



**Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 43/2017 z dnia 9 marca 2017 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Rehabilitacja
domowa”**

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości pozytywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Rehabilitacja domowa” pod warunkiem uwzględnienia poniższych uwag.

Uzasadnienie

Przedstawiony projekt programu polityki zdrowotnej zakłada zwiększenie dostępności do świadczeń rehabilitacyjnych dla mieszkańców miasta, co może przełożyć się na podniesienie jakości życia i poprawę zdrowia osób niepełnosprawnych. Należy jednak podkreślić, że zgodnie z obowiązującymi zapisami ustawowymi jednostki samorządu terytorialnego w celu zaspokajania wspólnoty samorządowej w zakresie ochrony zdrowia mogą finansować dla mieszkańców tej wspólnoty świadczenia gwarantowane. Nie wskazuje się, że działania te powinny być finansowane w ramach programu polityki zdrowotnej. Ponadto w celu podniesienia jakości programu warto rozważyć proponowane modyfikacje.

Cele programowe zostały określone w sposób trudny do realizacji. Warto je przeformułować, tak aby były zgodne z zasadą SMART. Do celów należy dobrać odpowiednie mierniki, które będą wskazywać stopień ich realizacji.

W zakresie populacji docelowej należy doprecyzować, czy z programu mogą również korzystać osoby niepełnoletnie. Ponadto ze względu na ograniczone środki w stosunku do liczby mieszkańców warto wskazać grupę uczestników, do której w pierwszej kolejności dedykowany jest program (np. osoby o niższym statusie materialnym, które nie są w stanie korzystać ze świadczeń we własnym zakresie)

Zaplanowane interwencje pozostają zgodne z rekomendacjami. Niewątpliwie wartością dodaną programu jest realizacja rehabilitacji w miejscu zamieszkania.

Monitorowanie i ewaluacja nie budzą zastrzeżeń.

Przedstawiony należy uzupełnić o koszty poszczególnych jego składowych.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej z zakresu rehabilitacji domowej. Budżet programu został oszacowany na 60 000 PLN rocznie, zaś okres realizacji programu to lata 2017-2019.

Opinia Prezesa Agencji została przygotowana w oparciu o ocenę technologii medycznej proponowanej w ramach programu polityki zdrowotnej zgodnie z kryteriami zawartymi w art. 31a ust. 1 i art. 48 ust. 4 ustawy o świadczeniach wraz z oceną założeń projektu programu polityki zdrowotnej, które wspierają efektywność kliniczną i kosztową technologii medycznej planowanej w programie.

Ocena projektu programu polityki zdrowotnej



Znaczenie problemu zdrowotnego

W projekcie programu w sposób ogólny opisano problem zdrowotny jakim jest niepełnosprawność. Odniesiono się także do danych epidemiologicznych. Należy jednak zaznaczyć, iż programy polityki zdrowotnej poświęcone działaniom zapobiegającym wystąpieniu oraz pogłębieniu niepełnosprawności nie są programami o dobrze zdefiniowanym problemie zdrowotnym. Często dotyczą bowiem zróżnicowanej populacji dotkniętej wieloma schorzeniami warunkującymi niepełnosprawność.

Zgodnie z danymi z Map Potrzeb Zdrowotnych w 2014 w województwie pomorskim 114 podmiotów sprawozdało realizację świadczeń fizjoterapeutycznych w warunkach ambulatoryjnych lub domowych. W województwie pomorskim jest 198,1 tys. osób pacjentów w rehabilitowanych w trybie ambulatoryjnym lub domowym.

Warto wspomnieć, że programy polityki zdrowotnej poświęcone działaniom zapobiegającym wystąpieniu oraz pogłębieniu niepełnosprawności są programami skierowanymi do zróżnicowanej populacji dotkniętej wieloma schorzeniami warunkującymi niepełnosprawność. Dlatego też dokładny opis problemu zdrowotnego, jak również wskazanie precyzyjnych danych epidemiologicznych, mogą być utrudnione.

Cele i efekty programu

Celem głównym programu jest: „usprawnienie funkcji fizycznych u osób cierpiących na stwardnienie rozsiane, porażenia i niedowładny wielokończynowe, zaawansowane, zaburzające samoobsługę choroby reumatoidalne oraz choroby zwyrodnieniowo zniekształcające, choroby mięśni powodujące zaburzenia lokomocji i samoobsługi (poza programem NFZ) oraz umożliwienie kontynuacji rehabilitacji osób po złamaniach i operacjach kończyn dolnych po zakończeniu rehabilitacji w ramach NFZ.” Dodatkowo wskazano 2 cele szczegółowe. Należy wskazać, że cel główny został określony w sposób rozległy i ogólny, co może utrudnić jego realizację. Warto aby cele konstruowane były z zachowaniem zasady SMART, wg której cel powinien być konkretny, mierzalny, osiągalny, realny i określony w czasie.

W projekcie programu wskazano jeden miernik efektywności dotyczący stanu funkcji fizycznych uczestników. Jest to wskaźnik poprawny, jednak warto dodatkowo określić czy nastąpiła zmiana w zakresie m.in. poprawy jakości życia uczestników po przeprowadzeniu rehabilitacji, ustąpienia dolegliwości bólowych, czy też poprawy mobilności. Zarejestrowana w okresie programu zmiana wskazywać będzie na wielkość uzyskanego efektu zdrowotnego.

Populacja docelowa

Populację docelową stanowią wszyscy mieszkańcy Miasta Sopot, którzy mają postawione rozpoznanie jednej z chorób określonej w projekcie programu (rzutowo- remisyjną oraz wtórnie postępująca postać stwardnienia rozsianego, porażenia i niedowładny wielokończynowe, zaawansowane, zaburzające samoobsługę choroby reumatoidalne oraz choroby zwyrodnieniowo zniekształcające, choroby mięśni powodujące zaburzenia lokomocji i samoobsługi poza programem NFZ, stany po złamaniach i operacjach kończyn dolnych po zakończeniu rehabilitacji w ramach NFZ).

Liczebność populacji miasta oszacowano na 37 231 osoby, zaś w programie udział ma wziąć 60 osób. Jest to niewielki odsetek populacji, dlatego warto rozważyć skierowanie działań w pierwszej kolejności do osób o niższym statusie materialnym, które nie są w stanie we własnym zakresie zapewnić sobie świadczeń rehabilitacyjnych.

Mimo iż program skierowany jest do wszystkich mieszkańców gminy, nie ma w nim odniesienia do dzieci, które zgodnie z treścią ocenianego projektu również stanowią populację docelową programu. Ponadto nie zaznaczono czy do udziału osób niepełnoletnich w programie wymagana będzie pisemna zgoda rodziców czy też opiekunów prawnych.

Interwencja

W projekcie przedstawiono rodzaj oraz opis interwencji planowanych w trakcie trwania programu. Będą to zabiegi z zakresu fizykoterapii, kinezyterapii oraz masażu poprzedzone wizytą lekarską.

Dokładna liczba oraz rodzaj poszczególnych zabiegów u poszczególnych beneficjentów z określonymi schorzeniami nie zostały wskazane. Należy jednak podkreślić, że rodzaj zabiegów oraz częstotliwość i intensywność działań będzie ustalany indywidualnie przez lekarza, fizjoterapeutę i koordynatora. Warto dodać, że świadczenia mają być udzielane w warunkach domowych, co stanowi wartość dodaną, szczególnie dla osób mających trudności z poruszaniem się.

Warto również mieć na uwadze, że program obejmuje działania finansowane w ramach świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej. Warto jednak podkreślić, że zgodnie z danymi NFZ w mieście Sopot nie ma placówki, która miałyby podpisane finansowanie świadczenia „Zespół rehabilitacji domowej”, w związku z czym program stanowi próbę zwiększenia dostępu do świadczeń rehabilitacyjnych.

Warto w tym miejscu zaznaczyć, że zgodnie z art. 9a i 9b ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w celu zaspokajania potrzeb wspólnoty samorządowej w zakresie ochrony zdrowia, jednostka samorządu terytorialnego, przy uwzględnieniu regionalnej mapy potrzeb zdrowotnych, priorytetów dla regionalnej polityki zdrowotnej oraz stanu dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej na obszarze województwa, może finansować dla mieszkańców tej wspólnoty świadczenia gwarantowane na podstawie umowy ze świadczeniodawcą. Biorąc pod uwagę powyższe, nie ma konieczności przygotowywania w tym zakresie programu polityki zdrowotnej.

Monitorowanie i ewaluacja

W projekcie poprawnie odniesiono się do procesu monitorowania, uwzględniając oceny zgłaszalności i jakości udzielanych świadczeń.

W zakresie ewaluacji również odniesiono się do poprawnych wskaźników. Warto jednak wspomnieć, że w ramach ewaluacji należy odnieść się do efektów zdrowotnych uzyskanych i utrzymujących się po zakończeniu programu. Konieczne jest zatem monitorowanie stanu uczestników również po zakończeniu programu.

Istotne jest także zaplanowanie działań, które mają na celu utrzymanie trwałości uzyskanych efektów zdrowotnych. W tym przypadku może to być cykliczność zabiegów rehabilitacyjnych, bądź też kontynuacja ćwiczeń samodzielnie przez pacjenta zgodnie z zaleceniami wydanymi przez fizjoterapeutę w ramach działań programowych.

Warunki realizacji

Realizator programu zostanie wyłoniony w otwartym konkursie ofert. Wskazano również wymagania, jakie musi spełniać realizator programu.

Określono sposób zapraszania uczestników do programu oraz wskazano sposób zakończenia udziału w programie.

Budżet całkowity przeznaczony na realizację zaplanowanych interwencji wynosi 60 000 zł rocznie. W projekcie przedstawiono koszty jednostkowe, jednak brakuje kosztów poszczególnych składowych programu, co utrudnia weryfikację budżetu i powinno zostać uzupełnione w celu jego urealnienia.

Wnioski z oceny technologii medycznej przeprowadzonej przez Agencję

Problem zdrowotny

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.

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: OT.441.29.2017 „Rehabilitacja domowa” realizowany przez: Miasto Sopot, Warszawa, marzec 2017 oraz Aneksu do raportów szczegółowych: „Programy z zakresu rehabilitacji niepełnosprawnych i zagrożonych niepełnosprawnością dorosłych oraz dzieci i młodzieży”, sierpień 2016. oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 50/2017 z dnia 6 marca 2017 roku o projekcie programu „Rehabilitacja domowa” m. Sopot