



**Opinia Prezesa  
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji  
nr 237/2016 z dnia 27 grudnia 2016 r.  
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „SENIOR – poprawa  
zdrowia i komfortu życia osób starszych i niesamodzielnych -  
mieszkańców gminy Polkowice, poprzez rozszerzenie zakresu  
długoterminowej opieki domowej i ambulatoryjnej oraz  
interwencji”**

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości pozytywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „SENIOR – poprawa zdrowia i komfortu życia osób starszych i niesamodzielnych - mieszkańców gminy Polkowice, poprzez rozszerzenie zakresu długoterminowej opieki domowej i ambulatoryjnej oraz interwencji” pod warunkiem uwzględnienia poniższych uwag.

**Uzasadnienie**

Zaproponowany projekt programu polityki zdrowotnej zakłada zwiększenie dostępności do świadczeń dla starszych mieszkańców gminy Polkowice. Swoimi założeniami wpisuje się on w założenia Długofalowej Polityki Senioralnej w Polsce na lata 2014-2020 i może wpłynąć na poprawę jakości życia wybranej populacji docelowej. Należy jednak podkreślić, że projekt wymaga doprecyzowania, w szczególności w zakresie dokładnego opisu planowanych interwencji.

Cele programowe wymagają przeformułowania, gdyż w obecnym kształcie są trudne do osiągnięcia i zmierzenia. Mierniki efektywności natomiast należy dostosować do celów, tak aby umożliwiały ocenę stopnia ich realizacji.

Populacja docelowa została przedstawiona poprawnie. Należy jednak w opisie uwzględnić grupę kierowców, do których skierowana jest jedna z interwencji.

Zaproponowane w projekcie interwencje są zgodne z rekomendacjami. Należy jednak podkreślić, że stanowią one działania już finansowane, zatem program ma na celu zwiększenie dostępności. Konieczne jest zatem określenie takich kryteriów włączenia do programu, które pozwolą na uniknięcie podwójnego finansowania danych świadczeń.

W zakresie zaplanowanych bloków interwencji niezbędne jest szczegółowe opisanie planowanych do przeprowadzenia działań i sposobu ich finansowania oraz realizacji, gdyż w projekcie nie zostało to przedstawione w sposób przejrzysty i nie budzący wątpliwości.

Monitorowanie warto uzupełnić o wskaźniki skierowane do rodzin uczestników programu. Ewaluacja natomiast wymaga poprawy, gdyż w obecnym kształcie nie spełnia swojego zadania.

W zakresie budżetu warto szczegółowo przedstawić koszty wszystkich składowych programu, oraz wskazać, czy określone koszty całkowite dotyczą całego okresu trwania programu.

**Przedmiot opinii**



Przedmiotem opinii jest projekt programu dotyczący poprawy jakości życia osób starszych. Budżet przeznaczony na realizację programu wynosi 292 000 zł, zaś okres realizacji to lata 2017-2020.

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 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

Oceniany projekt programu odnosi się do istotnego zagadnienia jakim jest opieka nad osobami starszymi oraz niesamodzielnymi. Problem zdrowotny został przedstawiony w sposób wieloaspektowy, odnoszący się m.in. do dynamicznego tempa starzenia społeczeństwa polskiego, wzrostu zapotrzebowania na usługi specjalistyczne z zakresu opieki medycznej, wielochorobowości będącej cechą charakterystyczną pacjentów w podeszłym wieku, a także głównych schorzeń, z którymi borykają się osoby starsze.

W projekcie przedstawiono dane epidemiologiczne korespondujące z wybranym problemem zdrowotnym. Odniesiono się zarówno do trendów ogólnokrajowych, jak i danych lokalnych – umożliwiających ocenę stopnia rozpowszechnienia problemu zdrowotnego na terenie Gminy Polkowice.

Na podstawie danych zawartych w opracowaniu MZ dot. map potrzeb zdrowotnych najwyższe wskaźniki zaawansowania procesu starzenia się ludności (osoby powyżej 65. r.ż.) odnotowywano w powiatach: m. Jelenia Góra (18,1%), m. Wałbrzych (17,3%) i m. Wrocław (17,2%), zaś najmniejszy w powiatach wrocławskim (10,8%), polkowickim (11,9%) i średzkim (12,2%).

#### Cele i efekty programu

Celem głównym programu jest „poprawa jakości życia osób starszych, niesamodzielnymi i ich rodzin”. Należy zaznaczyć, że przedstawiony cel główny jest mało dokładny i trudno mierzalny. Warto byłoby aby cel główny odnosił się np. dostępności do świadczeń opieki długoterminowej. Dodatkowo sformułowano 11 celów szczegółowych. Cele w postaci leczenia objawowego innych dolegliwości somatycznych, pielęgnacji czy też wspierania rodzin w czasie trwania choroby i niesamodzielnymi stanowią działania możliwe do podjęcia i powinny zostać przeformułowane. Proszę zwrócić uwagę, aby tworzenie celów odbywało się zgodnie z zasadą SMART, według której cel główny powinien być m. in. szczegółowy, mierzalny, osiągalny, istotny i terminowy.

W projekcie opisano mierniki efektywności, jednak odnoszą się one głównie do zgłaszalności do programu i liczby udzielonych świadczeń. Mierniki wymagają poprawy, gdyż powinny one dotyczyć rezultatów, nie zaś podjętych wysiłków. Samo wskazanie liczby udzielonych świadczeń oraz liczby osób objętych tymi świadczeniami nie wskaże jak zmienił się stan zdrowia osób objętych działaniami programu. Dla przykładu miernikiem efektywności odnoszącym się do działań edukacyjnych zasadnym może być np. pomiar stanu wiedzy uczestników przed i po programie. Sugeruje się również dołączenie miernika związanego z odsetkiem rodzin uczestników programu korzystających z pomocy specjalistów w ramach programu.

#### Populacja docelowa

Populację docelową programu stanowią osoby przewlekle chore (ok. 70 pacjentów), osoby starsze, które ukończyły 60. r.ż. ze szczególnym uwzględnieniem osób z objawami chorób otępiennych oraz problemami wynikającymi z trudności dnia codziennego w tym związanych z samotnością i niezaradnością wynikającą z wieku starczego (ok. 120 osób), pacjenci w ramach interwencji kryzysowej (800 osób; niezależnie od wieku i płci), a także rodziny pacjentów przewlekle i nieuleczalnie chorych. Ogólną liczbę beneficjentów programu (tj. osób po 60. r.ż. zamieszkałych na terenie Gminy Polkowice) oszacowano na 5 696 osób. Dane przedstawione powyżej są zatem zbieżne z danymi GUS.

Mając na uwadze zaplanowane interwencje, należy podkreślić, że w projekcie nie odniesiono się do grupy kierowców, wśród których zaplanowano prowadzenie badań psychotechnicznych.

W projekcie określono kryteria kwalifikacji do programie, które nie budzą zastrzeżeń. Dodatkowo w ramach kryteriów włączenia warto byłoby określić kto będzie dokonywać selekcji do poszczególnych grup.

#### Interwencja

Projekt programu zakłada przeprowadzenie interwencji w ramach 3 głównych bloków: opieki nad seniorami, pielęgniarstwa długoterminowego w domu pacjenta oraz utworzenia gabinetu interwencji kryzysowej. Warto podkreślić, iż w projekcie nie przedstawiono opisu poszczególnych interwencji, a wskazano jedynie zakres, z którego będą one prowadzone (np. świadczenia pielęgniarstwa, świadczenia rehabilitacyjne, świadczenia psychologiczne). Zaleca się, aby opis zaplanowanych interwencji został uszczegółowiony.

W treści projektu programu odwołano się do nieobowiązujących aktów prawnych. Obecnie obowiązującymi aktami prawnymi jest rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (Dz.U. 2013 poz. 1480) oraz rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej (Dz.U. 2013 poz. 1347). Świadczenia wymienione w ww. rozporządzeniach gwarantują interwencje z zakresu m.in. opieki zdrowotnej udzielanej przez lekarzy, pielęgniarki (również w domu pacjenta jak i ambulatoryjnie), leczenia bólu, opieki psychologicznej nad świadczeniobiorcą i jego rodziną, rehabilitacji, zapobiegania powikłaniom, wykonania badań zleconych, zaopatrzenia w wyroby medyczne konieczne do wykonania świadczenia gwarantowanego, świadczeń udzielanych przez lekarza i pielęgniarki oraz psychologa, terapii zajęciowej, rehabilitacji, leczenia farmakologicznego oraz dietetycznego. Stwierdzić zatem można, że świadczenia wymienione w ramach ocenianego programu stanowią w dużej mierze zwiększenie dostępu do świadczeń gwarantowanych.

Należy także podkreślić, iż zaplanowane w ramach poszczególnych bloków interwencje (m.in. terapia ruchowa, terapia zajęciowa, edukacja, poradnictwo zdrowotne) są zgodne z rekomendacjami licznych towarzystw/organizacji naukowych.

Warto również zaznaczyć, że przedstawione interwencje wpisują się również w założenia Długofalowej Polityki Senioralnej w Polsce na lata 2014-2020, realizując cele takie jak: „wspieranie i rozwój poradni i opieki geriatrycznej w Polsce”, „przygotowanie do okresu własnej starości pod względem wiedzy nt. zmian fizycznych i psychicznych podczas procesów starzenia i konsekwencji określonych zachowań”, „promocja właściwego stylu życia w sferze zdrowia psychicznego, aktywności intelektualnej, odżywiania, rytmu dnia, rekreacji, higieny ciała i unikania zachowań ryzykownych pod względem zdrowotnym” oraz „rozwój i wspieranie aktywności fizycznej”.

W projekcie zaplanowano również przeprowadzenie „badań psychotechnicznych kierowców (w tym rowerzystów) po 60. r.ż. w celu poprawy bezpieczeństwa kierowców i innych użytkowników ruchu”. W ramach prowadzonych prac analitycznych nie odnaleziono wytycznych/rekomendacji dotyczących bezpośrednio potrzeby prowadzenia badań wśród kierowców w wieku podeszłym. Warto zaznaczyć, że obecnie w Polsce nie ma przepisów odnoszących się do kierowców niezawodowych i konieczności wykonywania przez nich badań. Badania psychologiczne są wymagane jedynie w przypadku kierowców zawodowych (co 5 lat do czasu ukończenia przez kierowcę 60 lat lub co 30 miesięcy po ukończeniu przez kierowcę 60. r.ż.)

#### Monitorowanie i ewaluacja

Monitorowanie programu zostało opisane poprawnie, uwzględnia zarówno ocenę zgłaszalności jak i jakości udzielanych świadczeń. Warto jednak uwzględnić we wskaźnikach zgłaszalności rodziny uczestników w ramach programu oraz grupy kierowców, którzy mają zostać poddani badaniom psychologicznym.

Ocena efektywności (ewaluacja programu) ma być prowadzona w oparciu o liczbę świadczeń w ramach opieki nad seniorami i osobami niesamodzielnymi, liczby świadczeń pielęgniarstwa opieki

długoterminowej oraz liczby świadczeń pielęgnarskich w ramach interwencji kryzysowej. Nie przedstawiono jednak w jaki sposób powyższe wskaźniki zostaną zestawione, gdyż np. sama liczba świadczeń w ramach opieki nad seniorami i osobami niesamodzielnymi nie będzie stanowić wskaźnika określającego czy zaproponowane świadczenia będą wpływać np. na poprawę jakości życia. Wskaźniki efektywności powinny odnosić się do sytuacji sprzed wprowadzenia programu lub też do wyników ewaluacyjnych w ramach prowadzenia programu dot. opieki długoterminowej (według danych otrzymanych od wnioskodawcy program był prowadzony przez ostatnie 13 lat na terenie Gminy Polkowice). Zapewne stanowiłoby to dobry punkt odniesienia. Dodatkowo należałoby również zaznaczyć w ramach wskaźników efektywności ewaluację związaną z interwencjami prowadzonymi w ramach badań psychologicznych kierowców po 60 r.ż.

#### Warunki realizacji

Realizator programu zostanie wybrany w drodze konkursu ofert, co pozostaje w zgodzie z zapisami ustawowymi. Opisano również warunki niezbędne do realizacji programu.

Projekt zawiera opis zasad udzielania świadczeń w ramach programu. Powiązanie interwencji programowych z obecnie dostępnymi świadczeniami nie jest do końca jasne. Sugeruje się zatem aby określono precyzyjnie, które świadczenia oraz w jakiej ilości będą finansowane w ramach programu, a które w ramach świadczeń gwarantowanych finansowanych przez NFZ.

W projekcie nie określono sposobu ewentualnego kontynuowania otrzymywania świadczeń zdrowotnych przez uczestników programu. Brakuje również zapisu dotyczącego zakończenia udziału w programie. Sugeruje się uzupełnienie projektu programu o ww. kwestie.

Całkowity budżet przeznaczony na realizację programu wynosi 292 000 zł, przy koszcie jednostkowym 295 zł. W projekcie nie wskazano szczegółowego podziału na koszty poszczególnych składowych programu, co warto doprecyzować. Ponadto nie wskazano, czy zaproponowany koszt całkowity odnosi się do całego okresu prowadzenia programu, czy jest to koszt roczny.

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

#### Problem zdrowotny

Proces starzenia się istotnie wpływa na specyfikę chorobowości wśród osób w wieku geriatrycznym (powyżej 60 r.ż.). Pacjentów we wspomnianej grupie wiekowej charakteryzuje wielochorobowość i wielolekowość, jak również brak specyficzności objawów klinicznych występujących problemów zdrowotnych. Dlatego zasadnym jest utrzymanie właściwego poziomu sprawności funkcjonalnej (niezależności, samodzielności) celem zmniejszenia obciążenia systemu opieki zdrowotnej i społecznej wynikających z leczenia niesprawności.

Opieka długoterminowa to osobista opieka i inne poszerzone świadczenia nad osobami wymagającymi pomocy przy wykonywaniu codziennych czynności życiowych lub też nadzoru ze względu na znaczny stopień upośledzenia funkcji poznawczych i ruchowych.

#### Alternatywne świadczenia

Wykazy i warunki realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki długoterminowej i paliatywno-hospicyjnej określają: rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (Dz.U. 2013 poz. 1480) oraz rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej (Dz.U. 2013 poz. 1347). Świadczenia gwarantowane z zakresu opieki długoterminowej i paliatywno-hospicyjnej obejmują w szczególności: świadczenia udzielane przez lekarza, pielęgniarkę, psychologa, rehabilitację, leczenie farmakologiczne i dietetyczne, zaopatrzenie w wyroby medyczne, edukację zdrowotną, terapię zajęciową, badania diagnostyczne, a w przypadku opieki paliatywno-hospicyjnej dodatkowo: leczenie bólu i innych objawów somatycznych oraz zapobieganie powikłaniom

#### Ocena technologii medycznej

Zgodnie z rekomendacjami w sprawie promocji praw osób starszych wydanymi w roku 2014 przez Komitet Ministrów (CM/Rec(2014)2), Państwa członkowskie powinny przedsięwziąć odpowiednie działania (w tym działania prewencyjne), na rzecz promowania, utrzymywania i poprawy stanu zdrowia oraz samopoczucia osób starszych. Osoby te powinny mieć zapewnioną odpowiednią opiekę medyczną, a także dostęp do wyspecjalizowanej opieki długoterminowej. Ponadto usługi opiekuńcze powinny być świadczone po cenach przystępnych dla osób starszych (z uwzględnieniem programów dofinansowujących, jeśli zachodzi taka potrzeba). Istotnym jest, aby opiekunowie osób starszych byli właściwie przeszkoleni oraz otrzymywali odpowiednie wsparcie w celu zapewnienia adekwatnej jakości świadczonych usług. Również opiekunowie nieformalni powinni otrzymać odpowiednie przeszkolenie oraz wsparcie, celem umożliwienia im właściwego świadczenia niezbędnej pomocy.

Rekomendacje kliniczne licznych towarzystw/organizacji naukowych wskazują na istotne znaczenie działań profilaktycznych w populacji osób w wieku geriatrycznym. Należą do nich m.in.: The Royal Australian College of General Practitioners (2016), National Institute for Health and Care Excellence (2015), American College of Surgeons National Surgical Quality Improvement Program (2015), American Geriatrics Society (2015), Ministry of Health, Health Promotion Board (2015), Scottish Intercollegiate Guidelines Network (2015), Regional Health Council Tuscany Region (2015), Health Canada (2014), British Geriatrics Society (2014), American Occupational Therapy Association (2014), British Columbia Guidelines (2014), U.S. Preventive Services Task Force (2014), National Pressure Ulcer Advisory Panel; European Pressure Ulcer Advisory Panel; Pan Pacific Pressure Injury Alliance (2014), Michigan Quality Improvement Consortium (2013), Singapore Ministry of Health (2013), New Zealand Ministry of Health (2013).

Wytyczne wskazują, że zaplanowane terapie ruchowe/zajęciowe powinny oferować regularne sesje grupowe i/lub indywidualne, ukierunkowane na zaangażowanie pacjenta w proces wykonywania ćwiczeń mających na celu utrzymanie lub poprawę zdrowia/samopoczucia; sesje te powinny angażować także opiekunów osób starszych. Terapie powinny być prowadzone we właściwie dostosowanym do tego miejsca (dostępnym dla populacji docelowej).

Zajęcia sportowe powinny być prowadzone przez fizjoterapeutów, licencjonowanych (zarejestrowanych) specjalistów, instruktorów fitness, a także innych pracowników ochrony zdrowia, opieki społecznej, wolontariuszy itp. którzy posiadają odpowiednie kwalifikacje, umiejętności oraz doświadczenie w omawianym zakresie. Zaleca się także prowadzenie lokalnych programów aktywności fizycznej wśród osób starszych, uwzględniających przede wszystkim: szeroki zakres ćwiczeń o umiarkowanej intensywności (np. zajęcia taneczne, spacer, pływanie); ćwiczenia wytrzymałościowe i odpornościowe skierowane głównie na osoby z zespołem słabości/kruchości; ćwiczenia rozciągające oraz zmniejszające napięcie; ćwiczenia te powinny odzwierciedlać preferencje osób starszych.

Osoby starsze powinny wykonywać 30-minutowe ćwiczenia przez 5 dni w tygodniu lub częściej (specjaliści prowadzący zajęcia powinny przekazywać instrukcje ich bezpiecznego wykonywania, a także wskazywać przykłady aktywności z życia codziennego). Zgodnie z zaleceniami osoby starsze powinny podejmować aktywność fizyczną niezależnie od wieku, wagi, problemów zdrowotnych czy też umiejętności.

Interwencje rekomendowane w przypadku pogorszenia funkcjonowania osób starszych: zachęcanie rodziny do udziału w opiece nad osobą starszą; wczesne skierowania na terapię ruchową/terapię zajęciową; konsultacje geriatryczne, przygotowywanie szczegółowych planów dnia osób starszych; wspieranie odpowiedniego stylu odżywiania. Model opieki geriatrycznej powinien uwzględniać: kształcenie pracowników sektora opieki zdrowotnej z zakresu podstawowej wiedzy geriatrycznej; wyznaczenie czynników ryzyka występowania powikłań związanych z wiekiem; włączenie pacjenta oraz jego rodziny w proces planowania terapii oraz wyznaczania jej celów; wdrażanie interwencji, których skuteczność poparta jest dowodami naukowymi; wdrażanie wielodyscyplinarnego modelu komunikacji; podkreślenie roli opieki koordynowanej.

Wśród kluczowych elementów opieki ukierunkowanej na pacjenta w wieku starszym z chorobami przewlekłymi i/lub ograniczeniami w funkcjonowaniu wymienić należy: stworzenie

zindywidualizowanego planu opieki (uwzględniającego zarówno preferencje pacjenta, jak i cele, które chciałby on osiągnąć), aktywną koordynację wszystkich osób odpowiedzialnych za zapewnianie usług zdrowotnych, a także ocenę wyników oraz poprawę jakości z wykorzystaniem informacji zwrotnych od pacjentów i ich opiekunów.

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

#### **Tryb wydania opinii**

Opinię wydano na podstawie art. 48a ust. 1 i 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r., poz. 581), z uwzględnieniem raportu: OT.441.237.2016 „SENIOR – poprawa zdrowia i komfortu życia osób starszych i niesamodzielnych - mieszkańców gminy Polkowice, poprzez rozszerzenie zakresu długoterminowej opieki domowej i ambulatoryjnej oraz interwencji” realizowany przez gminę Polkowice, Warszawa grudzień 2016; Aneksów do raportów szczegółowych „Programy z zakresu profilaktyki geriatrycznej – wspólne podstawy oceny”, sierpień 2015 r., i „Opieka długoterminowa oraz paliatywno-hospicyjna – wspólne podstawy oceny” luty 2013 r. oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 358/2016 z dnia 19 grudnia 2106r o projekcie programu SENIOR – poprawa zdrowia i komfortu życia osób starszych i niesamodzielnych - mieszkańców gminy Polkowice, poprzez rozszerzenie zakresu długoterminowej opieki domowej i ambulatoryjnej oraz interwencji”.