



**Opinia**  
**Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych**  
**nr 53/2014 z dnia 7 kwietnia 2014 r.**  
**o projekcie programu „Program rehabilitacji mieszkańców**  
**Gminy Kędzierzyn Koźle”**

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości wydaję negatywną opinię o programie zdrowotnym „Program rehabilitacji mieszkańców gminy Kędzierzyn-Koźle”, realizowanym przez miasto Kędzierzyn-Koźle.

**Uzasadnienie**

Program nie jest skierowany na dobrze określony problem zdrowotny, obejmuje osoby z przewlekłymi i pourazowymi schorzeniami narządów ruchu, układu kostnego i mięśniowego, a także centralnego i obwodowego układu nerwowego, tj. populacji bardzo niejednorodnej pod względem potrzeb terapeutycznych. W programie przyjęto ograniczenie dostępu do 10 cykli leczenia, zawierających nie więcej niż dwa zabiegi rehabilitacyjne, bez uzasadnienia. Zakres interwencji nie jest precyzyjnie określony. W programie ujęto aspekt edukacyjny, jednak pozbawiony dokładnego opisu metodyki i ewaluacji. W projekcie określono koszty całkowite oraz kampanii edukacyjnej. W kosztach jednostkowych nie uwzględniono kosztów diagnostyki i kampanii informacyjnej. Autorzy zastrzegają zmianę wielkości środków finansowych w kolejnych latach. Ewaluacja nie została ujęta we właściwy sposób, bowiem wybrane mierniki nie odpowiadają obranym celom, ani oczekiwanym efektom. Liczba osób biorących udział w programie określa jedynie efektywność kampanii informacyjnej.

Nie wybrano żadnych form oceny efektów, ani z zakresu interwencji rehabilitacyjnej i edukacyjnej.

Nie udzielono informacji dotyczących aktualnego stanu oczekiwania na świadczenia, z tego względu istnieje ryzyko dublowania finansowania świadczeń.

**Przedmiot opinii**

Przedmiotem niniejszej opinii jest projekt programu zdrowotnego, którego celem jest zapobieganie i przeciwdziałanie negatywnym skutkom choroby poprzez stworzenie dodatkowych możliwości korzystania z nowoczesnych metod rehabilitacji leczniczej przez każdego mieszkańca gminy. W tym zapobieganie następstwom chorób przewlekłych związanych z narządem ruchu, podniesienie jakości życia i ograniczenie postępu choroby, propagowanie aktywności fizycznej. Całkowity koszt programu wynosi 141.900 zł (lata 2014-2016).

**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 ogólnoswiatowym, 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.

### **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**

Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej, świadczenia gwarantowane z tego zakresu obejmują m. in. rehabilitację ogólną w podstawowym zakresie, prowadzoną w celu zmniejszenia skutków upośledzenia ruchowego oraz usprawnienia ruchowego, świadczenia psychologa, terapię zajęciową oraz edukację zdrowotną polegającą na przygotowaniu świadczeniobiorcy i jego rodziny lub opiekuna do samo opieki i samo pielęgnacji w warunkach domowych. 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.

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

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 szanse nauczania 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.

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.

Działania te wpisują się w światową jak i regionalne strategie działań na rzecz osób niepełnosprawnych skierowanych m.in. na wyrównywanie szans osób niepełnosprawnych, przeciwdziałanie wykluczeniu społecznemu poprzez zwiększenie dostępu do dóbr i usług umożliwiających im pełne uczestnictwo w życiu społecznym, kulturalnym oraz integrację osób niepełnosprawnych ze środowiskiem, realizujących zapisy Konwencji Praw Osób Niepełnosprawnych.

Prowadzenie przez samorządy programów zdrowotnych obejmujących kompleksową terapię i rehabilitację niepełnosprawnych, wydaje się uzasadnione wobec ograniczonej dostępności świadczeń rehabilitacyjnych finansowanych ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia.

Programy zdrowotne poświęcone działaniom zapobiegającym wystąpieniu oraz pogłębieniu niepełnosprawności nie są programami o dobrze zdefiniowanym problemie zdrowotnym i ściśle określonej populacji. Niepełnosprawność jest pojęciem określającym, długotrwały stan, w którym występują pewne ograniczenia w prawidłowym funkcjonowaniu człowieka. Pojęcie to odnosi się do populacji zróżnicowanych pod kątem rodzaju (kategorii) niepełnosprawności, okresu życia, w którym ona wystąpiła, przyczyny, czy stopnia niepełnosprawności, a tym samym populacji o różnych wymaganiach terapeutycznych, jak również edukacyjnych, czy społecznych, do realizacji, których możliwe jest zastosowanie różnorodnych interwencji.

#### **Wnioski z oceny programu miasta Kędzierzyn-Koźle:**

Projekt dotyczy bardzo rozległego problemu zdrowotnego. Autorzy wymieniają szeroki zakres schorzeń, skupiając się na przewlekłych schorzeniach układu kostno-stawowego, ograniczeniu skutków urazów powstałych w wyniku wypadków, a także zmniejszeniu zachorowalności, przedwczesnej umieralności i łagodzeniu skutków chorób centralnego i obwodowego układu. Zakres interwencji obejmuje zabiegi kinezyterapii, masażu, elektrolecznictwa, pola elektromagnetycznego, światłolecznictwa i ciepłolecznictwa.

Program skierowany jest do osób zarówno z przewlekłymi jak i pourazowymi schorzeniami narządów ruchu, układu kostnego i mięśniowego, centralnego układu nerwowego, obwodowego układu nerwowego – tj. populacji bardzo niejednorodnej pod względem problemu zdrowotnego, jak również potrzeb terapeutycznych. Działania programu wydają się ukierunkowane na zapobieganie wystąpieniu lub ograniczeniu postępowania niepełnosprawności u osób, której narastająca skala i związane z nim konsekwencje, wymagające zaangażowania potencjału najbliższego otoczenia (rodziny) oraz zasobów społecznych, sprawiają, że stanowi poważny problem społeczny zarówno w wymiarze jednostkowym, rodzinnym jak i ogólnospołecznym.

Wytyczne podkreślają, że plan rehabilitacji powinien być dostosowany do potrzeb wynikających ze stanu chorego, zakresu potrzebnej pomocy fizjoterapeutycznej, czasu rozpoczęcia, kompleksowości i ciągłości procesu rehabilitacji. Autorzy nie przytaczają argumentów dotyczących wyznaczonego ograniczenia dostępu do 10 cykli leczenia, zawierających nie więcej niż dwa zabiegi rehabilitacyjne.

Projekt programu zawiera cel główny oraz cele szczegółowe. Cele szczegółowe dotyczą zapobiegania następstwom chorób, a także podniesienie jakości życia oraz propagowanie aktywności fizycznej. Autorzy przewidują przeprowadzenie happeningu mającego na celu propagowanie aktywności fizycznej, jednak bez określenia jakimi metodami. Edukacja, wzrost świadomości istnienia problemu zdrowotnego oraz jego przeciwdziałania i zapobiegania wymagają przedstawienia odrębnej interwencji łącznie z określonymi celami i miernikami, które pozwolą na skuteczną i właściwą ewaluację. Projekt pozbawiony jest takich działań i nie opisuje etapów realizacji, szczególnie, że autorzy przewidują brak

ograniczeń w ich dostępie. W domyśle kampania informacyjna zapewne zawiera elementy edukacyjne, jednak ten etap działalności nie zostaje poddany monitorowaniu. Z ogólnego założenia projektu można wywnioskować, że program skupia się głównie na profilaktyce III fazy, czyli zahamowaniu postępującej choroby. Udział w zabiegach rehabilitacyjnych nosi potencjał podniesienia stanu wiedzy w zakresie przeciwdziałania konsekwencjom choroby, jednak dotyczy on wyłącznie grupy pacjentów dotkniętych schorzeniem.

Autorzy przewidują udział 375 osób w programie – czynny udział w procesie rehabilitacyjnym. Populacja docelowa została oszacowana na poziomie 60 311 osób, w związku z powyższym interwencją zostanie objęte mniej niż 1% ogółu populacji. Zważywszy na fakt, że nie całość populacji wymaga rehabilitacji, na podstawie szacunków GUS (Spisu Powszechnego z 2011 roku) grupa osób niepełnosprawnych (prawnie i biologicznie) – potencjalnie zainteresowanych udziałem w programie – wynosi ok 11 000 osób, co nadal sygnalizuje ograniczony zakres programu zdrowotnego. Autorzy nie precyzują, na jakiej podstawie oszacowano przewidywaną liczbę 375 osób. Nie zostały przytoczone dane epidemiologiczne ani dane Narodowego Funduszu Zdrowia.

Autorzy deklarują, że program jest uzupełnieniem świadczeń rehabilitacyjnych dostępnych w ramach NFZ, jednak nie określono czy wyłącznie pod względem liczby dostępnych świadczeń czy także pod względem zakresu. Program nosi potencjał dublowania świadczeń dostępnych w zakresie koszyka świadczeń gwarantowanych.

Zgodnie z zasadą kompleksowości 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. Autorzy projektu programu określili kryteria wyboru realizatora programu, a także specjalistów wchodzących w skład personelu odpowiedzialnego za udzielanie świadczeń zdrowotnych.

Rekomendowane jest zapewnienie ciągłości świadczeń rehabilitacyjnych, szczególnie w zakresie rehabilitacji medycznej. Po zakończeniu udziału w programie beneficjenci będą mieli zaoferowane świadczenia w zakresie świadczeń gwarantowanych finansowanych przez NFZ, co może wiązać się z oczekiwaniem w kolejce.

Projekt określa zasady udzielania świadczeń pod względem czasu oraz miejsca. Szczególnie jest to istotne w przypadku osób niepełnosprawnych. Określenie warunków udzielania świadczeń w projekcie programu jest niezbędne, ze względu na konieczność określenia kryterium wyboru realizatora.

Projekt w ograniczonym stopniu omawia aspekt monitorowania przebiegu programu. Ewaluacja nie została ujęta we właściwy sposób, wybrane mierniki nie odpowiadają obranym celom, ani oczekiwanym efektom. Uwzględniono ocenę zgłaszalności do programu oraz ocenę jakości udzielanych świadczeń. Liczba osób biorących udział w programie oraz liczba wykonanych zabiegów są parametrami monitorowania, i jedynie określają efektywność kampanii informacyjnej. Nie wybrano żadnych form oceny wybranych efektów, ani z zakresu interwencji rehabilitacyjnej, ani edukacyjnej. Autorzy nie posiadają (lub nie udzielają) informacji nt. aktualnego stanu oczekiwania na świadczenia oraz ich kosztów, z tego względu nie jest możliwa ocena skali zmniejszenia wydatków na ochronę zdrowia, w domyśle ponoszonych przez płatnika publicznego.

Projekt prawidłowo zawiera informacje i kryteria kwalifikacji potencjalnych beneficjentów, bez konieczności posiadania skierowania od lekarza. W przypadku braku skierowania odpowiednia diagnostyka jest przeprowadzana przez realizatora programu. Nie określono trybu zapraszania do udziału, stąd też uznany jest jako spontaniczny. Istnieje, zatem ryzyko, że stopień dostępu do oferowanych świadczeń nie będzie równy.

Projekt prawidłowo przewiduje wybranie realizatora programu w drodze konkursu. Autorzy uwzględnili w projekcie kampanię informacyjną. Informacje o programie będą dostępne na

stronie internetowej Urzędu Miasta oraz będą rozdystrybuowane w różnych formach publikacyjnych (plakaty, ulotki), uwzględniono także inne media jak radio i telewizję i prasę. Należy jednak podkreślić, że koszty kampanii informacyjnej nie zostały przewidziane w budżecie.

Autorzy określili także zakres wymagań niezbędnych do wybrania realizatora programu w drodze konkursu w celu zapewnienia bezpieczeństwa udzielanych świadczeń. Program nie zakłada stosowania leków. Realizatorzy Programu zobowiązani będą do spełnienia warunków lokalowych, sprzętowych i kadrowych wymaganych przez obowiązujące przepisy. Określono koszt całkowity. Koszty jednostkowe zostały określone jako jeden punkt zabiegu rehabilitacyjnego, wartość punktowa będąca w zakresie oferowanych procedur rehabilitacyjnych nie została sprecyzowana. Uwzględniono koszt kampanii edukacyjnej. Program w całości finansowany będzie ze środków budżetowych gminy Kędzierzyn-Koźle. Nie jest wiadome czy podane koszty przewidują potrzebę przeprowadzenia badań diagnostycznych (np. RTG) w celu określenia postępu rehabilitacji oraz przy kwalifikacji pacjentów do programu. W planie budżetu nie uwzględniono także kampanii informacyjnej. Autorzy projektu zastrzegają, że w kolejnych latach budżet może ulec zmniejszeniu lub zwiększeniu, dlatego też istnieje ryzyko, że w kolejnych etapach przeprowadzania interwencji środki na przeprowadzenie rehabilitacji będą niewystarczające.

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

I. Program nie jest skierowany na dobrze określony problem zdrowotny. Działania programu wydają się jednak ukierunkowane na zapobieganie wystąpieniu lub ograniczeniu postępowania niepełnosprawności, która stanowi poważny problem społeczny zarówno w wymiarze jednostkowym, rodzinnym jak i ogólnospołecznym, ponadto realizuje priorytety Narodowego Programu Zdrowia na lata 2007-2015.

II. Dostępność działań programu dla beneficjentów – Program stwarza dostęp dla mieszkańców zameldowanych na stałe na terenie gminy Kędzierzyn-Koźle bez konieczności posiadania skierowania od lekarza. Przewidziana kampania informacyjna oraz niesprecyzowany tryb zgłaszania sugerują spontaniczny udział w programie, co stwarza ryzyko nierównego dostępu do oferowanych świadczeń.

III. Skuteczność działań – realizacja rehabilitacji leczniczej mającej na celu zapobieżenie konsekwencjom chorób poprzez poprawę, przywrócenie sprawności lub zapobieżenie postępowi choroby jest zgodne z wytycznymi klinicznymi. Zakres interwencji nie jest precyzyjnie określony, dlatego nie jest możliwe jednoznaczne stwierdzenie czy proponowane działania są zgodne z przyjętą praktyką medyczną. Jak opisują autorzy interwencje dostępne są również w ramach świadczeń gwarantowanych. W programie ujęto aspekt edukacyjny jednak pozbawiony dokładnego opisu metodyki i ewaluacji.

IV. W projekcie określono koszty całkowite – 45 000 zł/ rok oraz koszty kampanii edukacyjnej 2 300zł/rok – łącznie 141.900 zł. Koszty jednostkowe nie są właściwie sprecyzowane, nie uwzględniono kosztów diagnostyki i kampanii informacyjnej. Autorzy zastrzegają zmianę wielkości środków finansowych w kolejnych latach.

V. W programie przewidziano monitorowanie podstawowych parametrów realizacji programu: poziomu zgłaszalności (liczba osób skierowanych) do programu, liczby zrealizowanych świadczeń oraz ocenę jakości udzielanych świadczeń. Ewaluacja nie została ujęta we właściwy sposób, wybrane mierniki nie odpowiadają obranym celom, ani oczekiwany efektom. Liczba osób biorących udział w programie określa efektywność kampanii informacyjnej. Nie wybrano żadnych form oceny wybranych efektów, ani z zakresu

interwencji rehabilitacyjnej, ani edukacyjnej. Nie udzielono informacji nt. aktualnego stanu oczekiwania na świadczenia oraz ich kosztów, z tego względu nie jest możliwa ocena skali zmniejszenia wydatków na ochronę zdrowia, jak deklarują autorzy.

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, z uwzględnieniem raportu nr AOTM-OT-441-18/2014 „Program rehabilitacji mieszkańców gminy Kędzierzyn-Koźle” realizowany przez: Miasto Kędzierzyn-Koźle, Warszawa, marzec 2014 oraz aneksów: „Programy z zakresu rehabilitacji niepełnosprawnych i zagrożonych niepełnosprawnością dorosłych wspólne podstawy oceny”, Aneks do raportów szczegółowych, Warszawa, sierpień 2011 i „Programy w zakresie poprawy opieki nad osobami starszymi – wspólne podstawy oceny”, Aneks do raportów szczegółowych, Warszawa, listopad 2012.