponadto biorąc pod uwagę zaplanowane w projekcie działania edukacyjne dla opiekunów osób niesamodzielnych zasadne byłoby przedstawienie dodatkowego celu odnoszącego się do tej interwencji. Warto podkreślić, że prawidłowo zaplanowana akcja edukacyjna powinna zakończyć się wzrostem lub utrzymaniem wysokiego poziomu wiedzy u wszystkich osób uczestniczących w programie. Należy przy tym zdefiniować co oznacza wysoki poziom wiedzy (np. min. 75% poprawnych odpowiedzi). Przykładowym celem może być: „podniesienie lub utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy u co najmniej ...% opiekunów osób niesamodzielnych uczestniczących w programie”.

W projekcie programu zaproponowano mierniki efektywności:

#### WARIANT A

- 1) „odsetek osób niesamodzielnych, u których odnotowano zachowanie lub zwiększenie sprawności psychofizycznej w wyniku udziału w programie z wykorzystaniem standaryzowanych skal wykonywanych po przyjęciu i przed wypisem: co najmniej 50%”;
- 2) „liczba utworzonych miejsc opieki dziennej: 27 miejsc”;
- 3) „liczba osób niesamodzielnych, które skorzystały z usług Placówki Diennej Opieki i Aktywizacji w ramach programu: co najmniej 675 osób”
- 4) „odsetek opiekunów osób niesamodzielnych, u których odnotowano poprawę w zakresie stopnia obciążenia opiekuna w wyniku udziału w programie (mierzony przy pomocy kwestionariusza COPE Indeks): co najmniej 50%”
- 5) „odsetek opiekunów osób niesamodzielnych, u których odnotowano zwiększenie kompetencji opiekuńczych w wyniku udziału w programie (mierzony przy pomocy kwestionariusza ankiety): co najmniej 50%”;
- 6) „liczba osób niesamodzielnych, które skorzystały z wypożyczalni sprzętu medycznego: co najmniej 250 osób”

Wskaźniki nr 2, 3 i 6 nie spełniają funkcji mierników efektywności, natomiast mogą zostać wykorzystane podczas monitorowania. Mierniki nr 4 i 5 odnoszą się bezpośrednio do celów szczegółowych nr 3 i 4.

#### WARIANT B

- 1) „odsetek osób niesamodzielnych, u których odnotowano zachowanie lub zwiększenie sprawności psychofizycznej w wyniku udziału w programie z wykorzystaniem standaryzowanych skal lub skali Barthel wykonywanych po przyjęciu i przed wypisem: co najmniej 50%”;
- 2) „liczba utworzonych miejsc opieki dziennej: 27 miejsc”;
- 3) „liczba utworzonych miejsc opieki całodobowej: 18 miejsc”;
- 4) „liczba osób niesamodzielnych, które skorzystały z usług Placówki Diennej Opieki i Aktywizacji w ramach programu: co najmniej 675 osób”;
- 5) „liczba osób niesamodzielnych przyjętych na Całodobowy Oddział Opieki Wytchnieniowej w ramach programu: co najmniej 1 961 osób”;

- 6) „odsetek opiekunów osób niesamodzielnych, u których odnotowano poprawę w zakresie stopnia obciążenia opiekuna w wyniku udziału w programie (mierzony przy pomocy kwestionariusza COPE Indeks): co najmniej 50%”;
- 7) „odsetek opiekunów osób niesamodzielnych, u których odnotowano zwiększenie kompetencji opiekuńczych w wyniku udziału w programie (mierzony przy pomocy kwestionariusza ankiety): co najmniej 50%”;
- 8) „liczba osób niesamodzielnych, które skorzystały z wypożyczalni sprzętu medycznego: co najmniej 250 osób”.

Wskaźniki nr 2, 4, 6, 7, 8 stanowią powielenie wskaźników z wariantu A. Miernik nr 1 odnosi się do celu głównego. Wskaźniki nr 2-5 i 8 nie spełniają funkcji mierników efektywności, natomiast mogą zostać wykorzystane podczas monitorowania. Mierniki nr 6 i 7 odnoszą się bezpośrednio do celów szczegółowych nr 5 i 6.

Należy zaznaczyć, że mierniki efektywności powinny umożliwiać obiektywną i precyzyjną ocenę stopnia realizacji wyznaczonych celów oraz powinny być istotnym odzwierciedleniem zdarzeń lub faktów występujących w danym programie, wyrażonych w odpowiednich jednostkach miary.

Dodatkowo w tym elemencie programu można uwzględnić takie mierniki efektywności jak: „liczba opiekunów osób niesamodzielnych uczestniczących w programie, u których doszło do podniesienia lub utrzymania wysokiego poziomu wiedzy”.

#### Populacja docelowa

Populację docelową programu, w zależności od wariantu jego realizacji, będą stanowić osoby niesamodzielne z chorobami neurodegeneracyjnymi oraz ich opiekunowie nieformalni (wariant A) lub osoby niesamodzielne ze szczególnym uwzględnieniem osób z chorobami neurodegeneracyjnymi oraz ich opiekunowie nieformalni (wariant B). Przyjęto, że populację docelową stanowić będzie 50% liczby wszystkich mieszkańców gminy miejskiej Kraków w wieku poprodukcyjnym, tj. 89 811 osób. Dane są zgodne z danymi GUS.

W przypadku wariantu A potencjalny odsetek osób dotkniętych chorobami neurodegeneracyjnymi przyjęto na poziomie 16% (tj. 14 370 osób), a wsparciem zostaną objęte 162 osoby rocznie (675 w całym okresie trwania programu). Założono, że każda osoba niesamodzielna posiada jednego opiekuna nieformalnego.

W odniesieniu do wariantu B, w zakresie Placówki Diennej Opieki i Aktywizacji oszacowania są tożsame z wariantem B (675 osób niesamodzielnych i ich 675 opiekunów). Natomiast Całodobowy Oddział Opieki Wytchnieniowej zapewni opiekę ok. 471 osobom rocznie, zaś w całym okresie trwania programu (50 miesięcy): 1 961 osobom. Łącznie wsparcie otrzyma rocznie 633 osoby, zaś w całym okresie trwania programu 2 636 osób. Przewidywana liczba opiekunów jest tożsama z liczbą osób niesamodzielnych objętych programem, tj. 2 636.

Kryteria włączenia do programu to:

#### *Placówka Diennej Opieki i Aktywizacji (wariant A i B):*

- spełnienie definicji osoby niesamodzielnej;
- miejsce zamieszkania na terenie gminy miejskiej Kraków;
- wiek (60 lat i więcej) (dopuszcza się przyjmowanie pacjentów młodszych, o ile spełniają wszystkie pozostałe kryteria);
- występowanie jednej z chorób neurodegeneracyjnych (choroba Parkinsona, Alzheimer, zespoły otępienne innego rodzaju, SM lub pacjent po przebytym udarze mózgu).

*Całodobowy Oddział Opieki Wytchnieniowej (wariant B) – dodatkowe kryteria:*



- wiek (18 lat i więcej);
- objęcie długotrwałą opieką sprawowaną w warunkach domowych przez opiekuna nieformalnego (minimum 6 miesięcy).

W treści programu odniesiono się także do kryteriów wyłączenia. Wskazano, że w programie nie będą mogły wziąć udziału osoby m.in.: wymagające hospitalizacji, korzystające ze świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej, opieki paliatywnej i hospicyjnej oraz rehabilitacji leczniczej, w warunkach oddziału dziennego lub w warunkach stacjonarnych, a także korzystające z usług oferowanych w innych placówkach dziennej opieki; korzystające równocześnie z usług całodobowych opiekuńczych w ramach pomocy społecznej (np. DPS, mieszkania chronione); które w skali Barthel uzyskały mniej niż 40 pkt.

### Interwencja

W zależności od wariantu, w ramach programu zaplanowano prowadzenie Placówki Diennej Opieki i Aktywizacji osób niesamodzielnych, edukację opiekunów nieformalnych osób niesamodzielnych oraz bezpłatną wypożyczalnię sprzętu medycznego (wariant A) lub prowadzenie Placówki Diennej Opieki i Aktywizacji osób niesamodzielnych, edukację opiekunów nieformalnych osób niesamodzielnych oraz bezpłatną wypożyczalnię sprzętu medycznego, a także prowadzenie Całodobowego Oddziału Opieki Wytchnieniowej (wariant B).

#### *Placówka Diennej Opieki i Aktywizacji*

Placówka Diennej Opieki i Aktywizacji zapewnią będzie pacjentom opiekę medyczną połączoną z kontynuacją terapii i procesem usprawniania w zakresie funkcjonalnym oraz procesów poznawczych. Placówka będzie specjalizować się w opiece nad osobami niesamodzielnymi z chorobami neurodegeneracyjnymi (demencja o różnej etiologii, m.in. po udarach mózgu, z rozpoznaną chorobą Parkinsona, stwardnieniem rozsianym). W placówce będzie mogło przebywać jednocześnie 27 osób.

Do podstawowych kategorii świadczeń realizowanych w placówce należeć będą: opieka pielęgniarska, w tym udział w farmakoterapii, dobór i zmiana specjalistycznych opatrunków, pomiary parametrów życiowych, edukacja pacjenta dotycząca samoopieki i samopielęgnacji, wsparcie psychologa i dietetyka. Wsparcie realizowane będzie przez pielęgniarkę, psychologa i dietetyka.

W ramach działań podejmowanych w placówce zaplanowano także pomoc w podstawowych czynnościach życiowych oraz zmniejszenia deficytu w zakresie samopielęgnacji, realizowane przez opiekuna medycznego. Wskazano także na udział w zajęciach terapeutycznych, podnoszących sprawność i aktywizujących do uczestnictwa w życiu społecznym, organizację czasu wolnego.

Placówka będzie zapewniać możliwość pobytu w miejscu spełniającym odpowiednie warunki lokalowe, gwarantującym prawidłową realizację świadczeń. Placówka zapewnia pacjentom posiłki (śniadanie, drugie śniadanie i obiad oraz ciepłe i zimne napoje). Pacjenci, w razie potrzeby będą mieć zapewnioną ze strony personelu pomoc przy spożywaniu posiłków. Wskazano także na możliwość transportu do i z Placówki Diennej Opieki i Aktywizacji.

Zaplanowano w ramach działań placówki także wsparcie edukacyjne polegające na udzielaniu informacji, edukacji i poradnictwu (w tym psychologicznym), zarówno dla opiekunów, jak i pacjentów. Powyższe działania będą mieć na celu przygotowanie rodziny i opiekunów pacjenta do kontynuacji opieki w domu. Działania te będą mieć wymiar indywidualny i polegać będą na współpracy z rodziną w zakresie rozwiązywania problemów pacjentów, wskazywaniu rozwiązań mających na celu poprawę funkcjonowania pacjenta, udzielaniu wsparcia w zachowaniu więzi rodzinnych i nawiązywaniu kontaktów z innymi pacjentami, przeprowadzaniu rozmów wspierających, udzielaniu wskazówek i informacji pomagających w opiece.

W ramach oceny czynnościowej przewidziano wykorzystanie skali *Instrumental Activities Daily Living* (IADL). W przypadku oceny fizycznej mają zostać wykorzystane skale *Mini Nutritional Assessment* (MNA) oraz Tinetti. Przy ocenie stanu umysłowego zaproponowano wykorzystanie skali Hamiltona

(HAM-D) oraz skal *Mini Mental State Examination* (MMSE) oraz Geriatric Depression Scale (GDS). Każda z nich została poniżej przeanalizowana. Wszystkie skale mają być przeprowadzone zarówno w momencie przyjęcia pacjenta jak i jego wypisu w celu określenia skuteczności prowadzonej terapii

Należy zaznaczyć, że wymienione grupy interwencji są zgodne z wytycznymi w zakresie dziennych domów opieki dla pacjentów geriatrycznych/dorosłych (SMoH 2016, NICE 2016, MHC 2016). Na konieczność zapewnienia wyżywienia pacjentom dziennych domów opieki dla osób w wieku podeszłym/dorosłych zwracają uwagę wytyczne SMoH 2016, NICE 2016, MHC 2016). Z kolei wytyczne SMoH 2016 wskazują na możliwość zapewnienia transportu osobom korzystającym z dziennych domów opieki geriatrycznej w formie tzw. obsługi „door-to-door” w przypadkach uzasadnionych.

W ramach Placówki Diennej Opieki i Aktywizacji działań będzie także wypożyczalnia sprzętu medycznego. Jest to wsparcie adresowane do wszystkich opiekunów nieformalnych osób niesamodzielnych zamieszkałych na terenie Miasta Krakowa.

#### *Całodobowy Oddział Opieki Wytchnieniowej*

Całodobowy Oddział Opieki Wytchnieniowej będzie realizował świadczenia polegające na czasowym, całodobowym przebywaniu osoby niesamodzielnej pod profesjonalną opieką w przypadku okresowego braku możliwości sprawowania opieki przez jej opiekuna nieformalnego lub potrzeby odpoczynku opiekuna.

Okres objęcia opieką wytchnieniową będzie wynosił co do zasady 2 tygodnie lecz nie mniej niż 7 dni i nie więcej niż 28 dni, przy czym zgodnie z zasadą indywidualizacji wsparcia, każdorazowo będzie rozpatrywana konkretna sytuacja opiekuńcza. Podkreślono, że jednocześnie na Całodobowym Oddziale Opieki Wytchnieniowej świadczeniami zdrowotnymi objętych będzie 18 pacjentów.

Świadczenia zdrowotne udzielane w trakcie pobytu pacjenta w Całodobowym Oddziale Opieki Wytchnieniowej będą obejmować opiekę i pielęgnację (pobyt całodobowy, wyżywienie z uwzględnieniem diet, pomoc w podstawowych czynnościach dnia codziennego np. kąpiel, karmienie, pomoc w korzystaniu z toalety, pomoc w poruszaniu się, zmiana wyrobów chłonnych); zabiegi pielęgniarstwa (np. pomoc w dostępie do świadczeń zdrowotnych, uzgadnianie i pilnowanie terminów wizyt lekarskich, badań diagnostycznych, pilnowanie przyjmowania leków oraz obserwowanie ewentualnych skutków ubocznych ich stosowania, w szczególności uzasadnionych przypadkach zmiana opatrunków); rehabilitację fizyczną i usprawnianie zaburzonych funkcji organizmu zgodnie z zaleceniami lekarskimi lub specjalisty z zakresu rehabilitacji ruchowej lub fizjoterapii; terapię zajęciową oraz wsparcie psychologiczne.

Świadczenia w oddziale realizowane będą w oparciu o zebrane informacje na podstawie dokumentacji medycznej (m.in. historia choroby, przyjmowane leki) dostarczonej przez opiekuna i przeanalizowanej przez zespół terapeutyczny (pielęgniarka, fizjoterapeuta, opiekun medyczny, terapeuta zajęciowy, psycholog lub psychoterapeuta, lekarz).

#### Monitorowanie i ewaluacja

Projekt programu zakłada przeprowadzenie jego monitorowania i ewaluacji.

Ocena zgłaszalności została zaplanowana poprawnie i prowadzona będzie na podstawie analizy „liczby osób, które zgłosiły się do programu” oraz „liczby osób, które nie zostały objęte programem”. W projekcie wskazano, że będzie ona również oceniana przy uwzględnieniu rejestru pacjentów, zawierającego dane o liczbie osób, które złożyły formularz zgłoszeniowy do programu.

Ocena jakości świadczeń zostanie przeprowadzona na podstawie analizy wyników ankiety satysfakcji. Dodatkowo wskazano, że program będzie oceniany na bieżąco przez osoby kontrolujące jakość przeprowadzanych procedur w programie.

W ramach oceny efektywności programu wskazano, że będzie ona obejmować w szczególności analizę danych dotyczących efektywności programu, dlatego też będzie przeprowadzona w dłuższej

perspektywie czasowej, tj. po zakończeniu 5-letniego okresu realizacji. Podkreślono, że ewaluacja zakończona będzie raportem końcowym. Ponadto w ramach ewaluacji zostaną wykorzystane następujące wskaźniki: „zapotrzebowanie na świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w Gminie Miejskiej Kraków w formie dziennego lub całodobowego pobytu dla osób niesamodzielnych niewymagających opieki instytucjonalnej, mierzone liczbą osób zgłaszających się do programu”, „ocena sytuacji osób niesamodzielnych na terenie Gminy Miejskiej Kraków, korzystających ze świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w formach zdeinstytucjonalizowanych” oraz „ocena sytuacji opiekunów nieformalnych osób niesamodzielnych na terenie Gminy Miejskiej Kraków, korzystających ze świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w formach zdeinstytucjonalizowanych”. Należy jednak zaznaczyć, że pierwszy ze wskaźników odnosi się bardziej do monitorowania, natomiast dwa pozostałe zostały sformułowane w postaci działania. Warto wskazać, że ze względu na niewielką liczbę prawidłowo sformułowanych wskaźników, kompleksowa ocena efektywności podejmowanych działań może okazać się utrudniona. Ewaluacja programu powinna opierać się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu, a stanem po jego zakończeniu, co zostało tylko częściowo uwzględnione.

#### Warunki realizacji

Projekt zawiera zdawkowy opis etapów i działań podejmowanych w ramach programu. Pierwszym etapem programu będzie kampania informacyjno-promocyjna. Następnie odbędzie się realizacja programu w wariantach A lub B, zgodnie z jego założeniami. Kolejno zaplanowano bieżącą sprawozdawczość realizatora programu umożliwiającą jego stałe monitorowanie i późniejszą ewaluację. W ramach etapów wskazano także na rozliczenie finansowe programu w każdym roku jego realizacji. Ostatnim etapem będzie zakończenie programu, podsumowanie, ewaluacja oraz opracowanie raportu końcowego.

Przedstawiono informacje o warunkach dotyczących personelu, wyposażenia i lokalowych.

Akcja informacyjna w programie ma być prowadzona przez: informacje przekazywane do innych jednostek ochrony zdrowia i pomocy społecznej np. przychodnie POZ, poradnie rehabilitacyjne, poradnie geriatryczne, DPS, MOPS itd.; publikacje prasowe w prasie lokalnej i branżowej; ulotki; plakaty; stronę internetową podmiotu realizującego program oraz media społecznościowe.

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

W projekcie programu przedstawiono szczegółowe koszty jednostkowe:

- 270 zł – koszt pobytu w Placówce Diennej Opieki i Aktywizacji (koszt osobodnia) w wariantach A i B;
- 444 zł – koszt pobytu na Całodniowym Oddziale Opieki Wytchnieniowej (koszt osobodnia) w wariantach A, B,
- 91 920 zł – nadzór merytoryczny w skali roku, w tym monitorowanie, realizacja i ewaluacja programu w wariantach A, B,
- 238 028 zł – nadzór merytoryczny w skali roku, w tym monitorowanie, realizacja i ewaluacja programu w wariantach A, B,
- 11 348 zł – pobyt 2-miesięczny pacjenta w Placówce Diennej Opieki i Aktywizacji,
- 6 209 zł – pobyt 2-tygodniowy pacjenta na Całodobowym Oddziale Opieki Wytchnieniowej,
- 8 779 zł – średni koszt na uczestnika.

Należy jednak podkreślić, że w projekcie nie przedstawiono szczegółowej analizy przedstawionych kosztów jednostkowych, co utrudnia ich weryfikację.



Koszt roczny realizacji programu w przypadku realizacji wariantu A wynosi 1 930 313,70 zł, natomiast w przypadku wariantu B – 4 998 586,32 zł.

Całkowity koszt zaplanowanych interwencji został oszacowany na 10 654 393,57 zł w wariantcie A, natomiast w wariantcie B – 27 589 767,32 zł.

Program ma zostać sfinansowany z budżetu gminy miejskiej Kraków. Zaznaczono jednak, że miasto dopuszcza możliwość ubiegania się o dofinansowanie z Narodowego Funduszu Zdrowia.

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

#### Problem zdrowotny

Programy polityki zdrowotnej skierowane do osób niesamodzielnych nie są programami o dobrze zdefiniowanym problemie zdrowotnym i ściśle określonej populacji. Opiniowany program skupia się na osobach niesamodzielnych, które z powodu długotrwałego lub trwałego upośledzenia funkcji organizmu (niepełnosprawności) w następstwie choroby, urazu lub wieku, dla zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych wymaga pomocy osoby drugiej. Warto także wskazać, że proces starzenia się istotnie wpływa na specyfikę chorobowości wśród osób w wieku geriatrycznym (powyżej 60 r.ż.). Pacjentów z wymienionej grupy wiekowej charakteryzuje wielochorobowość i wielolekowość, jak również brak specyficzności objawów klinicznych występujących problemów zdrowotnych. Typowym zjawiskiem dla polipatologii jest współwystępowanie chorób somatycznych i psychicznych.

#### Alternatywne świadczenia

W Polsce opieka długoterminowa świadczona jest przez dwa sektory: społeczny i opieki zdrowotnej. Usługi pielęgnacyjne (wsparcie w wykonywaniu codziennych aktywności) są domeną polityki społecznej, a usługi leczniczo-opiekuńcze – ochrony zdrowia.

Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (Dz.U. 2022 poz. 965 z późn. zm.), świadczenia gwarantowane realizowane w warunkach stacjonarnych oraz domowych. Świadczenia gwarantowane udzielane w warunkach stacjonarnych są realizowane w zakładach opiekuńczych dla osób dorosłych lub dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18. roku życia. Świadczenia gwarantowane obejmują: świadczenia udzielane przez lekarza; świadczenia udzielane przez pielęgniarkę; rehabilitację ogólną w podstawowym zakresie, prowadzoną w celu zmniejszenia skutków upośledzenia ruchowego oraz usprawnienia ruchowego; świadczenia psychologa; terapię zajęciową; leczenie farmakologiczne; leczenie dietetyczne; zaopatrzenie w wyroby medyczne, w tym określone w załączniku nr 1 do rozporządzenia stosowane przy udzielaniu świadczeń gwarantowanych w zakładzie opiekuńczym; edukację zdrowotną polegającą na przygotowaniu świadczeniobiorcy i jego rodziny lub opiekuna do samoopieki i samopielęgnacji w warunkach domowych.

Ponadto zgodnie z ww. rozporządzeniem świadczenia gwarantowane realizowane w warunkach stacjonarnych, są udzielane świadczeniobiorcy wymagającemu ze względu na stan zdrowia całodobowych świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych, rehabilitacyjnych oraz kontynuacji leczenia, a niewymagającemu hospitalizacji w oddziale szpitalnym, który w ocenie skalą poziomu samodzielności, zwaną dalej „skalą Barthel”, otrzymał 40 punktów lub mniej.

#### Ocena technologii medycznej

***Ogólne wytyczne w zakresie opieki nad pacjentem dorosłym/w podeszłym wieku (w ramach domów opieki lub kompleksowych świadczeń oferowanych w ramach dziennych geriatrycznych oddziałach szpitalnych):***

*Kryteria włączenia:*

W domach opieki poza osobami w wieku podeszłym (po 60 r.ż.) mogą również przebywać osoby młodsze, które ze względu na stan zdrowia kwalifikują się do świadczeń oferowanych w takich jednostkach (NICE 2015).

Świadczenia w dziennych geriatrycznych oddziałach szpitalnych dotyczą jedynie populacji osób w wieku podeszłym (PTG 2013).

*Przyjęcie pacjenta do dziennego domu opieki/dziennego geriatrycznego oddziału szpitalnego (NICE 2015, PTG 2013, MHC 2016):*

Standardy postępowania w opiece geriatrycznej powinny być stosowane u wszystkich pacjentów geriatrycznych, zwłaszcza u tych, którzy w skali Vulnerable Elders Survey 13 (VES-13) osiągają przynajmniej 3 punkty (PTG 2013).

Każdy z przyjętych pacjentów powinien mieć odgórnie określony indywidualny plan opracowany przez zespół specjalistów.

Wszelkie zaplanowane działania powinny zostać udokumentowane w karcie pacjenta.

W momencie przyjęcia pacjenta należy przeprowadzić z nim szereg testów określających jego stan w momencie przyjęcia i kontrolować go przez cały czas pobytu.

*Proponowane interwencje (PTG 2013, MHC 2016, NICE 2015):*

Działania podstawowe, jakie powinny być dostępne dla pacjenta w ramach opieki prowadzonej w dziennym domu to:

- interwencje społeczne i rekreacyjne,
- ćwiczenia relaksacyjne,
- posiłki,
- opieka pielęgniarska.

W ramach dziennych domów powinny być oferowane działania dodatkowe, do których zalicza się:

- usługi rehabilitacyjne,
- poradnictwo dietetyczne,
- rozmowy z psychologiem,
- stosowanie terapii behawioralnych,
- pomoc przy robieniu zakupów (MHC 2016).

*Przygotowywanie posiłków/diet dla pacjentów (NICE 2015, PTG 2013):*

Zaleca się prowadzenie oceny stanu odżywienia za pomocą testów MNA (*Mini Nutritional Assessment*) lub SCALES (*Sadness-Cholesterol-Albumin- Loss of Weight-Eating Problems-Shopping*) (PTG 2013).

Zaleca się zwrócenie uwagi na odpowiedni stopień nawodnienia pacjenta oraz przygotowania dla niego optymalnej diety opartej o zalecenia lekarza prowadzącego. Należy zapewnić pacjentom domów opieki posiłki oraz napoje, a także różnego typu drobne przekąski w ciągu całego dnia, w tym poza regularnymi porami posiłków.

*Doświadczenie/wiedza kadry prowadzącej interwencje w ramach dziennych domów opieki (NICE 2015, MHC 2016):*

Świadczenia oferowane w domach opieki powinny być prowadzone przez specjalistów w danych dziedzinach, tj. lekarzy pielęgniarki terapeutów zajęciowych, fizjoterapeutów, dietetyków czy też psychologów mających ukończone odpowiednie kursy i szkolenia.

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

**PREZES**

dr n. med. Roman Topór-Mądry

*/dokument podpisany elektronicznie/*

**Tryb wydania opinii**

Opinię wydano na podstawie art. 48a ust. 8 pkt 3, w zw. z art. 31s ust. 6 pkt 3 ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2022 r., poz. 2561 z późn. zm.), z uwzględnieniem raportu nr: OT.431.63.2023 „Program polityki zdrowotnej z zakresu zwiększenia dostępności do świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w Gminie Miejskiej Kraków w ramach dziennego lub całodobowego pobytu dla osób niesamodzielnych niewymagających opieki instytucjonalnej oraz z zakresu wsparcia ich opiekunów nieformalnych” realizowany przez: Miasto Kraków; data ukończenia październik 2023, oraz aneksów do raportów „Programy z zakresu profilaktyki geriatrycznej – wspólne podstawy oceny”, sierpień 2015 r. oraz Raportem AOTMiT nr OT.441.337.217.MiS z grudnia 2017 r. do PPZ pn. „Dzienny Dom Opieki Medycznej w Gminie Miejskiej Kraków” oraz opinii Rady Przejrzystości nr 173/2023 z dnia 16 października 2023 roku o projekcie programu „Program polityki zdrowotnej z zakresu zwiększenia dostępności do świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w Gminie Miejskiej Kraków w ramach dziennego lub całodobowego pobytu dla osób niesamodzielnych niewymagających opieki instytucjonalnej oraz z zakresu wsparcia ich opiekunów nieformalnych” realizowany przez Miasto Kraków.