

Opinia
Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych
nr 67/2011 z dnia [REDAKTOWANE]
o projekcie programu zdrowotnego
„Rehabilitacja lecznicza (fizjoterapia i kinezyterapia)
mieszkańców gminy [REDAKTOWANE]”

Po zapoznaniu się z opinią Rady Konsultacyjnej wyrażam pozytywną opinię o projekcie programu zdrowotnego „Rehabilitacja lecznicza (fizjoterapia i kinezyterapia) mieszkańców gminy [REDAKTOWANE]”.

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 jednostki chorobowe: reumatoidalne zapalenie stawów, chorobę zwyrodnieniową stawów, udar mózgowy; choroby kardiologiczne, jak również znaczne uszkodzenie wzroku. Przeanalizowano polskie wytyczne ogólnej 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 nauczania 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.

Oceniany program jest programem wieloletnim. Realizację programu przewidziano na lata 2011–2013. W ramach programu przewidziana jest realizacja rehabilitacji z zastosowaniem różnego rodzaju metod fizjoterapii oraz kinezyterapii, zgodnych ze skierowaniem oraz dopasowanych do indywidualnych potrzeb pacjenta.

Wymieniony we wniosku cel główny programu nie wydaje się adekwatny do populacji, do której jest skierowany, jak i podejmowanych działań. Rehabilitacja lecznicza jako profilaktyka trzeciego rzędu skierowana do osób chorych nie wpływa na zmniejszenie zachorowalności. Odpowiedniejszym celem proponowanych działań wydaje się poprawa i podtrzymanie ogólnej sprawności osób z przewlekłymi lub pourazowymi schorzeniami narządu ruchu, układu kostnego i mięśniowego lub ośrodkowego/obwodowego układu nerwowego.

Opis nie wskazuje, by przewidywano przeprowadzenie zorganizowanej kampanii informacyjnej. Ponieważ do programu będą kwalifikować się jedynie osoby posiadające odpowiednie skierowanie wystawione poza programem, konieczne wydaje się co najmniej poinformowanie o realizacji i sposobie kwalifikacji do programu wszystkich lekarzy, mogących kierować doń swoich pacjentów.

W projekcie przewidziano monitorowanie podstawowych parametrów realizacji programu.

W dyskusjach o dostępności świadczeń rehabilitacyjnych wyrażane są opinie, według których środki kontraktowane z NFZ są niewystarczające na pokrycie zapotrzebowania na świadczenia z zakresu kompleksowej terapii i rehabilitacji, program może więc stanowić uzupełnienie dla świadczeń finansowanych z budżetu NFZ.

Biorąc pod uwagę powyższe argumenty, przyjmuję opinię jak na wstępie.