



Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 63/2017 z dnia 17 marca 2017 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Gminny program
rehabilitacji i wspierania aktywności ruchowej mieszkańców Gminy
Baranowo po 55 roku życia na lata 2017-2018”

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości negatywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Gminny program rehabilitacji i wspierania aktywności ruchowej mieszkańców Gminy Baranowo po 55 roku życia na lata 2017-2018”.

Uzasadnienie

Przedstawiony projekt programu polityki zdrowotnej zakłada zwiększenie dostępności do świadczeń rehabilitacyjnych dla mieszkańców miasta w wieku senioralnym. Należy jednak wskazać, że programem planuje się objąć niewielką grupę osób, przy jednoczesnym współpłaceniu uczestników 50% wartości kosztu interwencji. Takie działanie stanowi ograniczenie dostępu do świadczeń dla wszystkich uprawnionych do skorzystania z programu. Ponadto w projekcie nie określono dokładnie jakie świadczenia i w jakim zakresie przysługiwać będą uczestnikom oraz jaki lekarz decydować będzie o ich uczestnictwie w programie. Zastrzeżenia te nie pozwalają na wydanie pozytywnej Opinii Prezesa Agencji.

Należy wskazać, że zadaniem programów polityki zdrowotnej jest skierowanie interwencji do ogółu społeczeństwa, tak aby poprawić ich stan zdrowia i jakość życia. Przedmiotowy program stanowi natomiast próbę dofinansowania świadczeń gwarantowanych. Wskazać należy, 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.

W odniesieniu do poszczególnych części programu:

- Cele programowe zostały określone w sposób niepoprawny. Warto je przeformułować, tak aby były zgodne z zasadą SMART. Nie określono mierników efektywności, co wymaga uzupełnienia. Do celów należy dobrać odpowiednie mierniki, które będą wskazywać stopień ich realizacji.
- Założenia programu są niejednoznaczne, z jednej strony wskazuje się na wspieranie aktywności ruchowej u osób starszych, z drugiej zaś opisuje się świadczenia rehabilitacyjne. Ponadto zaplanowana populacja, stanowi osoby aktywne zawodowo, przed wiekiem emerytalnym, co dodatkowo wprowadza niejasność co do zadania jakie spełniać ma program.
- W projekcie nie opisano jaki jest dokładny zakres interwencji rehabilitacyjnych (tj. rodzaje zabiegów, ćwiczeń oraz długość ich prowadzenia). Nie wskazano także postępowania w przypadku, gdy zaplanowany cykl rehabilitacyjny okaże się niewystarczający.



- Monitorowanie i ewaluacja wymagają poprawy, gdyż nie zawierają wskaźników, które umożliwią rzetelne przeprowadzenie tych procesów.
- Przedstawiony budżet należy uzupełnić o koszty poszczególnych jego składowych.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej z zakresu geriatry i rehabilitacji. Budżet przeznaczony na realizację programu wynosi 20 000 PLN rocznie, zaś okres realizacji to lata 2017-2018.

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

Opis problemu zdrowotnego został przygotowany w sposób ogólny i nieprecyzyjny. Co prawda odwołano się do problematyki starzenia się populacji, ale punkt dot. problemu zdrowotnego przedstawia głównie opis i znaczenie interwencji w postaci rehabilitacji medycznej.

Zakres problemu zdrowotnego wpisuje się w piąty cel operacyjny Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020, którym jest „Promocja zdrowego i aktywnego starzenia się”. Oceniany projekt programu wpisuje się w aktualne priorytety zdrowotne Ministra Zdrowia, jakimi są: „zmniejszenie przedwczesnej zachorowalności i ograniczenie negatywnych skutków przewlekłych schorzeń układu kostno-stawowego” oraz „poprawa jakości i skuteczności opieki geriatrycznej nad pacjentem w wieku podeszłym”.

W związku z nieprecyzyjnym określeniem problemu zdrowotnego w projekcie, opis sytuacji epidemiologicznej został przedstawiony również w sposób wybiórczy.

Należy podkreślić, że zarówno proces starzenia się populacji, jak i często niepełnosprawności z niego wynikającej, nie stanowi dobrze zdefiniowanego problemu zdrowotnego, dlatego też prawidłowe określenie epidemiologii jest kwestią problematyczną. Proces starzenia się istotnie wpływa na specyfikę chorobowości wśród osób w wieku geriatrycznym, tj. powyżej 60 r.ż.. Pacjentów we wspomnianej grupie wiekowej charakteryzuje zarówno wielochorobowość i wielolekowość, jak również brak specyficzności objawów klinicznych występujących problemów zdrowotnych. Dlatego zasadnym jest utrzymanie właściwego poziomu sprawności funkcjonalnej (niezależności, samodzielności) celem zmniejszenia obciążenia systemu opieki zdrowotnej i społecznej wynikających z leczenia niesprawności.

Cele i efekty programu

Celem głównym programu jest zapewnienie dostępu pacjentom powyżej 55 roku życia do zabiegów fizjoterapeutycznych pozwalających na dłuższe utrzymanie w sprawności. Dodatkowo wskazano 3 cele szczegółowe. Należy wskazać, że postawiony cel główny stanowi bardziej działanie możliwe do realizacji nie zaś oczekiwany stan, do którego doprowadzić ma realizacja programu. Określając cele należy zwrócić uwagę, by były one zgodne z zasadą SMART, według której cel powinien być m. in. szczegółowy, mierzalny, osiągalny, istotny i określony w czasie.

W projekcie programu nie przedstawiono mierników efektywności. Mierniki te zgodnie z definicją, powinny być istotnym odzwierciedleniem zdarzeń lub faktów występujących w danym miejscu/otoczeniu/programie w odpowiednich jednostkach miary. Wartości wskaźników powinny być określone przed i po realizacji programu. Istotnym jest również, aby mierniki efektywności odpowiadały wszystkim celom programu.

W omawianym projekcie w ramach mierników można wykorzystać m.in. liczbę osób zakwalifikowanych do uczestnictwa w programie, liczbę osób wśród których wykonano pełny cykl

zabiegów rehabilitacyjnych, liczbę osób wśród których nie wdrożono zaplanowanych interwencji/bądź liczbę osób które zrezygnowały z uczestnictwa w programie już w trakcie jego realizacji. Warto także również ustosunkować się do porównania poziomu zainteresowania ćwiczeniami fizycznymi przed wdrożeniem programu i po jego realizacji wśród osób starszych na terenie gminy (pomiar przy pomocy stosownych kwestionariuszy mierzących ww. poziom zainteresowania populacji docelowej).

Populacja docelowa

Adresatami programu będą mieszkańcy gminy, którzy ukończyli 55 rok życia. W zestawieniu kosztów jednostkowych sugeruje się, że możliwe będzie zakwalifikowanie od 200 do 266 osób z ww. grupy wiekowej przy uwzględnieniu 50% dopłat do realizowanych świadczeń w ramach programu. Należy dodać, że populacja ta stanowi blisko 11-14% wszystkich mieszkańców powyżej 55 r.ż. w gminie, zgodnie z danymi GUS z 2015 r.

Głównym kryterium kwalifikacji do projektu programu jest wiek populacji (powyżej 55 r.ż.), miejsce zamieszkania oraz skierowanie lekarza rodzinnego do specjalisty, który następnie dobierze odpowiednie ćwiczenia i zabiegi. W projekcie nie sprecyzowano jakiego zakresu ma to być specjalista.

Warto także zaznaczyć, że w przypadku ograniczonych środków finansowych warto jako kryterium kwalifikacji, w pierwszej kolejności skierować program od osób o niskim statusie materialnym, które we własnym zakresie nie mogą pozwolić sobie na tego typu świadczenia, zaś ich stan zdrowia wskazuje na potrzebę przeprowadzenia rehabilitacji.

Interwencja

W ramach projektu programu przewiduje się wdrożenie regularnych, 10-dniowych zabiegów rehabilitacyjnych (kinezyterapii, zabiegów fizjoterapeutycznych - elektroterapia, pole magnetyczne i ultradźwięki) oraz instruktaż ćwiczeń dla zainteresowanych (celem utrzymania sprawności i minimalizowania swoich dolegliwości).

W projekcie programu nie wskazano jaki zakres ćwiczeń i zabiegów będzie przysługiwał poszczególnym uczestnikom oraz jaki czas będą obejmowały dane zabiegi. Nie odniesiono się również do dalszego postępowania w przypadku uczestników, wśród których 10-dniowy cykl zajęć może okazać się niewystarczającą formą aktywności przywracającą sprawność seniora, co warto doprecyzować.

Należy podkreślić, że w ramach przeprowadzanych zajęć kluczowe powinno być nauczenie uczestników programu ćwiczeń, które mogliby samodzielnie wykonywać po zakończeniu programu oraz przekazanie zaleceń pisemnych do kontynuacji rehabilitacji domowej. Bardzo ważny jest aspekt edukacyjny programu dotyczący stylu życia w podeszłym wieku. Warto zaznaczyć, że w ramach wspomnianej profilaktyki pierwotnej zasadnym byłoby zaangażowanie również rodzin i najbliższego otoczenia seniorów dla osiągnięcia jak największej skuteczności interwencji. Należy również podkreślić, że działania profilaktyczne powinny być wdrażane znacznie wcześniej niż w wieku geriatrycznym.

Warto również mieć na uwadze, że program obejmuje działania finansowane w ramach świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej.

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 w sposób nieprecyzyjny odniesiono się do monitorowania i ewaluacji programu. Wskazano, że realizator programu będzie przygotowywał sprawozdania z realizacji programu. Warto jednak doprecyzować jakie wskaźniki będą w ramach tego dokumentu oceniane.

Monitorowanie programu powinno uwzględniać ocenę zgłaszalności i jakości udzielanych świadczeń. Ocena zgłaszalności powinna dostarczać informacji na temat odsetka osób uczestniczących w projekcie w odniesieniu do całej populacji oraz przyczyn braku uczestnictwa, bądź rezygnacji danych osób.

W ramach oceny jakości udzielanych świadczeń warto skierować do uczestników anonimową ankietę dotyczącą zadowolenia z programu, bądź też umożliwić zgłaszanie potencjalnych uwag do realizatora programu.

Należy podkreślić, że ewaluacja programu jest analizą danych z niego wynikających, realizowaną w celu oceny efektów prowadzonych działań. Powinna rozpocząć się po zakończeniu realizacji programu polityki zdrowotnej. W przypadku danego projektu programu, warto porównać kwestię dostępności świadczeń rehabilitacyjnych przed wdrożeniem programu i po jego realizacji, poprawy zdrowia i jakości życia uczestników oraz kwestię zgłaszalności do udziału w zabiegach rehabilitacyjnych w ramach programu oraz poza jego działaniem, itp.

Warto również zwrócić uwagę na trwałość uzyskanych efektów zdrowotnych dzięki realizacji danego projektu, co w przypadku świadczeń rehabilitacji leczniczej jest szczególnie istotne.

Warunki realizacji

Nie jest jasna kwestia wyboru realizatora programu. Nie wiadomo czy zgodnie z zapisami ustawowymi, zostanie rozpisany konkurs ofert. Warto daną kwestię doprecyzować.

Uszczegółowienia wymaga kwestia kwalifikacji do udziału w programie. Nie wiadomo czy i w jaki sposób potencjalni lekarze rodzinni zostaną poinformowani o możliwości kierowania pacjenta do udziału w programie na terenie gminy Baranowo. Nie przewidziano w tym zakresie żadnej akcji informacyjnej/edukacyjnej.

W projekcie programu nie jest jasny sposób zakończenia uczestnictwa, jak również nie uwzględniono możliwości rezygnacji z udziału w dowolnym momencie.

Budżet całkowity przeznaczony na realizację zaplanowanych interwencji wynosi 20 000 zł rocznie, przy koszcie jednostkowym wysokości 150-200 zł. W projekcie nie przedstawiono kosztów poszczególnych składowych programu, co utrudnia jego weryfikację. Ponadto zakłada się współfinansowanie zaplanowanych interwencji. Każdy z zakwalifikowanych pacjentów otrzyma 50% dofinansowanie z budżetu gminy. Nie jest jasne czy pozostałą część będzie dopłacał pacjent czy też przewiduje się partnerstwo innych instytucji/jednostek. Mimo to należy podkreślić, że założenie współfinansowania może być swego rodzaju ograniczeniem w dostępie do świadczeń w ramach programu, zwłaszcza gdy koszt dopłaty stanowi połowę kosztu całej interwencji.

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.

Starzenie się człowieka jest procesem złożonym i nieuchronnym, przebiegającym na wielu wzajemnie na siebie oddziałujących płaszczyznach. Aktywny styl życia to jeden z czynników istotnie wpływających na zdrowie osób starszych. Wiadomo, że niedobór ruchu może prowadzić do przyspieszenia procesów starzenia się oraz niedołęstwa, a nawet w niektórych przypadkach — do inwalidztwa fizycznego. Regularne ćwiczenia fizyczne są nie tylko potencjalnym czynnikiem

zapobiegającym starzeniu się, ale także pozytywnie wpływają na sprawność umysłową osób w podeszłym wieku. Regularne wykonywanie ćwiczeń fizycznych może zapobiegać występowaniu wielu chorób w późniejszym wieku (np. choroby sercowo-naczyniowe, cukrzyca typu 2, choroba zwyrodnieniowa stawów).

Alternatywne świadczenia

Według wykazu świadczeń realizowanych w warunkach ambulatoryjnych oraz w warunkach domowych na podstawie załącznika nr 1 do Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej świadczenia z zakresu kinezyterapii i fizykoterapii są świadczeniami gwarantowanymi.

Ocena technologii medycznej

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.

W odniesieniu do osób starszych istotne znacznie ma również zapobieganie upadkom. Jak wskazuje wytyczne Amerykańskiego Towarzystwa Geriatrycznego wszystkie osoby starsze powinny być zapytane o to, czy w ostatnim roku zdarzył im się upadek. U osób zgłaszających się do lekarza z w/w przyczyny powinna zostać przeprowadzona wieloczynnikowa ocena ryzyka upadku, która składać się

będzie ze szczegółowego wywiady (w tym historii upadków), badania przedmiotowego, oceny funkcjonalności oraz oceny wpływu środowiska w tym także bezpieczeństwa w domu.

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.441.44.2017 „Gminny program rehabilitacji i wspierania aktywności ruchowej mieszkańców Gminy Baranowo po 55 roku życia na lata 2017-2018” realizowany przez: Gminę Baranowo, marzec 2017 r. oraz aneksów do raportów szczegółowych: „Programy z zakresu rehabilitacji niepełnosprawnych i zagrożonych niepełnosprawnością dorosłych oraz dzieci i młodzieży – wspólne podstawy oceny”, sierpień 2016 r., „Programy z zakresu profilaktyki geriatrycznej - wspólne podstawy oceny”, sierpień 2015 r. oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 70/2017 z dnia 13 marca 2017 roku o projekcie programu „Gminny Program rehabilitacji i wspierania aktywności ruchowej mieszkańców Gminy Baranowo po 55 roku życia, na lata 2017-2018”