



**Opinia**  
**Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych**  
**nr 65/2011 z dnia [REDACTED]**  
**o projekcie programu zdrowotnego**  
**„Rehabilitacja i wsparcie osób niewidomych i niedowidzących”**  
**w ramach „Programu Zdrowotnego Gminy Miasta [REDACTED]**  
**na lata 2011-2013”**

Po zapoznaniu się z opinią Rady Konsultacyjnej uważam, że projekt programu zdrowotnego „Rehabilitacja i wsparcie osób niewidomych i niedowidzących” w ramach „Programu Zdrowotnego Gminy Miasta [REDACTED] na lata 2011-2013” dotyczy istotnego problemu społecznego, jednak nie może być w obecnej formie zaopiniowany pozytywnie.

Niepełnosprawność jest jednym z poważniejszych zjawisk i problemów współczesnej cywilizacji. Znaczenie tego problemu wynika z rozmiarów i powszechności jego występowania, a także z konsekwencji, jakie wywołuje w sensie indywidualnym i społecznym. Niepełnosprawność jest problemem ogólnoswiatowym, stanowiącym cel szczególnie promowanych działań WHO i Komisji Europejskiej.

Działania podejmowane w programach ukierunkowanych na zapobieganie niepełnosprawności oraz na kompleksową terapię i rehabilitację niepełnosprawnych i zagrożonych niepełnosprawnością, jak również na aktywizację i integrację społeczną niepełnosprawnych, wynikają z zadań jednostek samorządów terytorialnych określonych w ustawie o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. 2010 nr 214 poz. 1407 z późn. zm.), ustawie o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. 1994 nr 111 poz. 535 z późn. zm.), ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. 2008 Nr 164 poz. 1027 z późn.zm.) oraz ustawach odpowiednich dla danych jednostek terytorialnych.

Prowadzenie przez samorządy programów zdrowotnych obejmujących kompleksową terapię i rehabilitację niepełnosprawnych wydaje się uzasadnione wobec ograniczonej dostępności świadczeń rehabilitacyjnych finansowanych ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ). Świadczenia proponowane w ramach ocenianego programu stanowiłyby uzupełnienie świadczeń gwarantowanych finansowanych przez NFZ, ujętych w następujących rozporządzeniach Ministra Zdrowia:

- Rozp. MZ z 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz.U. 2009 nr 140 poz. 1145);
- Rozp. MZ z 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz.U. 2009 nr 140 poz. 1146 z późn. zm.);



- Rozp. MZ z 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (Dz.U. 2009 nr 140 poz. 1147 z późn. zm.);
- Rozp. MZ z 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej (Dz.U.09.139.1138 z późn. zm.);
- Rozp. MZ z 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu zaopatrzenia w wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi oraz środki pomocnicze (Dz.U.09.139.1141 z późn. zm.).

Programy zdrowotne poświęcone działaniom zapobiegającym wystąpieniu oraz pogłębieniu niepełnosprawności nie są programami o dobrze zdefiniowanym problemie zdrowotnym i ściśle określonej populacji. Niepełnosprawność jest pojęciem określającym długotrwały stan, w którym występują pewne ograniczenia w prawidłowym funkcjonowaniu człowieka. Pojęcie to odnosi się do populacji zróżnicowanych pod kątem rodzaju (kategorii) niepełnosprawności, okresu życia, w którym ona wystąpiła, przyczyny czy stopnia niepełnosprawności, a tym samym populacji o różnych wymaganiach terapeutycznych, jak również edukacyjnych czy społecznych, do realizacji których możliwe jest zastosowanie różnorodnych interwencji. Z tego powodu ocena tego typu programów zgodna z art. 31a ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, przewidująca m.in. ocenę skuteczności klinicznej i bezpieczeństwa, stosunku uzyskiwanych korzyści zdrowotnych do ryzyka zdrowotnego, stosunku kosztów do uzyskiwanych efektów zdrowotnych – byłaby niezwykle złożona i nie może być wykona na potrzeby oceny poszczególnych samorządowych programów zdrowotnych.

Z powyższych względów w ocenie wykorzystano dostępne wytyczne kliniczne oparte na przeglądach systematycznych dotyczące postępowania rehabilitacyjnego (rehabilitacja właściwa lub późna) u osób dorosłych cierpiących na wybrane na podstawie ocenianego programu znaczne uszkodzenie wzroku. Przeanalizowano polskie wytyczne ogólne rehabilitacji medycznej, 7 międzynarodowych wytycznych klinicznych uwzględniających zalecenia z zakresu rehabilitacji kardiologicznej, 7 opracowań dotyczących rehabilitacji po incydentach mózgowo-naczyniowych, 2 opracowania dotyczące zaleceń z zakresu rehabilitacji w reumatoidalnym zapaleniu stawów, 4 międzynarodowe zalecenia z zakresu rehabilitacji w chorobie zwyrodnieniowej stawów oraz wytyczne dotyczące rehabilitacji wzroku u osób słabo widzących.

Wytyczne podkreślają, że niezależnie od jednostki chorobowej o skuteczności rehabilitacji decyduje czas jej rozpoczęcia, kompleksowość i wielodyscyplinarność świadczeń, intensywność zajęć terapeutycznych, a także ciągłość. Zgodnie z zasadą kompleksowości rekomenduje się prowadzenie rehabilitacji przez zespół terapeutyczny obejmujący specjalistów reprezentujących różne dziedziny medycyny oraz nauk pokrewnych, którzy współpracują ze sobą i tworzą oraz modyfikują wielopłaszczyznowy program rehabilitacji. W szeroko pojmowanym procesie rehabilitacji wyróżnia się rehabilitację medyczną, społeczną i zawodową. Na rehabilitację medyczną (fizjoterapię) składają się: kinezyterapia, fizykoterapia, masaż leczniczy. Wytyczne są zgodne, że rehabilitacja nie może być uważana za osobną formę albo etap terapii, lecz musi być zintegrowana ze świadczeniami profilaktyki wtórnej. Rehabilitacja medyczna daje szansę nauczenia pozytywnych zachowań zdrowotnych oraz zwiększenia stosowania się do zalecanej farmakoterapii. Plan rehabilitacji powinien być dostosowany do potrzeb chorego. Nawet w obrębie jednej jednostki chorobowej potrzeby rehabilitacyjne pacjentów różnią się znacznie, dlatego terapia rehabilitacyjna powinna być prowadzona w oparciu o indywidualny plan, określający cele, typ(y), częstość i intensywność działań odpowiednich dla szczególnych potrzeb oraz możliwości chorego. Zgodnie

z przyjętymi standardami diagnoza – w tym przypadku odbywająca się przed przystąpieniem do programu – powinna być opracowana przez zespół specjalistów, kompleksowa i skutkująca szczegółowymi wskazaniem i przeciwwskazaniem, uwzględniająca ocenę ryzyka powikłań. Wyniki kolejnych wizyt konsultacyjnych powinny być wykorzystywane do modyfikowania programu pracy z chorym oraz oceny jego rezultatów. Niezależnie od stosowanej interwencji powinno się zapewnić beneficjentowi dobrej jakości informacje na temat schorzenia oraz jego wpływu na życie, dostępnych opcji terapeutycznych oraz potencjalnych korzyści i ryzyka każdej z interwencji, jak również innych dostępnych form wsparcia. Przekazywanie informacji powinno odbywać się w sposób przystępny dla chorego.

Program adresowany jest do osób niewidomych i niedowidzących z terenu miasta, które wymagają stałej rehabilitacji oraz pomocy w zakresie integracji społecznej. Wielkość populacji docelowej określono na podstawie liczby mieszkańców miasta zrzeszonych w Polskim Związku Niewidomych na 115 osób. Proponowane działania, obejmujące współorganizację turnusów rehabilitacyjnych z elementami orientacji w przestrzeni, zakup drobnych sprzętów do rehabilitacji i usamodzielniania osób niewidomych oraz koordynowanie spotkań przedstawicieli Koła PZN z zarządcami dróg w celu poznania i wyeliminowania miejsc niebezpiecznych, są zgodne z ustawowymi zadaniami jednostek samorządu terytorialnego oraz z dostępnymi rekomendacjami i realizują światowe zalecenia większego angażowania osób niepełnosprawnych w procesy decyzyjne bezpośrednio ich dotyczące (np. w formie konsultacji). Jednak nie odniesiono się do kwestii powielania w programie działań finansowanych już ze środków publicznych. Wydaje się, że spośród przedstawionych działań przynajmniej w zakresie turnusów rehabilitacyjnych potrzebne byłoby określenie liczby uczestników i zasad naboru oraz odniesienie się do możliwości uzyskania tych świadczeń w ramach finansowania przez NFZ. W projekcie nie przewidziano monitorowania realizacji i efektów programu. Wskazany przez autorów niewielki budżet odnosi się do całego pakietu pięciu programów zdrowotnych, których realizację zaplanowano na 2011 r., tym samym nie wiadomo, ile pieniędzy zostanie przeznaczonych na realizację ocenianego programu i czy są to środki adekwatne.

Biorąc pod uwagę powyższe argumenty przyjmuję opinię jak na wstępie. Ze względu na znaczenie wyrównywania szans osób niepełnosprawnych każde działanie w tym kierunku jest potrzebne i program z poprawkami mógłby być zaopiniowany pozytywnie i realizowany.