



Rekomendacja nr 76/2018

z dnia 31 lipca 2018 r.

Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zasadności kwalifikacji świadczenia opieki zdrowotnej „Dzienna długoterminowa opieka medyczna” jako świadczenia gwarantowanego z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej

Prezes Agencji rekomenduje zakwalifikowanie świadczenia opieki zdrowotnej „Dzienna długoterminowa opieka medyczna” jako świadczenia gwarantowanego z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej **pod warunkiem** uwzględnienia uwag dotyczących realizacji ocenianego świadczenia zdrowotnego.

Uzasadnienie rekomendacji

Prezes Agencji biorąc pod uwagę stanowisko Rady Przejrzystości uważa, że odnalezione wytyczne kliniczne oraz dostępne dowody naukowe, uzasadniają zakwalifikowanie wnioskowanego świadczenia opieki zdrowotnej jako świadczenia gwarantowanego z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (DDOM).

W ramach wyszukiwania niesystematycznego dowodów naukowych odnaleziono przegląd Brown 2015 porównujący szpital dzienny z geriatryczną opieką kompleksową/opieką domową/brakiem opieki. Wyniki przeglądu wskazują różnice istotne statystycznie na korzyść dziennych szpitali w porównaniu z brakiem opieki w zakresie punktów końcowych: zgony lub skumulowany punkt końcowy oraz zależność/pogorszenie pacjenta według skali oceny czynności życia codziennego (ang. Activities of Daily Living, ADL). W przypadku pozostałych ocenianych punktów końcowych nie odnotowano różnic istotnych statystycznie.

Należy podkreślić, że przeprowadzona analiza kliniczna charakteryzowała się ograniczeniami odnoszącymi się do populacji docelowej (odmienna niż we wnioskowanym świadczeniu) oraz brakiem szczegółowych informacji dotyczących ocenianego w przeglądzie świadczenia (m.in. długości pobytu, katalogu udzielanych świadczeń), co ogranicza możliwość wnioskowania za tej podstawie.



Istotnym aspektem przeprowadzonej oceny jest także prognozowany znaczący wpływ na budżet płatnika publicznego, po ewentualnym włączeniu świadczenia do koszyka świadczeń gwarantowanych. Oszacowania Agencji wskazują, że dodatkowe wydatki płatnika publicznego związane z zakwalifikowaniem świadczenia jako świadczenia gwarantowanego mogą wynosić w wariantcie podstawowym 24,7 mln zł, przy jednoczesnych dużych rozbieżnościach dla wariantów skrajnych: od 2,6 mln PLN (wariant minimalny) do nawet 3,7 mld PLN (wariant maksymalny). Przeprowadzona analiza wrażliwości uzyskanych wyników wskazuje, że największy wpływ na uzyskane wyniki ma zmiana liczebności populacji docelowej.

Większość wytycznych klinicznych zwraca uwagę na zindywidualizowane podejście do pacjenta, opracowanie indywidualnego planu terapii/postępowania z pacjentem, uwzględniającego potrzeby i możliwości danej osoby. W rekomendacjach, wśród działań podejmowanych w ramach opieki, oprócz całościowej oceny stanu funkcjonowania pacjenta, wymienia się także terapię zajęciową, ćwiczenia fizyczne, interwencje z zakresu rehabilitacji, czy też różnego rodzaju działania o charakterze rekreacyjnym. Wskazuje się na konieczność zapewnienia wyżywienia i dostosowania diety do potrzeb pacjenta. Zatem interwencje zaplanowane w ramach ocenianego świadczenia zdrowotnego korespondują z aktualnymi zaleceniami dotyczącymi aktualnych standardów postępowania w zakresie postępowania z osobami wymagającymi całodziennej opieki.

Eksperti kliniczni w swoich opiniach pozytywnie odnieśli się do finansowania ocenianego świadczenia zdrowotnego ze środków publicznych. Niemniej jednak wskazali szereg uwag i zastrzeżeń do obecnie proponowanej formy, zakresu, warunków realizacji analizowanego świadczenia zdrowotnego i zwrócili uwagę, że oceniany projekt wymaga dopracowania pod kątem merytorycznym.

Również w opinii Prezesa Agencji zaproponowane w Karcie Problemu Zdrowotnego warunki realizacji świadczeń zawierają wiele nieścisłości, wymagających doprecyzowania. Wątpliwości Prezesa Agencji odnoszą się w szczególności do konieczności uściślenia warunków kwalifikacji, wskazania ścieżek postępowania z pacjentem w zależności od problemu zdrowotnego, stanu zdrowia i funkcjonowania pacjenta. Weryfikacji wymagają również zapisy dotyczące katalogu świadczeń, które mają być dostępne w ramach dziennej długoterminowej opieki medycznej oraz zadań wielodyscyplinarnego zespołu terapeutycznego. Należy także uszczegółowić warunki kwalifikacji, tak aby świadczenia w ramach DDOM nie były podwójnie finansowane u danego pacjenta.

Warto także doprecyzować warunki finansowania świadczeń niemedyycznych (tj. wyżywienie, transport, interwencje z zakresu aktywizacji społecznej), które mogłyby być dofinansowane z innych źródeł (np. ze środków własnych pacjentów, ze środków publicznych jednostek samorządu terytorialnego, z sektora zabezpieczenia społecznego lub innych np. organizacje pozarządowe).

Szczegółowe uwagi do opisu świadczenia przedstawionego w Karcie Problemu Zdrowotnego (KPZ) opisano w dalszej części niniejszej rekomendacji.

Ponadto, w opinii Prezesa, warto rozważyć opracowanie i wdrożenie szczegółowych standardów postępowania np. w ramach prac zespołu eksperckiego, z uwzględnieniem wytycznych klinicznych w przedmiotowym zakresie, co pozwoli na stworzenie optymalnego modelu świadczenia gwarantowanego.

Niemniej jednak, dostrzegając problem sprawowania opieki nad osobami z grupy docelowej i brak alternatywnych świadczeń dla tych pacjentów, Prezes rekomenduje zakwalifikowanie świadczenia „Dzienna długoterminowa opieka medyczna” jako świadczenia gwarantowanego z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej po dokonaniu stosownych modyfikacji zalecanych w niniejszej rekomendacji.

Przedmiot wniosku

Zlecenie Ministra Zdrowia dotyczy oceny zasadności zakwalifikowania świadczenia opieki zdrowotnej „Dzienna długoterminowa opieka medyczna” jako świadczenia gwarantowanego z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej na podstawie art. 31 c ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2017 poz. 1938 z późn. zm.).

Problem zdrowotny

Proces starzenia jest procesem nieodwracalnym zachodzącym w wymiarze biologicznym, psychicznym i społecznym. W procesie starzenia zmienia się również specyfika chorobowości. Pacjentów w wieku podeszłym charakteryzuje wielochorobowość i wielolekowość, jak i brak specyficzności objawów klinicznych występujących problemów zdrowotnych.

Postępujący proces starzenia się generuje szeroką gamę problemów zdrowotnych dotyczących praktycznie wszystkich układów organizmu człowieka. Najczęściej występującymi zaburzeniami chorobowymi wśród populacji starszych są zaburzenia neurologiczne i funkcji poznawczych, zaburzenia komunikacyjne, zaburzenia układu ruchu, zaburzenia urologiczne/proktologiczne, zaburzenia odżywienia, choroby układu krążenia oraz zaburzenia endokrynologiczne.

Rosnący udział osób w wieku > 60 lat z wyraźną dominacją chorób przewlekłych, zwyrodnieniowych i wieku podeszłego powoduje wzrost popytu na opiekę medyczną dla osób starszych (zarówno opiekę szpitalną jak i długoterminową).

Zgodnie z prognozą demograficzną opracowaną przez Główny Urząd Statystyczny, obejmującej okres do 2050 r., liczba osób starszych zwiększy się o 5,4 mln. Powyższe może skutkować udziałem osób starszych w populacji ogólnej na poziomie ok. 30% na obszarach wiejskich i ok. 35% w miastach.

Alternatywna technologia medyczna

Opinie ekspertów dotyczące alternatywnego świadczenia zdrowotnego nie są spójne. Zdaniem jednego ekspertów klinicznych, świadczeniem alternatywnym dla ocenianego świadczenia jest Środowiskowy Dom Pomocy Społecznej oraz pielęgnarska opieka długoterminowa. Drugi z ekspertów klinicznych jako alternatywne świadczenie wskazuje opiekę medyczno-pielęgniarską oraz kompleksową rehabilitację ogólnoustrojową w ramach zakładów opiekuńczo-leczniczych. Według opinii trzeciego eksperta klinicznego alternatywnym świadczeniem jest dzienna rehabilitacji geriatrycznym. Należy jednak podkreślić, że wskazana dzienna rehabilitacja geriatryczna nie jest świadczeń gwarantowanym dostępnym w polskim systemie ochrony zdrowia. Ponadto ekspert wskazuje na możliwość rozważenia zmiany nazwy na „dzienną rehabilitację geriatryczną”. Z kolei czwarty z ekspertów klinicznych nie wskazał żadnego alternatywnego świadczenia.

Obecnie dla pacjentów niesamodzielnych i niepełnosprawnych dostępne są świadczenia realizowane w ramach zakładów opiekuńczo-leczniczych, pielęgnacyjno-opiekuńczych oraz świadczenia pielęgnarskie realizowane w warunkach domowych. Niemniej jednak populację docelową wnioskowanego świadczenia stanowią pacjenci, którzy w ocenie wg skali Barthel

otrzymają punktację w przedziale 40-65 pkt. Wymienione powyżej świadczenia gwarantowane dotyczą natomiast pacjentów z wynikiem poniżej 40 pkt w skali Barthel.

W przytoczonej powyżej opinii eksperta klinicznego pojawiło się wskazanie na Dzielne Domy Pomocy Społecznej jako świadczenie alternatywne. Należy jednak zaznaczyć, że usługi te świadczone są odpłatnie w zakresie Miejskich Ośrodków Pomocy Społecznej. Z informacji odnalezionych na stronach internetowych MOPS wynika, że Dzielne Domy Pomocy Społecznej są ośrodkami wsparcia przeznaczonymi dla osób samotnych lub osób w rodzinach, które z powodu wieku, choroby lub innych przyczyn wymagają pomocy, a są jej pozbawione lub rodzina takiej pomocy nie może zapewnić.

Podsumowując, aktualnie w Polsce, brak jest świadczeń alternatywnych odpowiadających swoją formą i zakresem ocenianemu świadczeniu zdrowotnemu.

Opis wnioskowanego świadczenia

Zgodnie z załączoną Kartą Problemu Zdrowotnego (KPZ) oceniane świadczenie – dzienna długoterminowa opieka medyczna (DDOM) obejmuje świadczenia z zakresu pielęgnacji, opieki medycznej połączonej z kontynuacją terapii i procesem usprawniania w zakresie funkcjonalnym oraz usprawnianiem procesów poznawczych.

Planuje się, że w zakresie świadczenia dziennej długoterminowej opieki medycznej będą realizowane następujące czynności i procedury:

- opieka pielęgnarska, w tym edukacja pacjenta dotycząca samoopieki i samopielęgnacji;
- doradztwo w doborze odpowiednich wyrobów medycznych;
- usprawnianie ruchowe;
- stymulacja procesów poznawczych;
- terapia zajęciowa;
- przygotowanie rodziny i opiekunów pacjenta do kontynuacji opieki (działania edukacyjne).

W zakresie koniecznym do wykonania świadczeń oraz w razie pilnej potrzeby i w zależności od wskazania medycznego zapewnia się pacjentowi niezbędne badania diagnostyczne oraz specjalistyczne konsultacje lekarskie. W każdym przypadku wymagane jest przygotowanie przez zespół terapeutyczny uzasadnienia zlecenia realizacji wymienionych świadczeń.

Poza świadczeniami opieki zdrowotnej pacjentom objętym dzienną długoterminową opieką medyczną zostanie zapewnione odpowiednie do stanu zdrowia wyżywienie, dodatkowe zajęcia pozwalające na zagospodarowanie czasu wolnego pomiędzy udzielanymi świadczeniami zdrowotnymi oraz w razie potrzeby bezpłatny transport z miejsca zamieszkania do miejsca realizacji świadczenia i powrót do miejsca zamieszkania.

Czas trwania pobytu w DDOM ma być ustalany indywidualnie przez zespół terapeutyczny i nie może być krótszy niż 30 dni roboczych i dłuższy niż 120 dni roboczych. W pierwszym miesiącu pobyt: 5 dni w tygodniu przez 8-10 godzin dziennie, pobyt może być skracany, jednak nie mniej niż 4 godziny dziennie.

Zgodnie z warunkami kwalifikacji wskazanymi w KPZ do dziennej długoterminowej opieki medycznej mogą być przyjęci:

- pacjenci bezpośrednio po przebytej hospitalizacji, których stan zdrowia wymaga wzmożonej opieki pielęgnarskiej, nadzoru nad terapią farmakologiczną, kompleksowych działań usprawniających i przeciwdziałających postępującej niesamodzielności oraz wsparcia i edukacji zdrowotnej, a także doradztwa w zakresie organizacji opieki i leczenia osoby niesamodzielnej;

- pacjenci, pacjenci, u których występuje ryzyko hospitalizowania w najbliższym czasie.

Wsparcie będzie skierowane głównie: do osób niesamodzielnych, w szczególności do osób powyżej 65 r.ż., (...), którzy w ocenie skalą poziomu samodzielności (skala Barthel) otrzymali 40-65 punktów.

Kierowanie do DDOM ma odbywać się na podstawie skierowania od lekarza POZ lub bezpośrednio przy wypisie ze szpitala.

Ze świadczenia DDOM wyłączeni są pacjenci, którzy: korzystają ze świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej, opieki paliatywnej i hospicyjnej oraz rehabilitacji leczniczej.

Przy przyjęciu pacjenta do DDOM, w trakcie pobytu oraz przy wypisie przeprowadzona będzie ocena stanu zdrowia pacjentów (m.in. cena funkcjonalna, poznawcza, stanu odżywienia, mobilności, samodzielności) z wykorzystaniem wskazanych w KPZ kwestionariuszy przez wielodyscyplinarny zespół terapeutyczny.

Świadczenie „Dzienna długoterminowa opieka medyczna” nie było do tej pory przedmiotem oceny Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.

W 2017 r. Przedmiotem oceny Agencji był program polityki zdrowotnej pn. „Dzienny Dom Opieki Medycznej w Gminie Miejskiej Kraków”, którego założenia zbliżone są do założeń wnioskowanego świadczenia. Zarówno Opinia Rady Przejrzystości jak i Opinia Prezesa Agencji dotyczące ww. programu polityki zdrowotnej były pozytywne pod warunkiem uwzględnienia uwag.

Należy również wskazać, że Ministerstwo Zdrowia w ramach pilotażowego rozwiązania organizacyjnego, wprowadziło Dienne Domy Opieki Medycznej (DDOM) w ramach z Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój (PO WER) finansowanego z Europejskiego Funduszu Społecznego. W 2016 r. w Polsce powstało 54 DDOM na terenie kraju. W czerwcu 2017 r. opracowany został raport ewaluacyjny z przeprowadzonych rozwiązań pilotażowych (Leszczyńska. B i wsp. „Ewaluacja bieżąca projektów PO WER dotyczących tworzenia i prowadzenia Dziennych Domów Opieki Medycznej (DDOM). Raport końcowy”, czerwiec 2017r.).

Jak wskazano w KPZ wyniki raportu „wskazują na wysoki poziom oceny funkcjonowania DDOM. Oferta, jaką ma dla swoich pacjentów Dzienny Dom Opieki Medycznej, była bardzo wysoko oceniana zarówno przez samych pacjentów (w badaniu uzyskano średni poziom satysfakcji ze wsparcia, z którego skorzystali pow. 4,85 w skali 5-stopniowej), personel DDOM, jak i przez ekspertów ds. opieki długoterminowej. Wysoka jakość funkcjonowania DDOM wynika przede wszystkim z indywidualizacji wsparcia. Pilotaż standardu DDOM wykazał, że u pacjentów korzystających ze wsparcia DDOM następuje znaczna poprawa stanu zdrowia, tj. średnio o 15 pkt w skali Barthel”.

Ocena skuteczności (klinicznej oraz praktycznej) i bezpieczeństwa

Ocena ta polega na zebraniu danych o konsekwencjach zdrowotnych (skuteczność i bezpieczeństwo) wynikających z zastosowania nowej terapii w danym problemie zdrowotnym oraz innych terapii, które w danym momencie są finansowane ze środków publicznych i stanowią alternatywne leczenie dostępne w danym problemie zdrowotnym. Następnie ocena ta wymaga określenia wiarygodności zebranych danych oraz porównania wyników dotyczących skuteczności i bezpieczeństwa nowej terapii względem terapii już dostępnych w leczeniu danego problemu zdrowotnego.

Na podstawie powyższego ocena skuteczności i bezpieczeństwa pozwala na uzyskanie odpowiedzi na pytanie o wielkość efektu zdrowotnego (zarówno w zakresie skuteczności, jak i bezpieczeństwa), którego należy oczekiwać względem nowej terapii w porównaniu do innych rozważanych opcji terapeutycznych.

Ze względu na złożoność i specyfikę proponowanego świadczenia tj. szeroki zakres populacji i interwencji nie było możliwe opracowanie strategii wyszukiwania opartej o schemat PICO.

Poszczególne interwencje, które zaplanowano w ramach funkcjonowania DDOM będą zastosowane u różnych osób w zależności od potrzeb i od decyzji lekarza.

W związku z powyższym przeprowadzono niesystematyczne wyszukiwanie dowodów naukowych, w ramach którego odnaleziono przegląd systematyczny Brown 2015, którego celem była ocena skuteczności opieki nad pacjentem > 60 r.ż. odbywającej się w szpitalu dziennym w porównaniu z opieką kompleksową (uwzględniającą geriatryczne usługi medyczne), opieką domową i brakiem opieki. Do przeglądu włączono 16 badań pierwotnych (RCT, quaziRCT). Z przeglądu wykluczano badania dotyczące pacjentów psychiatrycznych. Łączna liczba pacjentów uwzględnionych w przeglądzie wynosi 3 689 osób.

W ramach oceny skuteczności uwzględniono następujące punkty końcowe:

- pierwszorzędowe: zgony, potrzeba opieki instytucjonalnej; zależność oraz skumulowany punkt końcowy obejmujący śmierć lub jeden z objawów (w kolejności preferencji): rezydent w opiece instytucjonalnej; poważna zależność po zakończeniu działań następczych, pogorszenie funkcjonowania fizycznego podczas obserwacji;
- drugorzędowe: zależność/pogorszenie, mierzona skalą (ADL); zadowolenie pacjenta; subiektywny stan zdrowia (w tym nastrój); wykorzystanie zasobów (w opiece szpitalnej lub instytucjonalnej) plus ogólnie analizy kosztów; niepokój opiekuna.

Jakość przeglądu oceniono na 11/11 punktów wg skali AMSTAR.

Wyniki

W ramach przeglądu odnotowano istotne statystycznie różnice na korzyść ocenianej interwencji (szpital dzienny) w porównaniu do braku opieki w dwóch punktach końcowych:

- Zgony lub skumulowany punkt końcowy - mniejsza o 28% szansa wystąpienia tego punktu końcowego w grupie pacjentów, którymi opiekowano się w szpitalu dziennym w porównaniu z brakiem opieki, iloraz szans (ang. *odds ratio*, OR) wyniósł OR= 0,72 (95% CI:0,53;0,99).
- Zależność/pogorszenie wg skali ADL - mniejsza o 39% szansa wystąpienia tego punktu końcowego w grupie pacjentów, którymi opiekowano się w szpitalu dziennym w porównaniu z brakiem opieki; OR=0,61 (95% CI: 0,38;0,97)

Dla wszystkich pozostałych ocenianych punktów końcowych nie wykazano różnic istotnych statystycznie pomiędzy ocenianą interwencją a komparatorami.

Wnioski autorów przeglądu:

Istnieją dowody niskiej jakości wskazujące, że szpitale dzienne wydają się skuteczne w porównaniu z brakiem kompleksowej opieki w zakresie punktów końcowych dotyczących zgonów lub skumulowanego punktu końcowego oraz zależność/pogorszenia wg skali ADL. Brak jest jednoznacznych dowodów w zakresie pozostałych punktów końcowych, które wskazywałyby na przewagę ocenianej interwencji nad innymi rodzajami opieki medycznej.

Ograniczenia

Przeprowadzona ocena skuteczności wnioskowanego świadczenia gwarantowanego obarczona jest następującymi ograniczeniami:

- Populacja włączona do przeglądu obejmowała osoby w wieku powyżej 60 r. ż. co, nie w pełni odpowiada populacji z wnioskowanego świadczenia, która obejmuje populację szerszą. Kryterium wieku pacjentów było jedynym kryterium kwalifikacji badań do przeglądu. Natomiast we wnioskowanym świadczeniu głównym kryterium kwalifikacji jest ocena wg skali Barthel. W 7 badaniach pierwotnych włączonych do przeglądu

w charakterystyce pacjentów podano informację na temat punktacji w skali Barthel. Tylko w jednym badaniu pacjenci mieli punktację wyższą niż 20 punktów, w pozostałych 6 punktacja ta była niższa. Oznacza to, że populacja w tych badaniach była w znacznie gorszym stanie zdrowia niż populacja docelowa świadczenia (ocena 40-65 punktów w skali Barthel). Należy również zaznaczyć, że w większości badań ocena pacjentów oparta była o skalę codziennych aktywności życiowych (ADL), co w ocenianym świadczeniu nie stanowi kryterium kwalifikacji.

- W przeglądzie ocenianą interwencję zdefiniowano jako ambulatorium, w którym starsi pacjenci uczestniczyli w pełnym lub prawie pełnym dniu i otrzymywali opiekę medyczną, pielęgniarскую, rehabilitacyjną oraz społeczną. Z przeglądu wykluczono badania dotyczące innych ośrodków/szpitali dziennych, takich jak szpitale psychiatryczne dla pacjentów z demencją lub chorobami psychicznymi. Wyłączono również badania dotyczące placówek, które świadczyły jedynie usługi w pojedynczych, specyficznych warunkach (na przykład zapalenie stawów). Charakterystyki interwencji w poszczególnych badaniach wskazują, że w większości dzienna opieka szpitalna obejmowała multiszyklinarną opiekę, w szczególności zawierającą psychoterapię, rehabilitację oraz opiekę pielęgniarскую. W badaniach różnie opisywano długość pobytu pacjentów, np. jako 51 dni w roku, lub 6-8 tygodni po hospitalizacji. W części badań wskazywano również, że opieka ta świadczona była poza placówką (np. w domu pacjenta). Jednocześnie należy mieć na uwadze, iż opis interwencji w KPZ nie pozwala na dokładne określenie planowanego zakresu opieki i ogranicza możliwość przeprowadzenia oceny skuteczności i bezpieczeństwa dla tak zdefiniowanego świadczenia.
- W ocenie autorów przeglądu badania włączone do opracowania nie były próbami wysokiej jakości. Zgodnie z oceną ryzyka wystąpienia błędu systematycznego w 6 badaniach ryzyko to oceniono na średnie lub wysokie. Dodatkowo należy zauważyć, że badania włączone do przeglądu pochodzą głównie sprzed roku 2000, co również może wpływać na ich jakość. Jednocześnie aktualny standard opieki może odbiegać od standardów realizacji świadczeń w przeszłości.
- W KPZ wskazano, że pobyt pacjentów w DDOM wiązał się z poprawą stanu ich zdrowia. Wskazano, że u pacjentów następował wzrost liczby punktów wg skali Barthel średnio o 15 punktów. Niemniej jednak brak jest informacji o danych źródłowych na podstawie, których otrzymano ten wynik. Również w raporcie ewaluacyjnym nie wskazano z jaką średnią punktacją byli kwalifikowani pacjenci, jakim poddawani byli interwencjom oraz w których zakresach oceny dochodziło do największej poprawy. Dane przedstawione w KPZ oraz w raporcie ewaluacyjnym są trudne do zweryfikowania, zarówno ze względu na ograniczone możliwości wyszukiwania danych klinicznych, jak również brak całościowych danych wejściowych, które posłużyły do postawienia wskazanych stwierdzeń. Odnajdzone dowody naukowe nie pozwalają na zweryfikowanie przytoczonych wyników raportu ewaluacyjnego.

Propozycje instrumentów dzielenia ryzyka

Nie dotyczy.

Wskazanie czy zachodzą okoliczności, o których mowa w art. 13 ust. 3 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2017 r., poz. 1844 z późn. zm.);

Jeżeli analiza kliniczna wnioskodawcy nie zawiera randomizowanych badań klinicznych dowodzących wyższości leku nad technologiami medycznymi dotychczas refundowanymi w danym wskazaniu, to urzędowa cena zbytu leku musi być skalkulowana w taki sposób, aby koszt

stosowania leku wnioskowanego do objęcia refundacją nie był wyższy niż koszt technologii medycznej o najkorzystniejszym współczynniku uzyskiwanych efektów zdrowotnych do kosztów ich uzyskania.

Nie dotyczy.

Ocena ekonomiczna, w tym szacunek kosztów do uzyskiwanych efektów zdrowotnych

Ocena ekonomiczna polega na oszacowaniu i zestawieniu kosztów i efektów zdrowotnych, jakie mogą wiązać się z zastosowaniem u pojedynczego pacjenta nowej terapii zamiast terapii już refundowanych.

Koszty terapii szacowane są w walucie naszego kraju, a efekty zdrowotne wyrażone są najczęściej w zyskanych latach życia (LYG, life years gained) lub w latach życia przeżytych w pełnym zdrowiu (QALY, quality adjusted life years) wskutek zastosowania terapii.

Zestawienie wartości dotyczących kosztów i efektów związanych z zastosowaniem nowej terapii i porównanie ich do kosztów i efektów terapii już refundowanych pozwala na uzyskanie odpowiedzi na pytanie, czy efekt zdrowotny uzyskany u pojedynczego pacjenta dzięki nowej terapii wiąże się z wyższym kosztem w porównaniu do terapii już refundowanych.

Uzyskane wyniki wskaźnika kosztów-efektów zdrowotnych porównuje się z tzw. progiem opłacalności, czyli wynikiem, który sygnalizuje, że przy zasobności naszego kraju (wyrażonej w PKB) maksymalny koszt nowej terapii, która ma wiązać się z uzyskaniem jednostkowego efektu zdrowotnego (1 LYG lub 1 QALY) w porównaniu do terapii już dostępnych, nie powinien przekraczać trzykrotności PKB per capita.

Aktualnie próg opłacalności wynosi 134 514 PLN (3 x 44 838 PLN).

Wskaźnik kosztów-efektów zdrowotnych nie szacuje i nie wyznacza wartości życia, pozwala jedynie ocenić i m. in. na tej podstawie dokonać wyboru terapii związanej z potencjalnie najlepszym

Przeprowadzenie analizy ekonomicznej jest utrudnione ze względu na złożoność i specyfikę wnioskowanego świadczenia. Należy również pamiętać o ograniczeniach analizy klinicznej oraz braku danych klinicznych dotyczących skuteczności i bezpieczeństwa, umożliwiających modelowanie efektów zdrowotnych. Ponadto nieprecyzyjny opis interwencji w KPZ uniemożliwia pozyskanie danych kosztowych koniecznych do przeprowadzenia obliczeń. Zatem mając na uwadze powyższe kwestie odstąpiono od przeprowadzenia analizy ekonomicznej wnioskowanego świadczenia.

Ocena wpływu na system ochrony zdrowia, w tym wpływu na budżet płatnika publicznego

Ocena wpływu na system ochrony zdrowia składa się z dwóch istotnych części.

Po pierwsze, w analizie wpływu na budżet płatnika, pozwala na oszacowanie potencjalnych wydatków związanych z finansowaniem nowej terapii ze środków publicznych.

Szacunki dotyczące wydatków związanych z nową terapią (scenariusz „jutro”) są porównywane z tym ile aktualnie wydajemy na leczenie danego problemu zdrowotnego (scenariusz „dziś”). Na tej podstawie możliwa jest ocena, czy nowa terapia będzie wiązać się z koniecznością przeznaczenia wyższych środków na leczenie danego problemu zdrowotnego, czy też wiąże się z uzyskaniem oszczędności w budżecie płatnika.

Ocena wpływu na budżet pozwala na stwierdzenie, czy płatnik posiada odpowiednie zasoby na finansowanie danej technologii.

Ocena wpływu na system ochrony zdrowia w drugiej części odpowiada na pytanie jak decyzja o finansowaniu nowej terapii może wpłynąć na organizację udzielania świadczeń (szczególnie

w kontekście dostosowania do wymogów realizacji nowej terapii) oraz na dostępność innych świadczeń opieki zdrowotnej.

W KPZ przedstawiono oszacowanie skutków finansowych zakwalifikowania wnioskowanego świadczenia jako świadczenia gwarantowanego. Oszacowania przeprowadzono w zależności od liczby pacjentów w ośrodku, uwzględniając trzy scenariusze dotyczące możliwej liczby pacjentów w ośrodku (w wariantach minimalnym – 13, optymalnym – 15, maksymalnym – 20 osób).

Średni koszt jednostkowy osobodnia wyceniono na:

- z uwzględnieniem kosztów pośrednich w wariantach optymalnym – 94 zł (min 74 zł; max 108 zł);
- bez uwzględnienia kosztów pośrednich – 80 zł (min 63 zł; max 92 zł).

Liczebność populacji docelowej oszacowano na 201 756 osób na podstawie danych NFZ za 2017 r., dotyczących liczby osób objętych pielęgniarstwą opieką długoterminową domową, liczby osób objętych opieką przez zakłady opiekuńczo-lecznicze i zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze oraz liczby osób objętych opieką przez zakłady opiekuńczo-lecznicze i zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze dla dzieci.

Przyjmując powyższe założenia wydatki płatnika publicznego związane z finansowaniem wnioskowanego świadczenia zdrowotnego oszacowano w KPZ na:

- z uwzględnieniem kosztów pośrednich w wariantach optymalnym – ok. 19 mln zł (min ok. 14,9 mln zł; max ok. 21,8 mln zł);
- bez uwzględnienia kosztów pośrednich – ok. 16,1 mln zł (min 12,7 mln zł; max 18,6 mln zł).

Ograniczenia analizy

Jednakże należy mieć na uwadze, że przedstawiona w KPZ analiza wpływu na budżet płatnika publicznego nie przedstawia faktycznego szacunku kosztów, jaki będzie miał miejsce w momencie finansowania świadczenia ze środków publicznych. Należy podkreślić, że w przeprowadzonej analizie wpływu na budżet przemnożono jedynie koszt jednego osobodnia przez liczbę pacjentów, natomiast w obliczeniach nie uwzględniono długości pobytu pacjenta w ośrodku. W wyniku tak przeprowadzonych oszacowań otrzymano koszt jednego dnia opieki przy założeniu, że cała populacja docelowa będzie objęta świadczeniem. Należy zaznaczyć, że w analizowanym przypadku szacowanie budżetu powinno uwzględniać koszt jednostkowy na pacjenta, średnią długość pobytu oraz liczebność populacji docelowej.

Ponadto na niepewność oszacowań przedstawionych w KPZ wpływają także założenia dotyczące populacji docelowej. Nie wskazano uzasadnienia dla przyjęcia liczebności populacji docelowej na podstawie ww. danych NFZ, jak również nie odniesiono się do źródeł literaturowych w przedmiotowym zakresie. W KPZ wskazano, że oszacowania dokonano poprzez zsumowanie danych NFZ za 2017 r. dotyczących liczby pacjentów korzystających z opieki długoterminowej i pomnożenie uzyskanej wartości przez 2 (współczynnik szacunkowy – liczba osób w skali Barthel od 40 do 65 pkt). Należy jednak wskazać, że w KPZ nie wskazano na jakiej podstawie przyjęto ww. współczynnik szacunkowy.

W odnalezionym raporcie ewaluacyjnym Leszczyńska. B i wsp. „Ewaluacja bieżąca projektów PO WER dotyczących tworzenia i prowadzenia Dziennych Domów Opieki Medycznej (DDOM). Raport końcowy” przedstawiono zestawienie wykonanych skal u pacjentów korzystających z DDOM w okresie od lipca 2016 r. do końca sierpnia 2017 r. Na podstawie tych danych można przypuszczać, że świadczeniami objęto w tym okresie 1399 osób. Niemniej jednak należy zaznaczyć, że w przypadku zakwalifikowania wnioskowanego świadczenia jako świadczenie gwarantowane potencjalna liczba pacjentów przyjmowanych do DDOM w kolejnych latach może się zwiększać.

W KPZ wskazano, że koszt jednostkowy świadczenia oszacowano na podstawie raportu ewaluacyjnego. Wycenę świadczenia przedstawiono w podziale na koszt uwzględniający i nie uwzględniający kosztów pośrednich. Nie wskazano jednak informacji co (poza transportem i wyżywieniem) składa się na koszty pośrednie wskazanego świadczenia. Należy zaznaczyć, że z raportu ewaluacyjnego wynika, że transport oraz wyżywienie pacjentów stanowiły największy udział w kosztach utrzymania placówek. Ponadto w założeniach dotyczących kosztów przyjęto różnicowanie kosztu jednostkowego względem liczby przebywających w ośrodku pacjentów. Założenie to opisane w raporcie ewaluacyjnym, wskazuje jedynie na podział całkowitych kosztów funkcjonowania DDOM na większą liczbę pacjentów. Należy jednak wskazać, że większa liczba pacjentów może wiązać się z większą liczbą udzielanych świadczeń, a tym samym rzeczywiste koszty osobodnia mogą być wyższe. Ponadto przy szacowaniu kosztu jednostkowego za osobodzień nie wskazano jakie uśrednione wartości dotyczące jednostkowego pacjenta przyjęto (m.in. liczba i rodzaj udzielonych świadczeń udzielonych świadczeń).

Zgodnie ze wspomnianym raportem ewaluacyjnym, na realizację w latach 2016-2018 projektów DDOM w ramach środków europejskich przeznaczono łącznie kwotę 53 403 818,08zł (w tym 51 189 304, 85 zł z dofinansowania Europejskiego Funduszu Społecznego). Niemniej jednak projekty te nie zostały zakończone w całości, więc rzeczywiste koszty poniesione na realizację DDOM nie są jeszcze znane.

Obliczenia własne Agencji

Mając na uwadze powyższe ograniczenia Agencja dokonała obliczeń własnych w rocznym horyzoncie czasowym przyjmując następujące założenia dotyczące:

- kosztu osobodnia
 - prawdopodobny – 94 zł (na podstawie KPZ - optymalny koszt),
 - maksymalny – 153 zł (na podstawie raportu ewaluacyjnego),
 - minimalny – 63 zł (na podstawie KPZ - najniższy koszt bezpośredni),
- długości pobytu
 - prawdopodobny – 59 dni (średnia długość pobytu na podstawie raportu ewaluacyjnego),
 - maksymalny – 120 dni (na podstawie KPZ - maksymalna długość pobytu w dniach),
 - minimalny – 30 dni (na podstawie KPZ - minimalna długość pobytu w dniach),
- liczebności populacji docelowej
 - prawdopodobny – 4 452 osób (przyjęto arbitralnie, że w ciągu roku w jednym ośrodku może przebywać 84 pacjentów (251 dni roboczych/średnią dł. pobytu*20 pacjentów) i pomnożono przez liczbę ośrodków z raportu ewaluacyjnego),
 - maksymalny – 201 756 osób (na podstawie KPZ),
 - minimalny – 1 400 (na podstawie raportu ewaluacyjnego).

Wyniki przeprowadzonej analizy wpływu na budżet wskazują na dużą rozpiętość możliwych wydatków płatnika publicznego. W wariantcie podstawowym dodatkowe wydatki płatnika publicznego mogą wynosić 24,7 mln zł. Natomiast w wariantach skrajnych wydatki mieszczą się w zakresie od 2,6 mln zł w wariantcie minimalnym do 3 704 mln zł w scenariuszu maksymalnym.

Biorąc pod uwagę niepewność przyjętych założeń powyższe oszacowania należy traktować z ostrożnością.

Dodatkowo przeprowadzono także obliczenia bazujące na wynikach oszacowań przedstawionych w KPZ z uwzględnieniem średniej długości pobytu pacjentów w ośrodku w dwóch scenariuszach – z uwzględnieniem i bez uwzględnienia kosztów pośrednich.

Uwzględnienie średniej długości pobytu pacjentów spowodowało znaczący wzrost całkowitych wydatków płatnika publicznego:

- z uwzględnieniem kosztów pośrednich w wariantcie optymalnym – 1 119 mln zł (min 880,9 mln zł; max 1 285, 6 mln zł);
- bez uwzględnienia kosztów pośrednich – 952, 3 mln zł (min 749, 9 mln zł, max 1 095 mln zł).

W ramach oszacowań przeprowadzono również analizę wrażliwości przy uwzględnieniu zmiennych parametrów populacji, kosztu i długości pobytu. Należy wskazać, że zmiana poszczególnych parametrów analizy w istotny sposób wpływa na ostateczne wyniki. Największy wpływ na wyniki mają założenia dotyczące populacji docelowej.

Uwagi do proponowanego instrumentu dzielenia ryzyka

Nie dotyczy.

Uwagi do opisu świadczenia

Niektóre z zapisów przedstawionych w KPZ dotyczących warunków realizacji świadczenia są nieściśle i budzą wątpliwości:

- Przedstawione kryterium kwalifikacji (pacjenci po przebytej hospitalizacji i z wysokim ryzykiem hospitalizacji) pacjentów może budzić wątpliwości interpretacyjne. W KPZ wskazano, że do świadczenia kwalifikować będzie lekarz ubezpieczenia zdrowotnego lub lekarz wypisujący z oddziału szpitalnego poprzez wydanie stosowanego skierowania oraz przeprowadzenie oceny stanu klinicznego wg skali Barthel. Wynik w zakresie 40-65 punktów decydować będzie o przyjęciu do DDOM. Należy jednak zaznaczyć, że w odnalezionych wytycznych klinicznych nie odnaleziono informacji jaki zakres punktowy wg skali Barthel powinien decydować o przyjęciu do dziennego domu opieki. Większość wytycznych wskazuje na konieczność indywidualnego podejścia do pacjenta. Jedynie w wytycznych SMOH 2016 wskazano, że pacjenci z wynikiem w skali Barthel ≤ 49 punktów, nie powinni być włączani do dziennych domów opieki.
- Omawiane świadczenie zakłada 6 zasadniczych interwencji udzielanych w ramach pobytu (opieka pielęgnarska, w tym edukacja pacjenta dotycząca samoopieki i samopielęgnacji; doradztwo w doborze odpowiednich wyrobów medycznych; usprawnianie ruchowe; stymulacja procesów poznawczych; terapia zajęciowa; przygotowanie rodziny i opiekunów pacjenta do kontynuacji opieki (działania edukacyjne)). Dodatkowo pacjenci będą mogli skorzystać z wyżywienia, transportu konsultacji specjalistycznych i badań diagnostycznych (w razie potrzeby) oraz zajęć aktywizujących. W KPZ nie wskazano jednak szczegółowego zakresu ww. interwencji. Nie znany jest zatem zakres edukacji pacjentów, możliwe do wykonywania zabiegi rehabilitacyjne czy też wykorzystywane metody terapeutyczne w ramach terapii zajęciowej. Nie pozwala to na pełną ocenę efektywności klinicznej proponowanych rozwiązań. Ponadto nie jest jasne czy procedury wskazane w KPZ (badania diagnostyczne, konsultacje) będą zawierać się w oszacowanym koszcie świadczenia. Zgodnie z wytycznymi klinicznymi postępowanie mające na celu przeciwdziałanie hospitalizacjom i usprawnianie osób starszych powinny być planowane indywidualnie. Niemniej jednak opis świadczenia powinien zawierać katalog możliwych do zrealizowania usług, co pozwoliłoby na ich weryfikację pod kątem skuteczności i bezpieczeństwa, a także zapewnienia tego samego standardu opieki na terenie całego kraju. Warty rozważenia

jest również wyznaczenie ścieżek terapeutycznych, dla najczęściej spotykanych problemów zdrowotnych u pacjentów kwalifikujących się do świadczenia.

- W KPZ wskazano planowany czas pobytu pacjentów w DDOM. Nie wskazano jednak uzasadnienia dla tak przyjętych wartości. Ponadto w KPZ widnieje zapis, że „istnieje możliwość uelastycznienia godzin i dni pobytu - jednak uzależnione jest to wyłącznie potrzebami zdrowotnymi pacjenta”. W rezultacie ostateczna, realna średnia długość pobytu w DDOM nie jest możliwa do oszacowania. W odnalezionych wytycznych nie wskazano danych, które pozwoliłyby się odnieść do tego zagadnienia. Należy wskazać, że ograniczenie to ma również przełożenie na niepewności w oszacowaniu wydatków płatnika publicznego.
- W KPZ zaplanowano przeprowadzenie wstępnej, okresowej i końcowej oceny stanu zdrowia pacjenta i efektów zastosowanych działań. Wskazano także, że po zakończeniu pobytu realizowane będą wizyty domowe fizjoterapeuty/pielęgniarki oraz rozmowy telefoniczne, celem utrzymania efektów i monitorowania stanu zdrowia pacjenta po opuszczeniu DDOM (w okresie 6 miesięcy od zakończenia pobytu). W KPZ nie wskazano jednak w jaki sposób (poza rozmowami telefonicznymi) monitorowany będzie stan zdrowia pacjenta. Wydaje się zasadne, aby po wypisie przeprowadzić pełną ocenę stanu zdrowia danego pacjenta z wykorzystaniem użytych wcześniej narzędzi (m.in. skala Barthel), co pozwoli na obiektywne porównanie wyników.
- Zaproponowane w KPZ skale dotyczące oceny stanu zdrowia pacjenta są rekomendowane przez wytyczne kliniczne w celu oceny stanu zdrowia pacjentów, zarówno geriatrycznych jak i osób wymagających opieki. Stanowią one wystandaryzowane narzędzia. Należy jednak zaznaczyć, że w wytycznych Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego pojawiają się również inne narzędzia możliwe do zastosowania przy ocenie stanu zdrowia pacjentów geriatrycznych m.in.:
 - Do oceny funkcji poznawczych: Skrócony Test Sprawności Umysłowej (AMTS, Abbreviated Mental Test Score) lub test Blessed'a, test MiniCog, test rysowania zegara oraz inne uznane metody w aktualnie obowiązujących wytycznych diagnozowania otępienia;
 - Do oceny chodu i równowagi: test „wstań i idź” wykonanego na czas, prędkości chodu w m/sek.;
 - Do oceny stanu odżywienia test: SCALES (Sadness-Cholesterol-Albumin- Loss of Weight-Eating Problems-Shopping);

W KPZ brakuje uzasadnienia dla wybranych testów. Ponadto w wielu miejscach pojawia się dopisek „np.”, w związku z czym w ramach udzielanego świadczenia istnieje prawdopodobieństwo wykorzystania innych narzędzi do oceny pacjentów (nie sprecyzowanych w opisie).

- W KPZ planuje się także przeprowadzenie oceny pacjenta m.in. pod kątem zapotrzebowania na opiekę pielęgniarską, czy też ryzyka upadków oraz stopnia niewydolności zwieraczy. Nie wskazano jednak jakie narzędzia zostaną wykorzystane w tym celu. Należy także zwrócić uwagę, że w KPZ nie wskazano w jaki sposób interpretacja poszczególnych wyników uzyskanych przez pacjenta determinować będzie dalsze postępowanie w DDOM. Ponadto brakuje informacji czy każdy pacjent będzie miał wykonywany pełen zakres oceny opisany w KPZ, czy też testy te będą wykonywane według decyzji lekarza przyjmującego i stanu pacjenta.
- Ponadto w ocenie Agencji poza oceną stanu zdrowia pacjentów istotna byłaby również ocena jakości życia pacjentów objętych świadczeniem.

- Należy podkreślić, że finansowanie kosztów niemedycznych z budżetu na świadczenia zdrowotne budzi wątpliwości. Powyższa kwestia została wskazana w opinii NFZ dotyczącej zakwalifikowania ocenianego świadczenia zdrowotnego jako świadczenia gwarantowanego. Chodzi głównie o świadczenia na rzecz pacjenta obejmujące wyżywienie, transport, interwencje z zakresu aktywizacji społecznej. Należałoby rozważyć możliwość ich sfinansowania z innych źródeł finansowania (np. ze środków własnych pacjentów, ze środków publicznych jednostek samorządu terytorialnego, z sektora zabezpieczenia społecznego lub innych np. organizacji pozarządowe).

Warto także zweryfikować zapisy w KZP dotyczące składu, planu prac, częstości spotkań wielodyscyplinarnego zespołu terapeutycznego, na co w swoich opiniach wskazywali również eksperci kliniczni.

W Karcie Problemu Zdrowotnego nie określono także sposobu monitorowania efektywności zaproponowanych działań w kontekście długofalowym, co wymaga doprecyzowania.

Omówienie rozwiązań proponowanych w analizie racjonalizacyjnej

Przedmiotem analizy racjonalizacyjnej jest identyfikacja mechanizmu, którego wprowadzenie spowoduje uwolnienie środków publicznych w wysokości odpowiadającej co najmniej wzrostowi kosztów wynikającemu z podjęcia pozytywnej decyzji o refundacji wnioskowanej technologii medycznej.

Analiza racjonalizacyjna jest przedkładana jeżeli analiza wpływu na budżet podmiotu zobowiązanego do finansowania świadczeń ze środków publicznych wykazuje wzrost kosztów refundacji.

Nie dotyczy.

Omówienie rekomendacji wydawanych w innych krajach w odniesieniu do ocenianej technologii

W wyniku przeszukiwania medycznych baz danych i w/w stron internetowych, odnaleziono łącznie 30 dokumentów opublikowanych przez zagraniczne organizacje, w tym zalecenia dotyczące aktualnych standardów postępowania w zakresie postępowania z osobami wymagającymi całodziejnej opieki:

- Singapore Ministry of Health (SMoH 2018) Singapur – w zakresie organizacji całodziejnej opieki w ośrodkach dla osób starszych i niepełnosprawnych ruchowo obejmujących usługi pielęgnacyjne i rehabilitacyjne;
- Singapore Ministry of Health (SMoH 2016) Singapur – w zakresie tworzenia dziennych domów opieki nad pacjentem geriatrycznym;
- Ministry of Health Canada (MHC 2016) Kanada – w zakresie dziennych domów opieki osób dorosłych;
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE 2015) Wielka Brytania – w zakresie opieki nad pacjentem przebywającym w domu opieki;
- Polskie Towarzystwo Gerontologiczne (PTG 2013) Polska – w zakresie tworzenia zintegrowanych zespołów geriatrycznych.

Mając na uwadze szeroki zakres ocenianego świadczenia gwarantowanego dokonano także przeglądu wytycznych/zaleceń w zakresie:

- profilaktyki starzenia się – zalecenia ogólne;
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE 2016) Wielka Brytania;

- National Institute for Health and Care Excellence (NICE 2013) Wielka Brytania;
- Międzynarodowy Instytut Biologii Molekularnej i Komórkowej w Warszawie (PolSenior 2012) Polska;
- Center for Aging and Population Health (CAPH 2012) USA;
- National Guideline Clearinghouse (NGC 2012a) USA;
- National Guideline Clearinghouse (NGC 2012b) USA;
- Światowa Organizacja Zdrowia (WHO 2012a) Świat;
- British Geriatrics Society (BGS 2011a) Wielka Brytania;
- terapii zajęciowej:
 - National Institute for Health and Care Excellence (NICE 2014a) Wielka Brytania;
- chorób otępiennych / zaburzeń poznawczych:
 - National Institute for Health and Care Excellence (NICE 2015a) Wielka Brytania;
 - National Institute for Health and Care Excellence (NICE 2015b) Wielka Brytania;
 - Singapore Ministry of Health (SMoH 2013) Singapur;
 - National Guideline Clearinghouse (NGC 2012c) USA;
 - National Guideline Clearinghouse (NGC 2012d) USA;
 - National Guideline Clearinghouse (NGC 2012e) USA;
 - Polskie Towarzystwo Alzheimerowskie (PTA 2012) Polska;
 - European Federation of Neurological Societies oraz European Neurological Society (EFNS-ENS 2012) Europa;
 - Interdyscyplinarna Grupa Ekspertów Rozpoznawania Otępień (IGERO 2006-2013) Polska;
- zaburzeń odżywiania:
 - Ministry of Health (NZ MoH 2013) Nowa Zelandia;
 - The American Institute for Cancer Research (AICR 2013) USA;
 - Academy of Nutrition and Dietetics (AND 2012) USA;
 - National Guideline Clearinghouse (NGC 2012j) USA;
 - National Guideline Clearinghouse (NGC 2012k) USA;
- usprawnienia ruchowego/zapobiegania złamaniom:
 - US Preventive Services Task Force (USPSTF 2018) aktualizacja zaleceń z 2012 r. USA;
 - European Union Geriatric Medicine Society, (EUGMS 2016) Europa.

Działania w zakresie tworzenia dziennych domów opieki nad pacjentem geriatrycznym / osobami dorosłymi, organizacji całodziennej opieki w ośrodkach dla osób starszych i niepełnosprawnych ruchowo obejmującej usługi pielęgnacyjne i rehabilitacyjne znalazły potwierdzenie w wytycznych singapurskich (SMoH 2018, 2016) i kanadyjskich (MHC 2016). W ww. wytycznych szczegółowo określono warunki i zakres funkcjonowania dziennych domów opieki.

W wytycznych SMOH 2016 wskazano kryterium wyłączenia pacjentów z udziału w opiece w ramach dziennych domów opieki, dla których wynik oceny sprawności funkcjonalnej w zakresie czynności życia codziennego np. w skali Barthel (MBI) wyniósł ≤ 49 punktów.

Odnalezione wytyczne wskazują, że świadczenia oferowane w domach opieki powinny być prowadzone przez specjalistów w danych dziedzinach tj. lekarzy pielęgniarzy terapeutów zajęciowych, fizjoterapeutów, dietetyków czy też psychologów mających ukończone odpowiednie kursy i szkolenia. (m.in. MHC 2016, MoHS 2018, 2016).

Zakres działań członków zespołu geriatrycznego, zgodnie z zaleceniami PTG 2013, obejmuje przeprowadzenie badania pacjenta geriatrycznego zgodnie z aktualnym stanem wiedzy medycznej. Członkowie zespołu geriatrycznego wykonują i analizują pomiary stanu pacjenta w skalach oceny stanu psychicznego, fizycznego, odżywienia, ryzyka upadków, odleżyn i innych, składających się na całościową ocenę geriatryczną (COG).

Ponadto zgodnie z wytycznymi PTG 2013 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.

Ocenę stanu emocjonalnego w stopniu podstawowym zaleca się przeprowadzić za pomocą Geriatrycznej Skali Oceny Depresji według Yesavage'a (GDS, Geriatric Depression Scale) (PTG 2013, NGC 2012d).

Do oceny funkcji poznawczych, w tym także badania przesiewowe w kierunku otępienia, w szczególności zaleca się Skrócony Test Sprawności Umysłowej (AMTS, Abbreviated Mental Test Score) lub test Blessed'a, test MiniCog, test Mini Mental State Examination (MMSE) wg Folsteina, test rysowania zegara oraz inne uznane metody w aktualnie obowiązujących wytycznych diagnozowania otępienia. Test MMSE jest zalecany przez większość wytycznych m.in. SMOH 2016, PTG 2013, NGC 2012 c, d, PTA 2012, EFNS-ENS 2012, IGERO 2006-2013).

Ocenę chodu i równowagi zaleca się wykonać przy użyciu testu Tinetti, testu „wstań i idź” wykonanego na czas, prędkości chodu w m/sek. (PTG 2013, MoHS 2016).

Do oceny stanu odżywienia można wykorzystać testy MNA (Mini Nutritional Assessment) (PTG 2013, NGC 2012 j) lub SCALES (Sadness-Cholesterol-Albumin- Loss of Weight-Eating Problems-Shopping) (PTG 2013).

Kompleksową ocenę sprawności funkcjonalnej w zakresie czynności życia codziennego zaleca się przeprowadzić przy użyciu Skali Oceny Podstawowych Czynności Życia Codziennego wg Katza (ADL, Activities of Daily Living), Skali Oceny Złożonych Czynności Życia Codziennego wg Lawtona (IADL, Instrumental Activities of Daily Living), Skali Barthel (Test ADL jest wskazywany przez większość wytycznych m.in. MoHS 2018, 2016, PTG 2013, NCG 2012 a, 2012 d, IGERO 200-2013).

Podsumowując, większość wytycznych zwraca uwagę na zindywidualizowane podejście do pacjenta, opracowanie indywidualnego planu terapii/postępowania z pacjentem, uwzględniającego potrzeby i możliwości danej osoby. W rekomendacjach, wśród działań podejmowanych w ramach opieki oprócz całościowej oceny stanu funkcjonowania pacjenta, wymienia się także terapię zajęciową, ćwiczenia fizyczne, interwencje z zakresu rehabilitacji, czy też różnego rodzaju działania o charakterze rekreacyjnym. Wskazuje się na konieczność zapewnienia wyżywienia i dostosowania diety do potrzeb pacjenta.

Podstawa przygotowania rekomendacji

Rekomendacja została przygotowana na podstawie zlecenia z dnia 05.04.2018 r. Ministra Zdrowia (znak pisma: IK: 1255114.DS), odnośnie przygotowania rekomendacji Prezesa w sprawie zasadności kwalifikacji świadczenia opieki zdrowotnej: „Dzienna długoterminowa opieka medyczna” jako świadczenia gwarantowanego z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej, na

podstawie art. 31 c ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2017 r., poz. 1938 z późn. zm.), po uzyskaniu Stanowiska Rady Przejrzystości nr 78/2018 z dnia 30 lipca 2018 roku w sprawie zasadności kwalifikacji świadczenia opieki zdrowotnej „Dzienna długoterminowa opieka medyczna (DDOM)” jako świadczenia gwarantowanego.

Piśmiennictwo

1. Stanowisko Rady Przejrzystości nr 78/2018 z dnia 30 lipca 2018 roku w sprawie zasadności kwalifikacji świadczenia opieki zdrowotnej „Dzienna długoterminowa opieka medyczna (DDOM)” jako świadczenia gwarantowanego;
2. Raport nr BP.430.1.2018 „Dzienna długoterminowa opieka medyczna” jako świadczenie gwarantowanego z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej, z dn. 25 lipca 2018 r.