



Rada Przejrzystości

działająca przy

Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji

Stanowisko Rady Przejrzystości
nr 3/2019 z dnia 3 stycznia 2019 roku
w sprawie zmiany technologii medycznych w zakresie wybranych
propozycji zmian w zakresie rehabilitacji leczniczej dotyczących
kwalifikacji świadczeń jako gwarantowane

Rada Przejrzystości uważa za niezasadną zmianę technologii medycznych w zakresie wprowadzenia „wybranych propozycji zmian w zakresie rehabilitacji leczniczej” w postaci:

- 1) wprowadzenia porady kwalifikacyjnej (lekarskiej) oraz wizyty kwalifikacyjnej (fizjoterapeutycznej) w wariantach I/II,*
 - 2) obowiązku prowadzenia oceny stanu funkcjonalnego pacjenta w oparciu o wybrane skale medyczne oraz określenia planu leczenia wraz ze zdefiniowanym celem terapeutycznym,*
 - 3) obowiązku przeprowadzenia oceny efektów terapii rehabilitacyjnej/fizjoterapeutycznej w oparciu o wybrane skale medyczne,*
- jako świadczeń gwarantowanych stanowiących integralne elementy „Koncepcji zmian organizacji i funkcjonowania rehabilitacji leczniczej w Polsce,” przed oceną ich skutków w badaniu pilotażowym.*

Uzasadnienie

Problem decyzyjny

Problem decyzyjny stanowi ocena zasadności zmian technologii medycznych obejmujących:

- 1) zakwalifikowanie świadczenia: „porada kwalifikacyjna (lekarska)” jako świadczenia finansowanego ze środków publicznych w ramach rozporządzenia w sprawie rehabilitacji leczniczej wraz z oceną zasadności realizacji tej porady na podstawie dokumentacji medycznej;*
- 2) zakwalifikowanie świadczenia: „wizyta kwalifikacyjna (fizjoterapeutyczna)” jako świadczenia finansowanego ze środków publicznych w ramach rozporządzenia w sprawie rehabilitacji leczniczej wraz z oceną zasadności objęcia tym świadczeniem wszystkich pacjentów zgłaszających się na świadczenia (wariant I) lub wyłącznie pacjentów, dla których wskazano na skierowaniu tryb przyjęcia – pilny (wariant II);*



3) wprowadzenie w odniesieniu do ogółu świadczeń w ramach rehabilitacji leczniczej wymogu dotyczącego, poszerzonego zakresu gwarantowanych świadczeń o:

- obowiązek przeprowadzenia wstępnej oceny stanu pacjenta w oparciu o określone mierniki np. skale medyczne, testy, klasyfikacje,
- obowiązek zdefiniowania celu terapeutycznego i określenia planu leczenia i terapii,
- obowiązek przeprowadzenia oceny efektów terapii rehabilitacyjnej/fizjoterapeutycznej w oparciu o określone skale medyczne, testy i inne oraz ICF – w zakresie aktywności i uczestnictwa na podstawie dostępnych wytycznych określonych przez towarzystwa naukowe lub organizacje zawodowe danych grup zawodowych uczestniczących w procesie rehabilitacji.

Problem należy rozpatrywać, między innymi, w kontekście: 1) długiego czasu oczekiwania na świadczenie i 2) dużej liczby osób oczekujących, 3) braku określenia kryteriów kwalifikacji chorych do rehabilitacji (w chwili obecnej skierowanie może wypisać każdy lekarz ubezpieczenia zdrowotnego), 4) braku kryteriów określających pilność rozpoczęcia terapii a także 5) zmian związanych z wejściem w życie (dnia 1 stycznia 2019 r.) rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 13 grudnia 2018 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej, które zmienia sposób realizacji świadczeń w ramach fizjoterapii ambulatoryjnej, w taki sposób, że:

- a. skierowanie na cykl zabiegów nie musi zawierać zleconych zabiegów,
- b. z wyjątkiem sytuacji, gdy skierowanie wystawia lekarz specjalista w dziedzinie: rehabilitacji ogólnej lub rehabilitacji medycznej, lub rehabilitacji w chorobach narządu ruchu, skierowanie to może zawierać zleczone zabiegi fizjoterapeutyczne oraz liczbę poszczególnych zabiegów w cyklu zabiegów,
- c. w przypadku uzasadnionych wątpliwości odnoszących się do zleconych zabiegów fizjoterapeutycznych, fizjoterapeuta może dokonać zmiany w tym zakresie po konsultacji z lekarzem, o którym mowa w pkt b,
- d. świadczeniodawca po ukończonym cyklu zabiegów, przekazuje lekarzowi wystawiającemu skierowanie informację o sposobie oraz efektach cyklu zabiegów,
- e. w ramach wizyty fizjoterapeutycznej – istnieje możliwość realizacji jednej z czynności wskazanej w przepisach:
 - zaplanowanie postępowania fizjoterapeutycznego;
 - ocenę i opis stanu funkcjonalnego świadczeniobiorcy przed rozpoczęciem fizjoterapii;

- *badanie czynnościowe narządu ruchu lub inne badanie konieczne do ustalenia planu fizjoterapii lub postępowania fizjoterapeutycznego;*
- *kończącą ocenę i opis stanu funkcjonalnego świadczeniobiorcy po zakończeniu fizjoterapii;*
- *udzielenie świadczeniobiorcy zaleceń co do dalszego postępowania fizjoterapeutycznego.*

Dowody naukowe

Zebrane umiarkowanej jakości dowody naukowe dotyczące możliwości zastosowania poszczególnych skal medycznych w ocenie efektów podjętych działań terapeutycznych potwierdzają zasadność ich użycia w poszczególnych grupach chorych, wymagane są jednak dalsze prace zespołów ekspertów pozwalające na opracowanie szczegółowych rekomendacji.

Problem ekonomiczny

Precyzyjne oszacowanie skutków finansowych z perspektywy płatnika publicznego w pełnym roku kalendarzowym na tym etapie jest trudne do określenia z uwagi na to, że wdrożenie nowych świadczeń będzie wymagało przeprowadzenia procesu taryfikacji świadczeń. W przypadku porady kwalifikacyjnej i wizyty kwalifikacyjnej (wariant I) dla wszystkich chorych szacowane koszty mogą wynieść łącznie około 70 milionów złotych. Oczekiwane korzyści finansowe w perspektywie długoterminowej są obecnie trudne do oszacowania. Brak jest analiz pozwalających ocenić jaki odsetek chorych nie zostanie ostatecznie zakwalifikowany do rehabilitacji w trakcie porad i wizyt kwalifikacyjnych. Niezbędna jest ocena skutków finansowych związanych z odwołaniami chorych niekwalifikowanych do rehabilitacji.

Główne argumenty decyzji

W zakresie planowanego wprowadzenia wizyty fizjoterapeutycznej, znacznym ograniczeniem mogącym nie doprowadzić do skrócenia listy oczekujących na świadczenie fizjoterapii jest ich zawężenie do przypadków pilnych. Kolejka jest jednak najdłuższa w zakresie przypadków planowych więc można sądzić, że planowa lista oczekujących nie zredukuje się znamiennie.

Przypadek pilny jest przeważnie przypadkiem trudnym, wymagającym w większości właśnie oceny lekarskiej. Przypadki stabilne z samej nazwy wskazują przewidywalność przypadku. Lista oczekujących jak i czas oczekiwania są o wiele krótsze w przypadkach pilnych w stosunku do przypadków stabilnych. Szacowane ilości wizyt lekarskich przy znanej liczbie specjalistów w kraju (ok. 2200 czynnych zawodowo lekarzy) i brakach nowych specjalistów mogą nie doprowadzić do skrócenia list oczekujących. Brak odciążenia lekarzy przez fizjoterapeutów z przypadków nieskomplikowanych, niewymagających konsultacji lekarza i wprowadzenia dalszych działań leczniczych nie wpłynie

również na redukcje czasu i ilości pacjentów oczekujących na fizykoterapię w ramach porad lekarskich.

Niezmiernie ważne jest wprowadzenie szczegółowych kryteriów kwalifikacji do fizjoterapii, w celu ustalenia właściwego i skutecznego rodzaju zabiegów fizjoterapeutycznych.

Wizyty domowe stanowią znikomy odsetek działań związanych z rehabilitacją/fizjoterapią. Jest to związane głównie z wyceną tych wizyt i logistyką. Lecznictwo stacjonarne w wielu przypadkach stanowi obecnie jedyną alternatywę, lecz jest bardzo kosztochłonne.

Przeniesienie wagi problemu na działania domowe w znaczący sposób może odciążyć system a oszczędności związane z tym mogą zachęcić wykonawców do realizacji tych działań w przypadku ich wyższej wyceny.

Kolejnym problemem wartym podjęcia jest ewaluacja wyników leczenia. W przypadku gdy oceniającym pierwotnie i na końcu leczenia jest ta sama osoba może być to ocena niemiarodajna. Rada sugeruje aby ocena na końcu leczenia była przeprowadzana przez inną osobę lub zamiennie w przypadku leczenia fizjoterapeutycznego przez lekarza rehabilitacji, a w przypadku zleconym przez lekarza oceny dokonywałby fizjoterapeuta nie uczestniczący w procesie terapeutycznym. Dodatkowo pacjent powinien mieć możliwość oceny terapii i bezpośredniego raportowania niezależnie od prowadzonej oceny medycznej.

Ocena pacjenta powinna wyznaczać i opiniować ośrodek, celem dalszej współpracy z płatnikiem publicznym lub jej zakończenia.

Powyższe uwagi wymagają zmian w projekcie dotyczącym zmian koncepcji organizacji i funkcjonowania rehabilitacji leczniczej. Wdrożenie pilotażu programu powinno obejmować analizę skuteczności wprowadzonych zmian w 1 przypadku gdy wizyta kwalifikacyjna dotyczyć będzie przypadków planowych a w 2 przypadku gdy przypadki planowe będą realizowane w ramach porady kwalifikacyjnej.

Podsumowując, uporządkowanie procesu kwalifikacji chorych do świadczeń w zakresie rehabilitacji leczniczej, w postaci wprowadzenia porad i wizyt kwalifikacyjnych jest w pełni uzasadnione. Uwzględniając ograniczone zasoby osobowe wpływ wprowadzenia dodatkowego świadczenia na ogólny czas oczekiwania na konsultacje lekarza specjalisty w dziedzinie rehabilitacji jest trudny do oszacowania. W programie w obecnym kształcie nie przewidziano trybu (i limitów czasowych) odwołania od decyzji dyskwalifikującej oraz jej skutków dla aktualnie funkcjonującego systemu. Biorąc pod uwagę powyższe, a także inne ograniczenia dotyczące możliwości modelowania wprowadzanych zmian, zasadne wydaje się przeprowadzenie programu pilotażowego.

Program pilotażowy powinien również testować wykorzystanie klasyfikacji ICF do triage, oceny stanu funkcjonalnego pacjenta i efektów terapii.

Program pilotażowy powinien pozwolić na ocenę możliwości dalszego poszerzenia kompetencji fizjoterapeutów w procesie triage/kwalifikacji oraz zasad współpracy w ramach POF.

Tryb wydania stanowiska

Stanowisko wydano na podstawie art. 31h ust 2 ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2018 r., poz. 1510, z późn. zm.), w związku z art. 39 ust. 3 ustawy z 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 1536 z późn. zm.), z uwzględnieniem opracowania nr: AOTMiT-WS.431.5.2018 „Wybrane propozycje zmian w zakresie rehabilitacji leczniczej”. Data ukończenia: 28.12.2018 r.