



Opinia
Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych
nr 269/2013 z dnia 21 października 2013 r.
o projekcie programu „Rehabilitacja lecznicza (fizjoterapia
i kinezyterapia) mieszkańców Gminy Osielsko”

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości wydaję pozytywną opinię o projekcie programu „Rehabilitacja lecznicza (fizjoterapia i kinezyterapia) mieszkańców Gminy Osielsko”.

Uzasadnienie

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

Program, adresowany do wszystkich zamieszkałych w gminie Osielsko osób zarówno z przewlekłymi jak i pourazowymi schorzeniami narządów ruchu, układu kostnego i mięśniowego, centralnego układu nerwowego oraz obwodowego układu nerwowego, powinien być uzupełniony o zalecaną w wytycznych edukację chorych, oraz o sposób informowania beneficjentów, lekarzy w tym lekarzy specjalistów o programie.

Program zawiera koszty jego realizacji. Autorzy określili ponadto sposób monitorowania podstawowych parametrów realizacyjnych. Jednakże ocena efektywności programu powinna uwzględniać również liczbę osób objętych programem oraz osób, którym nie udzielono pomocy z podaniem przyczyn.

Przedmiot wniosku

Przedmiotem niniejszej opinii jest projekt programu zdrowotnego, mający na celu poprawa i podtrzymywanie ogólnej sprawności osób z przewlekłymi lub pourazowymi schorzeniami narządu ruchu, układu kostnego i mięśniowego lub ośrodkowego/ obwodowego układu nerwowego dla mieszkańców gminy Osielsko. Program w całości finansowany jest przez Gminę Osielsko, całkowity trzyletni koszt wynosi 297 600,00 zł.

Problem zdrowotny

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 umiejącej zapobiec skutkom chorób czy wypadków jest przyczyną stałego wzrostu liczby osób niepełnosprawnych w społeczeństwie.

Alternatywne świadczenia

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

Wnioski z oceny przeprowadzonej przez Agencję

Wnioski z oceny problemu zdrowotnego

Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej, świadczenia gwarantowane z tego zakresu obejmują m. in. rehabilitację ogólną w podstawowym zakresie, prowadzoną w celu zmniejszenia skutków upośledzenia ruchowego oraz usprawnienia ruchowego, świadczenia psychologa, terapię zajęciową oraz edukację zdrowotną polegającą na przygotowaniu świadczeniobiorcy i jego rodziny lub opiekuna do samo opieki i samo pielęgnacji w warunkach domowych.

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.

Niezależnie od jednostki chorobowej: wytyczne podkreślają, że skuteczności terapii rehabilitacyjnej decyduje czas jej rozpoczęcia, kompleksowość i wielodyscyplinarność świadczeń, intensywność zajęć terapeutycznych, a także ciągłość.

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 szansę 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.

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.

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 Konwencji Praw Osób Niepełnosprawnych.

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

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.

Wnioski z oceny programu Gminy Osielesko

Projekt programu zawiera dobrze zdefiniowany problem zdrowotny jakim jest rehabilitacja osób dorosłych z dysfunkcją ruchu. Realizuje priorytety zdrowotne: „ograniczenie skutków urazów powstałych w wyniku wypadków, w szczególności poprzez skuteczną rehabilitację osób poszkodowanych”, „zmniejszenie przedwczesnej zachorowalności i ograniczenie negatywnych skutków przewlekłych schorzeń układu kostno-stawowego”, „rozwój opieki długoterminowej, ze szczególnym uwzględnieniem kompensowania utraconej sprawności”.

Program skierowany jest do osób zarówno z przewlekłymi jak i pourazowymi schorzeniami narządów ruchu, układu kostnego i mięśniowego, centralnego układu nerwowego, obwodowego układu nerwowego - tj. populacji bardzo niejednorodnej pod względem problemu zdrowotnego, jak również potrzeb terapeutycznych. Działania programu wydają się ukierunkowane na zapobieganie wystąpieniu lub ograniczeniu postępowania niepełnosprawności u osób, której narastająca skala i związane z nim konsekwencje, wymagające zaangażowania potencjału najbliższego otoczenia (rodziny) oraz zasobów społecznych, sprawiają, że stanowi poważny problem społeczny zarówno w wymiarze jednostkowym, rodzinnym jak i ogólnospołecznym.

Opiniowany program jest właściwie sfinansowaniem świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji. Autorzy programu sami zaznaczają to w punkcie 7. Bezpieczeństwo planowanych interwencji, pisząc: „Wszystkie zaplanowane interwencje znajdują się w katalogu świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. (Dz. U. Nr 140, poz. 1145). Świadczenia gwarantowane udzielane są zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, z wykorzystaniem metod diagnostyczno - terapeutycznych innych niż stosowane w medycynie niekonwencjonalnej, ludowej lub orientalne.” Wydaje się, że głównym powodem jest brak kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia (NFZ) w tym zakresie.

W ramach programu przewidziana jest realizacja rehabilitacji z zastosowaniem różnego rodzaju metod fizjoterapii (w tym określonych metod elektroterapii, magnetoterapię, laseroterapię, światłolecznictwo, ultrasonoterapię, termoterapię – krioterapię miejscową) oraz kinezyterapii, zgodnych ze skierowaniem oraz dopasowanych do indywidualnych potrzeb pacjenta tak aby zrealizować cel skierowania na rehabilitację. Zgodnie z zapisami projektu to lekarz ogólny lub specjalista wystawiający – jeszcze poza programem -

skierowanie na rehabilitację zleca zabiegi fizjoterapeutyczne wraz z określeniem okolicy ciała, ewentualnej strony (lewa, prawa) oraz liczbę poszczególnych zabiegów w cyklu.

Decyzję o udziale w programie pacjenta podejmuje lekarz podmiotu medycznego realizującego program. W cyklu terapeutycznym do 15 dni zabiegowych uczestnikowi programu przysługuje nie więcej niż sześć zabiegów dziennie, nie więcej niż 120 zabiegów w roku, chyba że lekarz zdecyduje o konieczności większej liczby zabiegów (np. stany pourazowe, po zabiegach ortopedycznych). Za dobór rodzaju i ilości zabiegów odpowiedzialny będzie lekarz podmiotu medycznego realizującego program. Rehabilitacja odbywać się będzie pod okiem co najmniej magistra rehabilitacji.

W odniesieniu do jakości proponowanych w programie świadczeń przewidziana jest ocena natężenia dolegliwości prowadzona przez pacjentów przed i po zakończeniu cyklu terapeutycznego.

Zgodnie z założeniami projektu ocena efektywności programu zostanie dokonana po zakończeniu programu na podstawie raportów ewaluacyjnych oraz ankiet zebranych od pacjentów, a także lokalnych danych epidemiologicznych.

Autorzy projektu przedstawili większość elementów schematu programu zdrowotnego zaproponowanego przez AOTM. Zaznaczyć jednak trzeba, że wszystkie interwencje zawarte są w koszyku świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji. Świadczenia realizowane w ramach programu są finansowane ze środków publicznych. Projekt zakłada sfinansowanie świadczeń rehabilitacyjnych dostępnych w ramach NFZ.

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

I. Działania programu są ukierunkowane na zapobieganie wystąpieniu lub ograniczeniu postępowania niepełnosprawności u osób, która stanowi poważny problem społeczny zarówno w wymiarze jednostkowym, rodzinnym jak i ogólnospołecznym. Ponadto realizuje priorytety Narodowego Programu Zdrowia na lata 2007-2015;

II. Dostępność działań programu dla beneficjentów – Program adresowany jest do wszystkich zamieszkałych w gminie Osieles osób zarówno z przewlekłymi jak i pourazowymi schorzeniami narządów ruchu, układu kostnego i mięśniowego, centralnego układu nerwowego, obwodowego układu nerwowego posiadającymi odpowiednie skierowanie na rehabilitację, wystawione przez lekarza poz lub specjalistę. W projekcie brak odpowiedniego sposobu informowania beneficjentów, czy chociażby lekarzy i specjalistów mogących skierować potencjalnych beneficjentów do programu.

III. Skuteczność działań – realizacja rehabilitacji leczniczej mającej na celu zapobieżenie konsekwencjom chorób poprzez poprawę, przywrócenie sprawności lub zapobieżenie postępowi choroby jest zgodne z wytycznymi klinicznymi, proponowane działania są zgodne z przyjętymi praktyką medyczną, wszystkie interwencje dostępne są również w ramach świadczeń gwarantowanych. W programie nie ujęto jednak istotnej w procesie rehabilitacji i zalecanej w wytycznych edukację chorych.

IV. W projekcie przedstawiono oszacowania kosztów realizacji Programu, jednak nie do końca wykazano, że program stanowi optymalne wykorzystanie dostępnych zasobów; ponadto program miałby powielać działania finansowane przez NFZ, czego powodem jak się wydaje jest brak kontraktu NFZ.

V. W programie przewidziano monitorowanie podstawowych parametrów realizacji programu: poziomu zgłaszalności (liczba osób skierowanych) do programu oraz liczby

zrealizowanych świadczeń. Jako mierniki efektywności stosowanych interwencji projekt zakłada monitorowanie liczby pacjentów deklarujących poprawę zdrowia, sprawności, zmniejszenia odczuwanego bólu po leczeniu oraz liczba pacjentów deklarujących utrzymanie stałego stopnia choroby, dolegliwości przed i po zastosowaniu leczenia. Ocena efektywności programu ma być sporządzona na podstawie raportów ewaluacyjnych oraz ankiet zebranych od pacjentów, a także lokalnych danych epidemiologicznych. Wśród mierników realizacji, obok liczby osób, które zgłosiły się do programu, warto byłoby uwzględnić również liczbę objętych programem oraz liczbę osób, którym nie udzielono pomocy z podaniem przyczyn nieobjęcia ich programem. Dla ułatwienia realizacji i analizy wyników programu, wskazane byłoby wyodrębnienie (w ramach podgrup lub nawet osobnych programów) jednostek chorobowych zbliżonych pod względem konsekwencji zdrowotnych oraz potrzeb terapeutycznych.

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 „Rehabilitacja lecznicza (fizjoterapia i kinezyterapia) mieszkańców Gminy Osielsko” realizowany przez gminę Osielsko, AOTM-OT-441-158/2013, Warszawa, październik 2013 i aneksu: „Programy z zakresu rehabilitacji niepełnosprawnych i zagrożonych niepełnosprawnością dorosłych – wspólne podstawy oceny”, Aneks do raportów szczegółowych, Warszawa, sierpień 2011 oraz aneksu: „Programy w zakresie poprawy opieki nad osobami starszymi – wspólne podstawy oceny”, Aneks do raportów szczegółowych, Warszawa, listopad 2012.

Inne wykorzystane źródła danych, oprócz wskazanych w ww. raporcie:

1. Nie dotyczy.