



## Opinia

### Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych

nr 58/2014 z dnia 22 kwietnia 2014 r.

### **o projekcie programu „Opieka geriatryczna skierowana na poprawę sprawności osób starszych przewlekle chorych” miasto Jaworzno**

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości wydaję pozytywną opinię na temat projektu programu zdrowotnego „Opieka geriatryczna skierowana na poprawę sprawności osób starszych przewlekle chorych” miasta Jaworzno.

#### **Uzasadnienie**

Oceniany projekt programu został przygotowany zgodnie ze schematem projektu programu zdrowotnego zaproponowanym przez Agencję. Projekt programu zwiera dobrze zdefiniowany problem zdrowotny jakim jest rehabilitacja osób dorosłych z dysfunkcją ruchu. Program wpisuje się w założenia Karty Praw Osób Niepełnosprawnych, która określa szczególne prawa osób niepełnosprawnych. Szacunkowa populacja, która możliwa jest do włączenia do programu to ok. 1 500 osób. Określono budżet jednostkowy i całkowity. Określono mierniki efektywności odpowiadające celom programu. Program uzupełnia świadczenia realizowane w ramach świadczeń gwarantowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ). W programie odniesiono się do skuteczności klinicznej planowanych interwencji medycznych.

Należy zaznaczyć, że sukcesem prowadzonego od kilku lat programu zdrowotnego jest liczba osób starszych uczestniczących w programie w latach ubiegłych, które dzięki kompleksowej rehabilitacji mogły utrzymać bądź poprawić swoją sprawność fizyczną, w tym zdolność do samodzielnego i bezpiecznego poruszania się i samoobsługi.

Autorzy projektu tworząc obecną edycję programu zaktualizowali dane epidemiologiczne przedstawione w projekcie. Ponadto projekt uzupełniono o koszty jednostkowe oraz odniesiono się do skuteczności planowanych interwencji, na których brak zwrócono uwagę w Opinii Prezesa nr 178/2013 z dnia 8 lipca 2013 r. o projekcie programu „Opieka geriatryczna skierowana na poprawę sprawności osób starszych przewlekle chorych” (poprzednia edycja programu).

W każdym z tego typu Programów, stanowiących kontynuację zadań z lat poprzednich, konieczne jest przedstawienie podstawowych danych sprawozdawczych i wniosków wynikających z dotychczasowej realizacji Programu. Konieczne jest również przeprowadzenie analizy świadczeń rehabilitacyjnych refundowanych przez NFZ, z uwzględnieniem ich asortymentu, charakterystyki oraz liczebności grup pacjentów, częstości korzystania przez nich z poszczególnych świadczeń itp. z odniesieniem tych danych do zadań zaplanowanych w ramach Programu.

Uwagi te powinny być uwzględnione przy kolejnych edycjach Programu.

#### **Przedmiot opinii**

Przedmiotem opinii jest program zdrowotny Miasta Jaworzno z zakresu rehabilitacji osób starszych. Celem głównym programu jest poprawa jakości i skuteczności opieki geriatrycznej, ze szczególnym uwzględnieniem utrzymania samowystarczalności osób starszych. Program



jest adresowany do mieszkańców Miasta Jaworzna w wieku powyżej 64 lat, którzy w skali oceny pacjenta Barthel uzyskali  $\leq 40$  punktów. Szacunkowa populacja, która możliwa jest do włączenia do programu to ok. 1 500 osób. Planowane interwencje to zabiegi kinezyterapii, fizykoterapii oraz zabiegi dotyczące poprawy stanu funkcjonalnego (samowystarczalności) pacjenta. Program ma być realizowany od 01.01.2014 – 31.12.2014 roku. Planowane koszty całkowite realizacji programu wynoszą 290 000 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 ogólnoświatowym, 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.

**Kinezyterapia** to składowa rehabilitacji w której środkiem leczniczym jest ruch, stosowany w formie ćwiczeń. W chorobach reumatycznych celem kinezyterapii jest: zapobieganie przykurczom i zniekształceniom stawów oraz ich leczenie; utrzymanie lub zwiększenie siły mięśni; wyrobienie prawidłowej kompensacji; poprawa lub utrzymanie wydolności oddechowej; zapobieganie ograniczeniu ruchomości kręgosłupa u chorych na spondyloartropatie; poprawa sprawności ogólnej (ruchomości, wytrzymałości), w takim stopniu, aby chory był zdolny do wykonywania lekkiej pracy fizycznej – zawodowej czy domowej.

**Fizykoterapia** to stosowanie w celach leczniczych różnego rodzaju energii wytwarzanej za pomocą aparatury (elektroterapia, ultradźwięki, magnetoterapia, laseroterapia, światłolecznictwo, ciepłolecznictwo, krioterapia) Należy zaznaczyć, że pełni ona w leczeniu usprawniającym rolę pomocniczą i rzadko stosuje się ją jako zabieg podstawowy. Wspomaga ona niejako ćwiczenia ruchowe, ma działanie łagodzące ból i tzw. bodźcowe.

### **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:**

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 ogólnoświatowym, 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.

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

W wytycznych podkreśla się konieczność zapewnienia powszechności; kompleksowości; wczesności; ciągłości.

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 nauczenia 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.

Wytyczne podkreślają, że skuteczności terapii rehabilitacyjnej decyduje czas jej rozpoczęcia, kompleksowość

i wielodyscyplinarność świadczeń, intensywność zajęć terapeutycznych, a także ciągłość.

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.

### **Wnioski z oceny programu Miasta Jaworzno:**

Projekt programu zwiera dobrze zdefiniowany problem zdrowotny jakim jest rehabilitacja osób dorosłych z dysfunkcją ruchu. Program wpisuje się w założenia Karty Praw Osób Niepełnosprawnych, która określa szczególne prawa osób niepełnosprawnych, m.in. do dostępu do leczenia i opieki medycznej, wczesnej diagnostyki, rehabilitacji i edukacji leczniczej, a także do świadczeń zdrowotnych uwzględniających rodzaj i stopień niepełnosprawności, w tym do zaopatrzenia w przedmioty medyczne, środki pomocnicze, sprzęt rehabilitacyjny.

Warto zaznaczyć, że autorzy projektu tworząc obecną edycję programu zaktualizowali dane epidemiologiczne przedstawione w projekcie. Ponadto projekt uzupełniono o koszty jednostkowe oraz odniesiono się do skuteczności planowanych interwencji, na których brak zwrócono uwagę w Opinii Prezesa nr 178/2013 z dnia 8 lipca 2013 r. o projekcie programu „Opieka geriatryczna skierowana na poprawę sprawności osób starszych przewlekle chorych” (poprzednia edycja programu). Niniejszy projekt wydaje się być dopracowaną i ulepszoną wersją poprzedniej edycji programu.

Celem głównym programu jest poprawa jakości i skuteczności opieki geriatrycznej, ze szczególnym uwzględnieniem utrzymania samowystarczalności osób starszych. Program jest adresowany do mieszkańców Miasta Jaworzna w wieku powyżej 64 lat, którzy w skali oceny pacjenta Barthel uzyskali  $\leq 40$  punktów. Szacunkowa populacja, która możliwa jest do włączenia do programu to ok. 1 500 osób.

Seniorzy mają być zapraszani do programu, w trakcie konsultacji przeprowadzanej przez lekarza specjalistę rehabilitacji medycznej, który przeprowadza badanie pacjenta i dokonuje oceny możliwości pacjenta do uczestniczenia w proponowanym zakresie rehabilitacji geriatrycznej.

Planowane interwencje (kinezyterapia, fizykoterapia) są zalecane i rekomendowane w ramach rehabilitacji osób dorosłych z dysfunkcją ruchową.

Wytyczne podkreślają konieczność zapewnienia powszechności, kompleksowości, wczesności i ciągłości rehabilitacji. Zgodnie z zasadą kompleksowości rehabilitacji rekomenduje się prowadzenie rehabilitacji przez zespół obejmujący specjalistów reprezentujących różne dziedziny medycyny oraz nauk pokrewnych wykorzystywanych w terapii, którzy współpracują ze sobą i tworzą oraz modyfikują wielopłaszczyznowy program rehabilitacji. Autorzy programu zaznaczyli, że warunkiem niezbędnym do realizacji programu udział specjalistycznej kadry medycznej – lekarzy o specjalności geriatrycznej i rehabilitacyjnej, terapeutów zajęciowych, pielęgniarek, fizjoterapeutów posiadających udokumentowane kwalifikacje, kompetencje i doświadczenie w pracy z osobami starszymi przewlekle chorymi.

Zgodnie z wytycznymi Krajowego Konsultanta w Dziedzinie Rehabilitacji Medycznej w sprawie organizacji i postępowania w rehabilitacji medycznej z dnia 26 kwietnia 2010 roku, proces rehabilitacji powinien być prowadzony przez lekarza specjalistę w dziedzinie rehabilitacji medycznej z możliwym współudziałem innych specjalistów w zależności od profilu procedur rehabilitacyjnych. Zgodnie z projektem programu kwalifikowanie do programu ma odbywać się na podstawie badania i opinii lekarza specjalisty z dziedziny rehabilitacji medycznej, który uczestniczy również we wszystkich etapach programu.

Wytyczne wskazują również na konieczność zindywidualizowania terapii i prowadzenia jej w oparciu o indywidualny plan interwencji, określający cele, typ(y), częstotliwość i intensywność działań, odpowiednich dla szczególnych potrzeb oraz możliwości chorych. Przedmiotowy program zakłada dobranie przez lekarza na podstawie przeprowadzonego badania odpowiedniego programu rehabilitacji geriatrycznej. Zasady jakie powinien spełniać taki program przedstawione przez autorów to: systematyczna i regularna kontrola stanu zdrowia i samopoczucia pacjenta, uświadomienie pacjenta o celowości i konieczności prowadzonej terapii, mobilizacja pacjenta do systematycznej i czynnej pracy nad sobą, przyzwyczajanie pacjenta do utrwalania i doskonalenia ruchu poprzez jego powtarzanie, przestrzeganie zasady stopniowych obciążeń, prowadzona rehabilitacja powinna być, w miarę możliwości urozmaicona, prowadzona terapia powinna przebiegać spokojnie i systematycznie w życzliwej atmosferze.

Świadczenia realizowane w ramach programu są finansowane ze środków publicznych. Projekt zakłada uzupełnienie świadczeń rehabilitacyjnych dostępnych w ramach NFZ (ze względu na niski kontrakt i trudności w dostępie do świadczeń z zakresu fizjoterapii).

Projekt zakłada monitorowanie i ewaluację.

Podano planowane koszty całkowite realizacji programu – 290 000 zł. Przedstawiono koszty jednostkowe: koszt konsultacji medycznej w dziedzinie rehabilitacji (49 zł), koszt konsultacji medycznej w dziedzinie geriatry (53 zł), koszt sporządzenia skali oceny pacjenta - Barthel Index (30 zł), koszt zabiegu fizjoterapeutycznego, tj. kinezyterapii i fizykoterapii (96 zł).

Autorzy planują objąć programem 1500 osób, Koszt jednostkowy na osobę wynosi 228 zł, zatem kwota 290 000 zł wystarczy na sfinansowanie udziału w programie dla około 1270

osób. Wynika z tego, że koszty przewyższające szacunkową kwotę całkowitą (koszt rehabilitacji 230 osób – 52 440 zł) miałby ponieść zakład leczniczy realizujący program. Niewiadomo jednak czy każdy pacjent skorzysta z pełnego pakietu konsultacji, możliwe jest, że osoba chętna do udziału w programie zakończy swój udział na etapie konsultacji lekarskich i nie zostanie zakwalifikowana do etapu zabiegów fizjoterapeutycznych. Autorzy projektu nie przedstawili takiej możliwości.

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

- I. Program odnosi się do ważnego i dobrze zdefiniowanego w literaturze problemu zdrowotnego jakim jest rehabilitacja dysfunkcji ruchowej.
- II. Dostępność działań Programu dla beneficjentów - Program jest adresowany do mieszkańców Miasta Jaworzna w wieku powyżej 64 lat, którzy w skali oceny pacjenta Barthel uzyskali  $\leq 40$  punktów. Szacunkowa populacja, która możliwa jest do włączenia do programu to ok. 1 500 osób.
- III. Skuteczność działań - w projekcie Programu odniesiono się do skuteczności klinicznej planowanych interwencji medycznych.
- IV. Podano planowane koszty całkowite realizacji programu – 290 000 zł. Wyszczególniono jakie elementy składają się na koszt jednostkowy (koszt jednej konsultacji medycznej w dziedzinie rehabilitacji, koszt jednej konsultacji medycznej w dziedzinie geriatry, koszt sporządzenia skali oceny pacjenta - Barthel Index, koszt jednego zabiegu kinezyterapii, fizykoterapii, poprawy stanu funkcjonalnego – samowystarczalności).
- V. Projekt zakłada monitorowanie i ewaluację.

Biorąc powyższe argumenty pod uwagę, 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 (Dz. U. 2011 r., Nr 122, poz. 696 z późn. zm.), z uwzględnieniem raportu nr AOTM-OT-441-210/2013 „Opieka geriatryczna skierowana na poprawę sprawności osób starszych przewlekle chorych” realizowany przez miasto Jaworzno, Warszawa, kwiecień 2014 i aneksu: „Programy z zakresu rehabilitacji niepełnosprawnych i zagrożonych niepełnosprawnością dorosłych – wspólne podstawy oceny”, Aneks do raportów szczegółowych, Warszawa, sierpień 2011.