



Rada Przejrzystości

działająca przy

Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji

**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**

Rada Przejrzystości uznaje za niezasadne zakwalifikowanie świadczenia opieki zdrowotnej „Dzienna długoterminowa opieka medyczna (DDOM)” jako świadczenia gwarantowanego.

Uzasadnienie

Problem decyzyjny

Pismem z dnia 13.04.2018r. r., znak IK.1255114.DS, Minister Zdrowia zlecił przygotowanie rekomendacji Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji dla zakwalifikowania świadczenia opieki zdrowotnej „Dzienna długoterminowa opieka medyczna” jako świadczenia gwarantowanego z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej.

Opis wnioskowanego świadczenia

Wniosek zmierza do upowszechnienia modelu opracowanego przez 54 ośrodki finansowane do tej pory ze środków pomocowych UE. Podkreślić jednak należy, że brak jest wiarygodnych danych dotyczących uzyskiwanych w tym modelu wyników. Dzienna długoterminowa opieka medyczna obejmuje świadczenia z zakresu pielęgnacji, opieki medycznej połączonej z kontynuacją terapii i procesem usprawniania w zakresie funkcjonalnym oraz usprawnianiem procesów poznawczych.

Czas trwania pobytu w dziennym domu opieki medycznej będzie ustalany indywidualnie przez zespół terapeutyczny i nie może być krótszy niż 30 dni roboczych i dłuższy niż 120 dni roboczych.

Wsparcie będzie skierowane do osób niesamodzielnych, w szczególności do osób powyżej 65 r.ż., których stan zdrowia nie pozwala na pozostawanie wyłącznie pod opieką podstawowej opieki zdrowotnej i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, a jednocześnie nie wymagają całodobowego nadzoru lekarskiego i pielęgniarstwa realizowanego w trybie stacjonarnym.



Świadczenia dziennej długoterminowej opieki medycznej są udzielane pacjentom wymagającym, ze względu na stan zdrowia, świadczeń pielęgnacyjnych, opiekuńczych i rehabilitacyjnych oraz kontynuacji leczenia, a niewymagającym hospitalizacji w oddziale szpitalnym, którzy w ocenie skalą poziomu samodzielności (skala Barthel) otrzymali 40-65 punktów.

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.

Dowody naukowe

Zgodnie z prognozą demograficzną opracowaną przez Główny Urząd Statystyczny, obejmującej okres do 2050 r., liczba dzieci i dorosłych (15-64 r.ż.) zmniejszy się odpowiednio o 1,65 mln i o 8,3 mln, zaś zwiększy się liczba osób starszych 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.

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, 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).

W ramach wyszukiwania dowodów naukowych wyszukiwaniem niesystematycznym 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 2 punktów końcowych: zgony lub skumulowany punkt końcowy. W pozostałych ocenianych punktach końcowych nie odnotowano różnic istotnych statystycznie. Przeprowadzona analiza skuteczności charakteryzowała się ograniczeniami, związanymi z populacją docelową (nieco odmienna niż we wnioskowanym świadczeniu) oraz brakiem szczegółowych informacji dot. ocenianego w przeglądzie świadczenia (m.in. długości pobytu, katalogu udzielanych świadczeń).

Problem ekonomiczny

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

Przeprowadzenie analizy ekonomicznej na obecnym etapie jest utrudnione, ze względu na złożoność i specyfikę wnioskowanego świadczenia. Brak możliwości przeprowadzenia analizy klinicznej wpływa na brak możliwych do uwzględnienia w modelu ekonomicznym danych dot. skuteczności i bezpieczeństwa. Ponadto, nieprecyzyjny opis interwencji w KPZ uniemożliwiają pozyskanie danych kosztowych koniecznych do przeprowadzenia obliczeń. Ze względu na powyższe ograniczenie odstąpiono od przeprowadzenia analizy ekonomicznej wnioskowanego świadczenia.

W programie pilotażowym realizowanym w latach 2016-2018 projektów DDOM w ramach środków europejskich uczestniczyło 1399 osób, jednak należy zaznaczyć, że w przypadku zakwalifikowania wnioskowanego świadczenia jako świadczenie gwarantowane, potencjalna liczba pacjentów przyjmowanych do DDOM w kolejnych latach może się zwiększać do ponad 200 tys. osób. Na programy te przeznaczono łącznie kwotę 53 403 818,08 zł (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.

W tej sytuacji przeprowadzona przez Agencję analiza wpływu na budżet płatnika publicznego wskazuje na możliwe dodatkowe wydatki płatnika związane z zakwalifikowaniem świadczenia jako świadczenia gwarantowanego. Rocznie wydatki te mogą wynosić od 2,6 mln zł do 14 mln zł w wariancie

minimalnym, a w wariancie maksymalnym od 18,5 mln do 3,7 mld zł. Przeprowadzona analiza wrażliwości uzyskanych wyników wskazuje, że największy wpływ na uzyskane wyniki ma zmiana liczebności populacji docelowej.

Główne argumenty decyzji

Rada docenia problem opieki nad osobami starszymi w Polsce, która aktualnie jest jedną z najłagodniej rozwiniętych w krajach UE. Przedłożony projekt ma głównie charakter opieki społecznej, nie zaś zdrowotnej.

Analiza przedłożonego materiału wskazuje jednoznacznie, że zakres świadczeń opieki zdrowotnej wskazany w opisie świadczenia obejmuje znacznie szerszy katalog usług niż jakiegokolwiek świadczenie, czy jakiegokolwiek zakres świadczeń gwarantowanych, gdyż dotyczy zarówno świadczeń opieki zdrowotnej, jak i świadczeń o charakterze socjalnym, które nie mogą być finansowane ze składek na ubezpieczenie zdrowotne. Płatnikiem tego rodzaju usług (jak np. aktywizacja społeczna) powinien być sektor zabezpieczenia społecznego oraz jednostki samorządu terytorialnego, zgodnie z ustawowo określonymi kompetencjami.

Drugim wnioskiem płynącym z oceny materiału jest fakt, że elementy medycznego zabezpieczenia podczas pobytu w dziennym ośrodku są już ujęte w „koszykach” świadczeń gwarantowanych - np. konsultacje specjalistyczne, czy procedury fizjoterapeutyczne.

Kolejny element wymagający analizy i wypracowania odpowiedniej koncepcji na dalszym etapie prac to kryteria kwalifikacji pacjentów do uzyskania świadczenia. W przedstawionej propozycji bardzo szerokie kryteria kwalifikacji do świadczenia mogłyby spowodować znaczące zwiększenie liczby beneficjentów i w konsekwencji trudny do oszacowania wzrost kosztów dla NFZ, niewspółmierny do potrzeb zdrowotnych osób korzystających z usług dziennych domów opieki.

Mając na względzie powyższe argumenty, pozytywnie odnosząc się do rozpoczęcia prac mających na celu zapewnienie wielostronnej skoordynowanej międzyresortowo opieki, z zaangażowaniem jednostek samorządu terytorialnego, sektora zabezpieczenia społecznego, pacjentów, rodzin, organizacji pozarządowych i wolontariuszy, Rada negatywnie opiniuje propozycję dotyczącą włączenia świadczenia „Dzienna długoterminowa opieka medyczna” jako nowego świadczenia gwarantowanego w formie przedstawionej w Karcie Problemu Zdrowotnego. Po zdefiniowaniu kryteriów wejścia do ww. form opieki ambulatoryjnej/dziennej można natomiast rozważyć wprowadzenie odrębnych produktów rozliczeniowych, przeznaczonych na sfinansowanie świadczenia „Dzienna opieka medyczna dla pacjentów z somatycznymi chorobami neurodegeneracyjnymi” w części

obejmującej opiekę medyczną i opierającą się o dostępne już gwarantowane świadczenia opieki zdrowotnej.

Tryb wydania stanowiska

Stanowisko wydano na podstawie art. 31c ust. 6 ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2017 r., poz. 1938 z późn. zm.), z uwzględnieniem raportu Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji nr: BP.430.1.2018 „»Dzienna długoterminowa opieka medyczna« jako świadczenie gwarantowanego z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej. Ocena świadczenia opieki zdrowotnej”, Warszawa, 25 lipca 2018 r.