



**Opinia**  
**Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych**  
**nr 184/2012 z dnia 10 września 2012**  
**o projekcie programu „Rehabilitacja lecznicza-ambulatoryjna**  
**(fizykoterapia, kinezyterapia, masaż leczniczy) mieszkańców gminy**  
**Niemce”**

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości pozytywnie opiniuję projekt programu „Rehabilitacja lecznicza-ambulatoryjna (fizykoterapia, kinezyterapia, masaż leczniczy) mieszkańców gminy Niemce” pod warunkiem precyzyjnego określenia kosztów częściowych.

**Uzasadnienie**

Program nie jest skierowany na jeden dobrze zdefiniowany problem zdrowotny, co znacznie utrudnia oszacowanie jego nasilenia.

Autorzy przedstawili jedynie budżet całkowity, brak jest natomiast kosztów częściowych. Nie sposób ocenić kompletności budżetu, ze względu na fakt, że w programie nie został określony wymiar świadczeń przypadający na jednego uczestnika oraz koszty częściowe. Za dobór ilości i rodzaju świadczenia odpowiedzialny będzie lekarz.

Autorzy nie określili dokładnie, jakich zabiegów w odniesieniu do jakiej choroby ma dotyczyć program. W projekcie programu nie został określony wymiar świadczeń przypadający na jednego uczestnika.

**Przedmiot opinii**

Przedmiotem opinii jest projekt programu zdrowotnego gminy Niemce z zakresu rehabilitacji leczniczej. Populację programu stanowią mieszkańcy Gminy, którzy uzyskali skierowanie od lekarza specjalisty lub lekarza POZ. Szacuje się udział ok. 30% mieszkańców gminy rocznie, przyjmując średnio ok. 60 zabiegów na jednego pacjenta. Za główny cel programu uznano zwiększenie dostępności do zabiegów rehabilitacyjnych pacjentów Gminy Niemce, oraz poprawa stanu zdrowia mieszkańców, głównie poprzez zapobieganie i zmniejszenie powikłań chorób oraz umożliwienie szybkiego dostania się na zabiegi osób bezpośrednio po urazach. Jako cele szczegółowe wskazano: usunięcie procesów chorobowych, zapobieganie nawrotom i postępowaniu choroby, usuwanie dolegliwości, zwalczanie bólu, zwalczanie stanów zapalnych, usprawnianie czynności poszczególnych narządów, zwiększanie siły mięśniowej, przywracanie prawidłowego zakresu ruchu, przywracanie prawidłowych stereotypów ruchowych, odtwarzanie propriocepcji, przywracanie odpowiedniej elastyczności i długości tkankom okołostawowym, stwarzanie optymalnych możliwości gojenia się struktur, przy istniejących, niemożliwych do usunięcia zmianach chorobowych, osiągnięcie możliwie najlepszego stanu funkcjonalnego. Planowane działania obejmują: wizytę i przeprowadzenie wywiadu lekarskiego przez lekarza ZOZ-u realizującego program i wypełnienie formularza wywiadu; podjęcie decyzji o udziale pacjenta w programie, dokonanie przez lekarza ZOZ-u realizującego program odpowiedniej adnotacji na skierowaniu; zarejestrowanie się pacjenta ze stosownym skierowaniem; ocenę i opis stanu funkcjonalnego pacjenta przed



rozpoczęciem rehabilitacji; zaplanowanie postępowania rehabilitacyjnego stanowiącego integralną część fizjoterapii, które realizuje cel skierowania na rehabilitację i jest zgodne z tym skierowaniem, wypełnienie ankiety przez pacjenta przed przystąpieniem do programu; wykonywanie zabiegów rehabilitacyjnych według zaleceń i wskazań lekarskich; wypełnienie ankiety przez pacjenta po zakończeniu cyklu rehabilitacji; końcowa ocena i opis stanu funkcjonalnego pacjenta po zakończeniu cyklu rehabilitacyjnego dokonana przez personel i dołączona do dokumentacji pacjenta. Program ma być realizowany w latach 2012-2014, projekt zawiera jedynie budżet całkowity, brak jest natomiast kosztów częściowych. Projekt ma być finansowany ze środków gminy Niemce.

### **Problem zdrowotny**

Niepełnosprawność jest problemem ogólnoswiatowym, stanowiącym cel szczególnie promowanych działań World Health Organization (WHO) i Komisji Europejskiej. Według ostatnich szacunków, około 15% ludności świata żyje z jakąś formą niepełnosprawności, z czego 2-4% doświadcza poważnych trudności w funkcjonowaniu. Mając na uwadze ulegający wydłużeniu średni czas życia, problem ten staje się niezwykle istotny, gdyż dłuższe życie nieuchronnie wiąże się z pogorszeniem sprawności zarówno fizycznej, jak i psychicznej. Oczywiście problem niepełnosprawności nie dotyczy tylko osób starszych. Może on wystąpić także wśród osób bardzo młodych, a nawet malutkich dzieci wskutek wad wrodzonych, chorób przewlekłych, wypadków czy urazów. Bez względu na przyczynę niepełnosprawności jest ona poważnym problemem społecznym. Zgodnie z danymi Głównego Urzędu Statystycznego, uszkodzenia i choroby narządu ruchu są główną przyczyną niepełnosprawności zarówno wśród kobiet (odpowiadają za 59% niepełnosprawności), jak i mężczyzn (51%). W zależności od przyjętego kryterium niepełnosprawności biologicznej (a ściślej poziomu ograniczeń) populacja osób niepełnosprawnych w Polsce może liczyć od 5,3 mln osób do 9 mln osób.

### **Alternatywne świadczenia**

Osobom niepełnosprawnym przysługują świadczenia z zakresu opieki zdrowotnej (w tym rehabilitacja lecznicza) - finansowane z budżetu Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ), świadczenia opieki społecznej (w tym rehabilitacja społeczna i zawodowa) finansowane ze środków wydzielonych z PFRON.

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

Niepełnosprawność jest jednym z poważniejszych zjawisk i problemów współczesnej cywilizacji. Znaczenie tego problemu wynika z rozmiarów i powszechności jego występowania w populacji, a także z konsekwencji jakie wywołuje w sensie indywidualnym i społecznym. Niepełnosprawność jest problemem ogólnoswiatowym, stanowiącym cel szczególnie promowanych działań WHO i Komisji Europejskiej. Według ostatnich szacunków, około 15% ludności świata żyje z jakąś formą niepełnosprawności, z czego 2-4% doświadcza poważnych trudności w funkcjonowaniu. Postępujące starzenie się społeczeństwa, brak nawyków prozdrowotnych, stresujący tryb życia, degradacja środowiska naturalnego, nasilanie się częstotliwości różnego rodzaju wypadków, wreszcie postęp medycyny ratującej życie, ale nie zawsze umiejacej zapobiec skutkom chorób czy wypadków jest przyczyną stałego wzrostu liczby osób niepełnosprawnych w społeczeństwie.

Wyniki opracowanego wspólnie przez WHO oraz Bank Światowy Światowego Raportu na temat niepełnosprawności, wskazują, że na całym świecie, osoby niepełnosprawne są bardziej podatne na możliwe do uniknięcia wtórne problemy zdrowotne oraz choroby współtowarzyszące, mają niższe osiągnięcia edukacyjne, są mniej aktywne zawodowo, częściej w porównaniu do osób sprawnych doświadczają ubóstwa, nie zawsze są w stanie żyć

samodzielnie czy w pełni funkcjonować w życiu społecznym. Wynika to częściowo z napotykanym przez osoby niepełnosprawne barier w dostępie do usług, w tym zdrowia, edukacji, zatrudnienia, transportu i informacji. Trudności te nasilają się w społecznościach mniej uprzywilejowanych.

Na podstawie analizy sytuacji osób niepełnosprawnych na świecie w Światowym Raporcie sformułowano konkretne zalecenia dla polityki i praktyki, które, jeśli wprowadzone w życie, mogą doprowadzić do realnej poprawy warunków życia osób niepełnosprawnych. Główne zalecenia obejmują umożliwienie dostępu do głównych polityk, systemów świadczeń, inwestowanie w specjalne programy oraz świadczenia dla osób niepełnosprawnych; przyjęcie narodowej strategii oraz planu działań na rzecz osób niepełnosprawnych; zwiększenie aktywnego angażowania osób niepełnosprawnych w formułowaniu i implementacji polityk, przepisów prawa oraz świadczeń, poprawę rozwoju zasobów ludzkich, zapewnienie odpowiedniego finansowania i poprawę przystępności finansowej; zwiększenie świadomości społecznej i rozumienia niepełnosprawności, poprawę zbierania danych o niepełnosprawności, wzmocnić oraz weprzeć badania w zakresie niepełnosprawności.

Światowy Raport podkreśla, konieczność wspierania ludzi w aktywnym życiu i uczestnictwie w społeczeństwie i zaleca udzielania świadczeń na poziomie społeczeństwa. Ważnym narzędziem promowanym przez WHO jest również rehabilitacja na poziomie społeczeństwa – CBR (Community - based rehabilitation) – która jest przybierającą na znaczeniu polityką integracji osób z niepełnosprawnościami, umożliwiającą im uczestnictwo w rozwoju i korzystania z niego. W ramach realizacji Planu Działań WHO na Rzecz Niepełnosprawności i Rehabilitacji na lata 2006-2011, w 2010 r. opublikowano wytyczne rehabilitacji CBR, których celem było m.in. udzielenia praktycznych wskazówek i podkreślenie roli rehabilitacji na poziomie społeczeństwa jako narzędzia, które kraje mogą wykorzystać w celu wdrożenia KPON (Konwencji Praw Osób Niepełnosprawnych).

Głównym celem podejmowanych działań jest umożliwienie osobom niepełnosprawnym pełnego uczestnictwa w życiu społecznym oraz tworzenia warunków do niezależnego, samodzielnego i aktywnego życia oraz do korzystania na zasadzie równości z praw ustanowionych dla ogółu obywateli. Programy te mają również pomóc osobom niepełnosprawnym w skutecznym i efektywnym korzystaniu z usług świadczonych na terenie tych jednostek samorządu terytorialnego.

Działania te wpisują się w światową jak i regionalne strategie działań na rzecz osób niepełnosprawnych skierowanych m.in. na wyrównywanie szans osób niepełnosprawnych, przeciwdziałanie wykluczeniu społecznemu poprzez zwiększenie dostępu do dóbr i usług umożliwiających im pełne uczestnictwo w życiu społecznym, kulturalnym oraz integrację osób niepełnosprawnych ze środowiskiem, realizujących zapisy KPON.

Zasadność prowadzenia przez samorzady programów zdrowotnych obejmujących kompleksową terapię i rehabilitację niepełnosprawnych, wydaje się uzasadnione wobec ograniczonej dostępności świadczeń rehabilitacyjnych finansowanych ze środków NFZ.

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.

W wytycznych podkreśla się konieczność zapewnienia powszechności; kompleksowości; wczesności; ciągłości. Zgodnie z zasadą kompleksowości rehabilitacja rekomenduje się prowadzenie rehabilitacji przez zespół terapeutyczny obejmujący specjalistów reprezentujących różne dziedziny medycyny oraz nauk pokrewnych wykorzystywanych w terapii, 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, gdyż stanowi jeden z jej aspektów. Rehabilitacja medyczna daje szanse nauczania i zachęcenia pozytywnych zachowań zdrowotnych oraz zwiększenia stosowania się do zalecanej farmakoterapii.

Wytyczne podkreślają, że plan rehabilitacji powinien być dostosowany do potrzeb wynikających ze stanu chorego, zakresu potrzebnej pomocy fizjoterapeutycznej, kompleksowości, wczesności i ciągłości procesu rehabilitacji. Wytyczne podkreślają, że skuteczności terapii rehabilitacyjnej decyduje czas jej rozpoczęcia, kompleksowość i wielodyscyplinarność świadczeń, intensywność zajęć terapeutycznych, a także ciągłość. Nawet w obrębie jednej jednostki chorobowej, potrzeby rehabilitacyjne pacjentów różnią się znacznie, dlatego terapia rehabilitacyjna powinna być zindywidualizowana i prowadzona w oparciu o indywidualny plan interwencji, określający cele, typ(y), częstotliwość i intensywność działań, odpowiednich dla szczególnych potrzeb oraz możliwości chorych.

Odnosząc projekt opiniowanego programu do ogólnych kryteriów dobrze zaprojektowanego programu zdrowotnego (sformułowanych przez American Public Health Association) można stwierdzić, że:

I. Program nie odnosi się do dobrze zdefiniowanego problemu zdrowotnego.

II. Program stwarza dostęp beneficjentów do oferowanych świadczeń.

III. Program wykorzystuje interwencje o udowodnionej skuteczności i zalecane w wytycznych. Wszystkie wymienione w projekcie programu interwencje znajdują się w wykazie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej. Autorzy nie podają jakie interwencje będą stosowane do rehabilitacji w poszczególnych chorobach. Za dobór świadczeń odpowiedzialny będzie lekarz.

IV. Autorzy przedstawili jedynie budżet całkowity, brak jest natomiast kosztów cząstkowych. Nie sposób ocenić kompletności budżetu, ze względu na fakt, że w programie nie został określony wymiar świadczeń przypadający na jednego uczestnika oraz koszty cząstkowe. Za dobór ilości i rodzaju świadczenia odpowiedzialny będzie lekarz.

V. W projekcie programu podano cele, jak i oczekiwane efekty wdrożenia programu. Monitorowaniu będzie podlegać liczba pacjentów skierowanych do udziału w programie w poszczególnych latach, liczba wykonanych zabiegów, liczba pacjentów deklarujących poprawę zdrowia, sprawności, zmniejszenia odczuwanego bólu po leczeniu, liczba pacjentów deklarujących utrzymanie stałego stopnia choroby, dolegliwości przed i po zastosowaniu leczenia.

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

**Tryb wydania opinii**

Opinię wydano na podstawie art. 48 ust. 2a ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, z uwzględnieniem raportu „Rehabilitacja lecznicza-ambulatoryjna (fizykoterapia, kinezyterapia, masaż leczniczy) mieszkańców gminy Niemce” realizowanym przez Gminę Niemce, nr: AOTM-OT- 441-202/2012, Warszawa, sierpień 2012 i aneksu „Programy z zakresu rehabilitacji niepełnosprawnych i zagrożonych niepełnosprawnością dorosłych wspólne podstawy oceny”, Aneks do raportów szczegółowych, sierpień 2012.