



**Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 188/2015 z dnia 9 listopada 2015 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Rehabilitacja
lecnicza – fizjoterapia dzieci i młodzieży niepełnosprawnej
ruchowo oraz dzieci i młodzieży z wadami postawy z terenu Gminy
Sułkowice”**

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości pozytywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Rehabilitacja lecnicza – fizjoterapia dzieci i młodzieży niepełnosprawnej ruchowo oraz dzieci i młodzieży z wadami postawy z terenu Gminy Sułkowice”.

Uzasadnienie

Przedstawiony projekt programu polityki zdrowotnej dotyczy istotnej kwestii zwiększania dostępu do świadczeń z zakresu rehabilitacji. Jest to problem odnoszący się zarówno do kwestii zdrowotnych, jak i społecznych. Zwiększenie dostępności do świadczeń może mieć wpływ na poprawę jakości życia całej społeczności lokalnej.

Cele programu warto sformułować w taki sposób, aby przedstawiały finalny skutek zaplanowanych działań. Mierniki efektywności spełnią swoją rolę, jeśli będą w sposób wiarygodny oceniać stopień realizacji efektów. Proszę zatem zgodnie z sugestiami w treści opinii rozważyć uzupełnienie mierników efektywności.

Populację docelową w programie stanowią wszyscy mieszkańcy gminy Sułkowice z niepełnosprawnością ruchową lub ze zdiagnozowanymi wadami postawy. Poza wskazaniem przewidywanej liczby uczestników, nie oszacowano możliwej do objęcia programem liczby osób. Warto - w miarę możliwości – zweryfikować te szacunki w oparciu o dane epidemiologiczne, gdyż może to mieć wpływ na wielkość budżetu niezbędnego do realizacji programu.

Zaplanowane interwencje będą indywidualnie dopasowywane do potrzeb i możliwości uczestnika, co może mieć znaczenie dla uzyskania efektu terapeutycznego. Dodatkowo zaplanowane działania – w miarę możliwości finansowych – warto rozszerzyć o działania edukacyjne, gdyż mogą one przyczynić się do kształtowania postaw prozdrowotnych w społeczeństwie i wzmacniania efektu działań rehabilitacyjnych realizowanych w ramach programu.

W ramach oceny efektywności programu proszę określić wskaźniki, które umożliwią ocenę wpływu prowadzonych działań na zdrowie i zachowania prozdrowotne uczestników.

Budżet zaplanowany na realizację działań określonych projektem został przedstawiony z uwzględnieniem kosztów poszczególnych procedur medycznych. Wskazane w modelu kosztowym wydatki nie pozwalają na oszacowanie, czy będzie on wystarczający na pokrycie kosztów związanych z zapewnieniem rehabilitacji wszystkim zgłoszonym do programu osobom. Warto zweryfikować budżet w oparciu o oszacowania w modelu populacyjnym procedury rehabilitacyjne dostosować do potrzeb zdrowotnych.



Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej zwiększenia dostępności do świadczeń rehabilitacyjnych. Budżet całkowity przeznaczony na realizację programu wynosi 180 000 zł, zaś okres realizacji to lata 2016-2018.

Ocena projektu programu polityki zdrowotnej

Znaczenie problemu zdrowotnego

Projekt odnosi się do problemu występowania wad postawy wśród dzieci i młodzieży oraz zwraca się uwagę na kwestię dostępności do świadczeń rehabilitacyjnych.

Problem zdrowotny został przedstawiony w sposób wyczerpujący. Warto wspomnieć, że programy polityki zdrowotnej poświęcone działaniom zapobiegającym wystąpieniu oraz pogłębieniu niepełnosprawności są programami skierowanymi do zróżnicowanej populacji dotkniętej wieloma schorzeniami warunkującymi niepełnosprawność.

Programy profilaktyki i korekcji wad postawy u dzieci i młodzieży realizują priorytet Ministra Zdrowia zdefiniowany jako „zapobieganie najczęstszym problemom zdrowotnym i zaburzeniom rozwoju fizycznego i psychospołecznego dzieci i młodzieży objętych obowiązkiem szkolnym i obowiązkiem nauki oraz kształcących się w szkołach ponadgimnazjalnych do ich ukończenia oraz zmniejszenie przedwczesnej zachorowalności i ograniczenie negatywnych skutków przewlekłych schorzeń układu kostno-stawowego”.

Wyniki raportu Health Behaviour in School-aged Children 2012 na temat zdrowia nastolatków w Europie, koordynowanego przez specjalistów z Instytutu Matki i Dziecka wyraźnie pokazują, że w ostatnich latach znacznie zwiększyła się liczba czynników powodujących powstawanie wad postawy u dzieci i młodzieży. Zgodnie z treścią raportu Ośrodka Rozwoju Edukacji zniekształcenia kręgosłupa zdiagnozowano u 17,14 % populacji w wieku 0–18 lat oraz u 9,7% dzieci i młodzieży w wieku 2–9 lat. Wymienia się wiele przyczyn powstawania wad postawy, z czego jako pierwsze wymieniane są: siedzący tryb życia, mała aktywność fizyczna, zbyt długie przebywanie w jednej pozycji, błędy popełniane przy noszeniu dziecka oraz meble nieodpowiednio dobrane do wzrostu dziecka.

Zaznaczyć należy, że w gminie Sułkowice kontrakt z NFZ na 2015 rok na przedmiotowe świadczenia posiada Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej. Kontrakt podpisany jest na kwotę 118 475,10 zł. W projekcie zaznacza się, że niski limit świadczeń w ramach kontraktu powoduje, że dzieci i młodzież niepełnosprawna ma ograniczony dostęp do rehabilitacji leczniczej (w zakresie fizjoterapii, krioterapii, masażu leczniczego, hydroterapii) na terenie Gminy. Zauważyć należy, że w ramach programu planuje się sfinansowanie wymienione wyżej 4 rodzaje zabiegów, oraz dodatkowo kinezyterapię i kinezjotaping. Nie opisano jednak szczegółowo, w przypadku których interwencji z zakresu rehabilitacji kontrakt z NFZ jest niewystarczający.

Cele i efekty programu

Celami głównymi programu są zapewnienie systematycznej rehabilitacji dzieciom i młodzieży z niepełnosprawnością ruchową oraz korygowanie zdiagnozowanych wad postawy i zapobieganie pogłębieniu wad postawy u dzieci i młodzieży z terenu Gminy Sułkowice. Proszę zauważyć, że wskazany cel główny może stanowić działanie, które planuje się podjąć w programie nie zaś jego rezultat. Jeśli celem jest zachowanie systematyczności, to zmierzenie tego celu i określenie korzyści zdrowotnej z niego wynikającej może być czasochłonne. Proszę rozważyć modyfikację celu, na taki, który odzwierciedlać będzie efekty zaproponowanych interwencji. Wydaje się, że drugi cel główny można uznać za wystarczający. Dodatkowo wskazano 5 celów szczegółowych, które stanowią uzupełnienie celu głównego.

Wskazane w projekcie oczekiwane efekty pozostają w spójności z postawionymi celami.

Mierniki efektywności są spójne z celami programu, ale dla oceny wielkości zmian należy określić liczbę osób z poszczególnymi objawami na początku rehabilitacji. Wskazać także należy, że proponowane mierniki nie mierzą wielkości efektu zdrowotnego, stopnia poprawy

po przeprowadzonych zabiegach, stopnia zmniejszenia bólu dzięki rehabilitacji. Proszę rozważyć ocenę efektów również w proponowanym kontekście. Dodatkowo proszę rozważyć uwzględnienie wskaźników takich jak: liczba dzieci, u których wykryto wady postawy i skierowano do dalszego leczenia oraz określenie liczby dzieci spośród leczonych (np. po 3 miesiącach od zakończenia zajęć terapeutycznych), które utrzymują prawidłową postawę ciała, liczbę dzieci spośród leczonych nadal wykonujących zalecone ćwiczenia oraz sprawdzenie stanu wiedzy na temat dbania o prawidłową postawę ciała.

Populacja docelowa

Populację docelową w programie stanowią mieszkańcy gminy z niepełnosprawnością ruchową lub zdiagnozowanymi wadami postawy. W projekcie oszacowano, że do udziału zaproszonych zostanie 100 osób. Liczba uczestników została określona na podstawie raportu z poprzedniej edycji programu.

Do uczestnictwa w Programie wymagane będzie skierowanie od lekarza z rozpoznaniem wady postawy lub orzeczenie dotyczące niepełnosprawności oraz pisemna zgoda na udział w programie uczestnika albo rodziców/opiekunów uczestnika programu.

Interwencja

W ramach programu planuje się udzielanie świadczeń rehabilitacyjnych: kinezyterapia, fizykoterapia, masaż leczniczy, krioterapia, hydroterapia, kinezytaping. W projekcie nie wskazano dokładnej liczby oraz rodzaju poszczególnych zabiegów. Zaznaczono, że terapia będzie ustalana na podstawie indywidualnego planu określającego rodzaj zabiegów oraz częstotliwość i intensywność działań ustalony przez fizjoterapeutę/lekarza prowadzącego, biorąc pod uwagę potrzeby i możliwości pacjentów.

Brakuje w projekcie programu również opisu roli rodzica/opiekuna prawnego w przebiegu rehabilitacji dziecka. Istotnym jest, żeby rodzice/opiekunowie prawni dzieci wymagających świadczeń rehabilitacyjnych mogli obserwować sposób wykonywania danych ćwiczeń fizycznych, a tym samym pomagać i kontrolować (de facto wspierać) proces rehabilitacji dziecka.

W odniesieniu do korekcji wad postawy w programie warto byłoby zaplanować działania edukacyjne, które będą obejmować dzieci oraz ich rodziców/opiekunów prawnych. Warto, aby skupiały się one na istotności prawidłowej postawy oraz na zachowaniu aktywności fizycznej.

Warto mieć również na uwadze, że program dotyczy w zasadzie sfinansowania świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji oraz, że wszystkie zaplanowane interwencje znajdują się w katalogu świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej, więc istotne jest precyzyjne określenie granicy między świadczeniami gwarantowanymi a finansowanymi w ramach przedmiotowego programu.

Monitorowanie i ewaluacja

W projekcie programu nie zaplanowano w sposób poprawny jego monitorowania i ewaluacji. Należy pamiętać, że jest to niezbędny element planowania programów polityki zdrowotnej, który umożliwia bieżącą ocenę realizowanych działań, jak również w sposób wiarygodny pozwala określić wpływ interwencji na zdrowie populacji docelowej. Procesy monitorowania i ewaluacji powinny uwzględniać ocenę zgłaszalności do programu, ocenę jakości udzielanych świadczeń i ocenę efektywności.

Zgłaszalność można monitorować i oceniać poprzez prowadzenie list uczestnictwa i ich późniejszą analizę pod kątem odsetka osób uczęszczających na zajęcia, odsetka osób, które nie zostały zakwalifikowane do programu z powodu przeciwwskazań lekarskich, odsetka wyrażonych zgód rodziców/opiekunów prawnych.

Jakość świadczeń może być oceniona za pomocą ankiet satysfakcji uczestnika i/lub jego pisemnych uwag zgłaszanych do realizatora.

Ocena efektywności prowadzonych działań powinna w sposób rzetelny wskazywać w jaki sposób prowadzone działania wpłynęły na zdrowie populacji. Warto wziąć pod uwagę liczbę osób deklarujących poprawę zdrowia i sprawności (i u których obiektywnie zmierzono poprawę zdrowia)

względem wszystkich uczestników programu. Można także przeprowadzić analizę poszczególnych zabiegów wykonanych w ramach projektu i analizę stanów chorobowych, na podstawie których nastąpiło skierowanie do programu, zgodnie z propozycją zawartą w części opinii dot. celów i efektów programu. Dodatkowo warto określić liczbę dzieci z wykrytymi wadami postawy skierowanymi do dalszej rehabilitacji, liczbę dzieci korzystających z zajęć korekcji wad postawy (po zakończonym uczestnictwie w programie) oraz liczbę dzieci, u których nastąpiła zmiana postawy ciała utrzymująca się np. po 3 miesiącach od zakończenia zajęć korekcyjnych.

Warunki realizacji

Realizator programu zostanie wyłoniony w otwartym konkursie ofert. Nie wskazano jednak jakie wymagania musi spełniać realizator programu. Do czasu podjęcia działań, warto tę kwestię doprecyzować.

Świadczenia udzielane w programie mają mieć charakter stacjonarny. Warto byłoby rozważyć możliwość transportu dla osób, które nie będą w stanie samodzielnie dotrzeć do placówki, tak aby zapewnić równy dostęp wszystkim osobom potrzebującym.

Budżet całkowity przeznaczony na realizację zaplanowanych interwencji wynosi 180 000 zł. W projekcie przedstawiono koszty poszczególnych procedur medycznych. Nie wskazano natomiast kosztów jednostkowych przypadających na jednego uczestnika programu. W budżecie warto uwzględnić ewentualne koszty kampanii informacyjnej i – w miarę możliwości - transportu pacjentów.

Okres realizacji programu to lata 2016-2018.

Wnioski z oceny technologii medycznej przeprowadzonej przez Agencję

Problem zdrowotny

Do najczęstszych wad postawy należą: plecy okrągłe, plecy wklęsłe, plecy wklęsło-okrągłe, plecy płaskie, boczne skrzywienia kręgosłupa – skoliozy, wady statyczne kończyn dolnych.

Plecy okrągłe to nadmierne wygięcie kręgosłupa ku tyłowi. Charakteryzują się osłabieniem mięśni, wysunięciem do przodu głowy i barków, przykurczem mięśni klatki piersiowej, upośledzeniem funkcji oddechowej klatki piersiowej

Plecy wklęsłe to pogłębienie lordozy lędźwiowej, co często jest uwarunkowane wiekiem, ustawieniem miednicy, napięciem i długością mięśni stabilizujących stawy biodrowe.

Plecy wklęsło-okrągłe charakteryzują się zwiększoną lordozą lędźwiową i kifozą piersiową, co prowadzi do pochylenia głowy ku przodowi, spłaszczenia klatki piersiowej, rozciągnięcia prostownika grzbietu odcinka piersiowego oraz jego skrócenia w odcinku lędźwiowym, przykurczy mięśni obręczy barkowej i klatki piersiowej, przesunięcia narządów jamy brzusznej ku przodowi i pod ich naporem rozciągnięcia mięśni brzucha.

Plecy płaskie charakteryzują się spłaszczeniem lub brakiem fizjologicznych wygięć kręgosłupa, co powoduje osłabienie funkcji amortyzacyjnej kręgosłupa, przeciążenia prowadzące do zmian zwyrodnieniowych, upośledzenie pojemności i ruchomości klatki piersiowej, większą skłonność do powstawania bocznych skrzywień kręgosłupa.

Skolioza idiopatyczna jest typem skoliozy strukturalnej (skolioza utrwalona), której cechami charakterystycznymi są: deformacja kręgosłupa w trzech płaszczyznach (czołowej, strzałkowej i poprzecznej), kąt skrzywienia mierzony sposobem Cobba na zdjęciu RTG wykonanym w pozycji stojącej w projekcji przednio-tylnej wynosi co najmniej 10°, powstaje w wieku rozwojowym, ma tendencję do pogłębiania się w okresach szybkiego wzrostu kręgosłupa, zaś progresja dotyczy głównie dziewcząt.

Niepełnosprawność, według Światowej Organizacji Zdrowia to ograniczenie lub brak zdolności do wykonywania czynności w sposób lub w zakresie uważanym za normalny dla człowieka, wynikające z uszkodzenia i upośledzenia funkcji organizmu. Za osoby niepełnosprawne wg WHO uważa się osoby, które nie mogą samodzielnie, częściowo lub całkowicie zapewnić sobie możliwości

normalnego życia indywidualnego i społecznego na skutek wrodzonego lub nabytego upośledzenia fizycznych lub psychicznych sprawności.

Poza definicją WHO w Polsce funkcjonuje również określenie zdefiniowane w Ustawie o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, które oznacza trwałą lub okresową niezdolność do wypełniania ról społecznych z powodu stałego lub długotrwałego naruszenia sprawności organizmu, w szczególności powodującą niezdolność do pracy.

W zależności od stopnia sprawności organizmu wyróżnia się trzy stopnie niepełnosprawności:

1. Znaczny - do znacznego stopnia niepełnosprawności zalicza się osobę z naruszoną sprawnością organizmu, niezdolną do pracy albo zdolną do pracy jedynie w warunkach pracy chronionej i wymagającą, w celu pełnienia ról społecznych, stałej lub długotrwałej opieki i pomocy innych osób w związku z niezdolnością do samodzielnej egzystencji.
2. Umiarkowany - do umiarkowanego stopnia niepełnosprawności zalicza się osobę z naruszoną sprawnością organizmu, niezdolną do pracy albo zdolną do pracy jedynie w warunkach pracy chronionej lub wymagającą czasowej albo częściowej pomocy innych osób w celu pełnienia ról społecznych.
3. Lekki - do lekkiego stopnia niepełnosprawności zalicza się osobę o naruszonej sprawności organizmu, powodującej w sposób istotny obniżenie zdolności do wykonywania pracy, w porównaniu do zdolności, jaką wykazuje osoba o podobnych kwalifikacjach zawodowych z pełną sprawnością psychiczną i fizyczną, lub mająca ograniczenia w pełnieniu ról społecznych dające się kompensować przy pomocy wyposażenia w przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze lub środki techniczne.

Szacuje się, że około 15% ludności świata żyje z jakąś formą niepełnosprawności, z czego 2-4% doświadcza poważnych trudności w funkcjonowaniu. 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

Aktualnie, osobom niepełnosprawnym/wymagającym rehabilitacji przysługują świadczenia z zakresu opieki zdrowotnej (w tym rehabilitacja lecznicza) - finansowane z budżetu Narodowego Funduszu Zdrowia.

W ramach ubezpieczenia chorobowego świadczenie rehabilitacyjne przysługuje ubezpieczonemu, który po wyczerpaniu okresu pobierania zasiłku chorobowego jest nadal niezdolny do pracy, a dalsze leczenie lub rehabilitacja rokują odzyskanie zdolności do pracy. Przysługuje ono przez okres niezbędny do przywrócenia zdolności do pracy, nie dłużej niż przez 12 miesięcy.

W ramach ubezpieczenia wypadkowego przysługuje świadczenie rehabilitacyjne z tytułu niezdolności do pracy spowodowanej wypadkiem przy pracy lub chorobą zawodową.

Ocena technologii medycznej

Zaproponowana w projekcie programu zdrowotnego interwencja ma istotne znaczenie w kwestii poprawy stanu zdrowia oraz podniesienia jakości życia osób niepełnosprawnych.

Wyniki opracowanego wspólnie przez WHO oraz Bank Światowy, Światowego Raportu na temat niepełnosprawności (World Report on Disability) pozwoliły skonstruować konkretne zalecenia dla polityki i praktyki, które mogą doprowadzić do realnej poprawy warunków życia osób niepełnosprawnych. W największym stopniu obejmują inwestowanie w specjalne programy i świadczenia dla osób niepełnosprawnych oraz przyjęcie narodowej strategii oraz planu działań na rzecz osób niepełnosprawnych.

Światowy Raport podkreśla konieczność wspierania ludzi w aktywnym życiu i uczestnictwie w społeczeństwie. Ważnym narzędziem promowanym przez WHO jest również rehabilitacja na poziomie społeczeństwa (Community - based rehabilitation - CBR), która jest przybierającą

na znaczeniu polityką integracji osób niepełnosprawnych ze społeczeństwem, umożliwiającą im uczestnictwo w rozwoju i korzystania ze społecznego wsparcia.

Niezależnie od jednostki chorobowej, wytyczne podkreślają, że o skuteczności terapii rehabilitacyjnej decyduje czas jej rozpoczęcia, kompleksowość i wielodyscyplinarność świadczeń, intensywność zajęć terapeutycznych, a także ich ciągłość. Istotne jest, aby terapia była w indywidualny sposób przystosowana do potrzeb i możliwości chorego.

Bardzo ważne jest, aby przeprowadzany proces rehabilitacyjny był jasny i zrozumiały dla pacjenta. Chory powinien być na bieżąco informowany o postępach w leczeniu oraz o działaniach prozdrowotnych wskazanych w danej jednostce chorobowej. Kluczowe jest zaangażowanie w ten proces rodziny/opiekunów pacjenta.

Wytyczne zgodnie podkreślają, że świadczeń z zakresu rehabilitacji powinni udzielać wysoko wykwalifikowani specjaliści, posługujący się sprzętem pewnych, sprawdzonych parametrach. Zespół terapeutyczny powinien składać się ze specjalistów z różnych dziedzin medycyny oraz nauk pokrewnych wykorzystywanych w terapii, którzy współpracują ze sobą i tworzą oraz modyfikują, jeśli zachodzi taka potrzeba wielopłaszczyznowy program rehabilitacji.

Jak podkreśla National Centre for the Dissemination and Disability Research (NCDDR), współczesne standardy dowodów naukowych i metody stanowią wyzwania dla działań z zakresu rehabilitacji. Ze względu na niewielką liczbę podstawowych badań klinicznych trudno jest określić uniwersalny schemat interwencji, które charakteryzowałyby się wysoką skutecznością i bezpieczeństwem.

Należy również położyć nacisk na edukację zdrowotną i społeczną nie tylko osób z niepełnosprawnością, ale również lokalnej społeczności. W poprawie jakości życia osób z niepełnosprawnością duże znaczenie ma poprawa stanu fizycznego organizmu oraz wzmocnienie kompetencji psychologicznych i społecznych. Znoszenie barier architektonicznych, wprowadzanie ułatwień prawnych i innych może mieć wpływ na uzyskanie większej zdolności do pracy i życia w społeczeństwie dla osób z niepełnosprawnością.

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: AOTMiT-OT-441-199/2015 „Rehabilitacja lecznicza – fizjoterapia dzieci i młodzieży niepełnosprawnej ruchowo oraz dzieci i młodzieży z wadami postawy z terenu Gminy Sułkowice” realizowany przez: Gminę Sułkowice, Warszawa, październik 2015 oraz Aneksów do raportów szczegółowych: „Programy z zakresu kompleksowej rehabilitacji niepełnosprawnych dzieci i młodzieży”, grudzień 2013 r., „Programy z zakresu rehabilitacji niepełnosprawnych i zagrożonych niepełnosprawnością dorosłych – wspólne podstawy oceny”, sierpień 2011 r.