



**Opinia Prezesa  
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji  
nr 146/2015 z dnia 24 sierpnia 2015 r.  
o projekcie programu „Rehabilitacja lecznicza mieszkańców miasta  
i gminy Ośno Lubuskie”**

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości pozytywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Rehabilitacja lecznicza mieszkańców miasta i gminy Ośno Lubuskie”.

**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. Projekt został przygotowany zgodnie z wytycznymi AOTMiT. W sposób prawidłowy określono w projekcie cele i oczekiwane efekty. Zaplanowane interwencje wymagają doprecyzowania długości czasu trwania jednego spotkania rehabilitacyjnego, liczby zabiegów wykonywanych w czasie jego trwania oraz częstotliwości spotkań. Dodatkowo zaplanowane działania – w miarę możliwości finansowych - powinny zostać rozszerzone o działania edukacyjne, gdyż mogą one przyczynić się do kształtowania postaw prozdrowotnych w społeczeństwie.

Populację docelową w programie stanowią wszyscy mieszkańcy gminy Ośno Lubuskie, którzy otrzymają skierowanie na rehabilitację. Nie oszacowano możliwej do objęcia programem liczby osób, co w miarę możliwości powinno zostać skorygowane, gdyż może mieć wpływ na wielkość budżetu niezbędnego do realizacji programu.

Budżet zaplanowany na realizację działań określonych projektem został przedstawiony z uwzględnieniem kosztów poszczególnych procedur medycznych. W związku z powyższym, utrudnione jest szacowanie, czy będzie on wystarczający na pokrycie kosztów związanych z zapewnieniem rehabilitacji wszystkim zgłoszonym do programu osobom. Procedury rehabilitacyjne należy dostosować do potrzeb zdrowotnych.

**Przedmiot opinii**

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej dotyczący zwiększenia dostępności do świadczeń rehabilitacyjnych mieszkańców gminy i miasta Ośno Lubuskie. Okres realizacji programu został przewidziany na lata 2016-2018. Budżet przeznaczony na realizację programu wynosi 148 680 zł



## **Ocena projektu programu polityki zdrowotnej**

### Znaczenie problemu zdrowotnego

W projekcie zwraca się uwagę na kwestię dostępności do świadczeń rehabilitacyjnych, która na wskazanym terenie jest znacznie utrudniona, z powodu braku podpisanego kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia. Problem zdrowotny został przedstawiony w sposób precyzyjny. Należy zwrócić uwagę na fakt, że programy polityki zdrowotnej poświęcone działaniom zapobiegającym wystąpieniu oraz pogłębieniu niepełnosprawności są programami skierowanymi do zróżnicowanej populacji dotkniętej wieloma schorzeniami warunkującymi niepełnosprawność.

W projekcie programu przedstawiono szczegółowe dane epidemiologiczne, dotyczące zarówno ogółu populacji Polski, jak i populacji lokalnej.

Zaznaczyć trzeba, że na terenie Gminy Osno Lubuskie ani w 2014 ani w 2015 nie było placówki, która miałaby podpisany kontrakt z NFZ w zakresie rehabilitacji leczniczej. Na rok 2015 łączna liczba świadczeniodawców, którzy mieli podpisany kontrakt z NFZ w zakresie rehabilitacji leczniczej na terenie całego województw lubuskiego wynosiła 814.

Warto dodatkowo zaznaczyć, że w województwie lubuskim wartość rozliczonych przez NFZ świadczeń w rodzaju rehabilitacja lecznicza w roku 2013 wynosiła ok. 50 mln zł i była to najniższa wartość w skali całego kraju.

### Cele i efekty programu

W programie wskazano cele główne, którymi są: poprawa i podtrzymywanie ogólnej sprawności osób z przewlekłymi lub pourazowymi schorzeniami narządu ruchu, układu kostnego i mięśniowego lub ośrodkowego/ obwodowego układu nerwowego; zmniejszenie bólu przywrócenie sprawności i funkcji narządów organizmu w tym kręgosłupa, narządów ruchu, poprawa sprawności mięśni i stawów, poprawa koordynacji ruchowej i mięśniowej, poprawa operatywności ośrodkowego/ obwodowego układu nerwowego. Dodatkowo określono 13 celów szczegółowych, które stanowią uzupełnienie celu głównego.

Oczekiwanym efektem przeprowadzenia programu będzie zrealizowanie wszystkich założonych w projekcie celów. Warto jednak doprecyzować, czy cel zostanie uznany za osiągnięty, jeśli zostanie uzyskany u części czy u wszystkich osób objętych interwencją w ramach programu.

Określono również mierniki efektywności, którymi są: liczba pacjentów skierowanych do udziału w programie w poszczególnych latach, liczba wykonanych zabiegów, liczba pacjentów deklarujących poprawę zdrowia, sprawności, zmniejszenia odczuwanego bólu po leczeniu, liczba pacjentów deklarujących utrzymanie stałego stopnia choroby, dolegliwości przed i po zastosowaniu leczenia. 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, stopnia zmniejszenia bólu. Proszę rozważyć ocenę efektów również w proponowanym kontekście.

### Populacja docelowa

Populację docelową w projekcie stanowią mieszkańcy gminy Osno Lubelskie objęci podstawową opieką zdrowotną, którzy uzyskają skierowanie na rehabilitację od lekarza specjalisty lub lekarza POZ i zakwalifikują się do udziału w programie. W projekcie w sposób szczegółowy opisano informacje, które muszą być zawarte w wystawionym skierowaniu. Działaniami zaplanowanymi w programie planuje się objąć ok. 10-15% populacji docelowej.

Na podstawie danych przedstawionych w projekcie na terenie Gminy Ośno Lubuskie zamieszkałych jest 6 684 osób. Z kolei zgodnie z danymi GUS za rok 2014 Gmina zamieszkiwana była przez 6 437 osób.

W programie przewidziano, że rocznie jeden pacjent otrzyma 35-40 zabiegów. Należy dodatkowo pamiętać, że z uwagi na dość specyficzny charakter programu związanego z rehabilitacją, dopiero podczas trwania programu lekarz będzie w stanie określić ile oraz jakich zabiegów będzie potrzebować dana osoba stąd też może wynikać problem z oszacowaniem liczby osób włączanych do programu.

#### Interwencja

W projekcie przedstawiono opis interwencji zaplanowanych w ramach programu. Będą to m.in.: elektroterapia, magnetoterapia, laseroterapia, światłolecznictwo, ultrasonoterapia. Nie określono natomiast w żaden sposób liczby oraz szczegółowego zakresu wykonywanych świadczeń. Zamieszczono jedynie informację, że w ramach programu pacjent będzie miał wykonywane ok 35-40 zabiegów rocznie. Należałoby również zastanowić się nad możliwością indywidualnego dostosowania liczby spotkań w zależności od wymagań uczestnika. Warto podkreślić, że istotne jest zachowanie spójności pomiędzy ilością i długością zaplanowanych cykli rehabilitacyjnych.

W programie przewidziano również wstępną wizytę lekarską. O zakończeniu również decydować będzie lekarz. Warto byłoby na zakończenie cyklu terapeutycznego poinformować pacjenta o dalszych zaleceniach.

Należałoby rozważyć, aby zaplanowane wizyty lekarskie zawierały element edukacji zdrowotnej, odnoszący się do przekazania wiedzy na temat prawidłowych zachowań prozdrowotnych w omawianych chorobach.

Warto również mieć 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

Ocena zgłaszalności do programu zostanie przeprowadzona na podstawie liczby pacjentów zgłoszonych do udziału w programie. Dodatkowo warto byłoby określić liczbę osób niezakwalifikowanych do programu oraz pacjentów, którzy ze względu na trudności z transportem nie mogli skorzystać ze świadczeń.

Ocena jakości udzielonych świadczeń odbędzie się na podstawie ankiety ewaluacyjnej przeprowadzonej przed rozpoczęciem i po zakończeniu cyklu rehabilitacyjnego.

W projekcie wskazano, że ocena efektywności udzielanych świadczeń odbędzie się na podstawie ankiety ewaluacyjnej oraz comiesięcznych raportów. Nie wskazano jednak jakie dane zawierać będą raporty oraz czego dotyczyć będą ankiety. Dlatego też warto byłoby wziąć pod uwagę liczbę osób deklarujących poprawę zdrowia i sprawności oraz przeprowadzić analizę poszczególnych zabiegów wykonanych w ramach projektu i analizę stanów chorobowych, na podstawie których nastąpiło skierowanie do programu.

#### Warunki realizacji

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

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

W projekcie pojawia się również informacja na temat prowadzenia kampanii informacyjnej, jednak kwestia ta nie została rozwinięta w dalszej części. Pojawia się jedynie informacja, że działaniami będą objęci zarówno mieszkańcy, jak i personel medyczny świadczący usługi na terenie gminy. Warto byłoby określić w jakiej formie mieszkańcy będą informowani o prowadzonych działaniach.

Budżet całkowity przeznaczony na realizację zaplanowanych interwencji wynosi 148 680zł. W projekcie przedstawiono koszty poszczególnych procedur medycznych. Nie wskazano natomiast kosztów jednostkowych przypadających na jednego uczestnika programu. W budżecie powinny być uwzględnione również koszty kampanii informacyjnej i ewentualnego transportu pacjentów.

Okres realizacji programu to lata 2016-2018.

## **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.

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 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.

### **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 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 z niego.

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 o najlepszych 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 wielopłaszczyznowy program rehabilitacji.

Jak podkreśla National Centre for the Dissemination and Disability Research (NCDDR), współczesne standardy dowodów 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. 31s ust. 6 pkt 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.), z uwzględnieniem raportu: AOTMiT-OT-441-136/2015, „Rehabilitacja lecznicza mieszkańców miasta i gminy Ośno Lubuskie” realizowany przez: Gminę Ośno Lubuskie, Warszawa, lipiec 2015 oraz Aneksu do raportów szczegółowych: „Programy z zakresu rehabilitacji niepełnosprawnych i zagrożonych niepełnosprawnością dorosłych – wspólne podstawy oceny”, sierpień 2011 r.