



Opinia
Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych
nr 68/2011 z dnia [REDACTED]
o projekcie programu zdrowotnego
„Gminny program działań na rzecz osób niepełnosprawnych”
Urzędu Miasta i Gminy [REDACTED]

Po zapoznaniu się z opinią Rady Konsultacyjnej wyrażam pozytywną opinię o projekcie programu zdrowotnego „Gminny program działań na rzecz osób niepełnosprawnych”.

Niepełnosprawność jest jednym z poważniejszych zjawisk i problemów współczesnej cywilizacji. Znaczenie tego problemu wynika z rozmiarów i powszechności jego występowania, a także z konsekwencji, jakie wywołuje w sensie indywidualnym i społecznym. Niepełnosprawność jest problemem ogólnoswiatowym, stanowiącym cel szczególnie promowanych działań WHO i Komisji Europejskiej.

Działania podejmowane w programach ukierunkowanych na zapobieganie niepełnosprawności oraz na kompleksową terapię i rehabilitację niepełnosprawnych i zagrożonych niepełnosprawnością, jak również na aktywizację i integrację społeczną niepełnosprawnych, wynikają z zadań jednostek samorządów terytorialnych określonych w ustawie o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. 2010 nr 214 poz. 1407 z późn. zm.), ustawie o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. 1994 nr 111 poz. 535 z późn. zm.), ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. 2008 Nr 164 poz. 1027 z późn.zm.) oraz ustawach odpowiednich dla danych jednostek terytorialnych.

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 (NFZ). Świadczenia proponowane w ramach ocenianego programu stanowiłyby uzupełnienie świadczeń gwarantowanych finansowanych przez NFZ, ujętych w następujących rozporządzeniach Ministra Zdrowia:

- Rozp. MZ z 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz.U. 2009 nr 140 poz. 1145);
- Rozp. MZ z 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz.U. 2009 nr 140 poz. 1146 z późn. zm.);
- Rozp. MZ z 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (Dz.U. 2009 nr 140 poz. 1147 z późn. zm.);



- Rozp. MZ z 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej (Dz.U.09.139.1138 z późn. zm.);
- Rozp. MZ z 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu zaopatrzenia w wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi oraz środki pomocnicze (Dz.U.09.139.1141 z późn. zm.).

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. Z tego powodu ocena tego typu programów zgodna z art. 31a ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, przewidująca m.in. ocenę skuteczności klinicznej i bezpieczeństwa, stosunku uzyskiwanych korzyści zdrowotnych do ryzyka zdrowotnego, stosunku kosztów do uzyskiwanych efektów zdrowotnych – byłaby niezwykle złożona i nie może być wykona na potrzeby oceny poszczególnych samorządowych programów zdrowotnych.

Z powyższych względów w ocenie wykorzystano dostępne wytyczne kliniczne oparte na przeglądach systematycznych dotyczące postępowania rehabilitacyjnego (rehabilitacja właściwa lub późna) u osób dorosłych cierpiących na wybrane na podstawie ocenianego programu jednostki chorobowe: reumatoidalne zapalenie stawów, chorobę zwyrodnieniową stawów, udar mózgowy; choroby kardiologiczne, jak również znaczne uszkodzenie wzroku. Przeanalizowano polskie wytyczne ogólnej rehabilitacji medycznej, 7 międzynarodowych wytycznych klinicznych uwzględniających zalecenia z zakresu rehabilitacji kardiologicznej, 7 opracowań dotyczących rehabilitacji po incydentach mózgowo-naczyniowych, 2 opracowania dotyczące zaleceń z zakresu rehabilitacji w reumatoidalnym zapaleniu stawów, 4 międzynarodowe zalecenia z zakresu rehabilitacji w chorobie zwyrodnieniowej stawów oraz wytyczne dotyczące rehabilitacji wzroku u osób słabo widzących.

Wytyczne podkreślają, że niezależnie od jednostki chorobowej o skuteczności rehabilitacji decyduje czas jej rozpoczęcia, kompleksowość i wielodyscyplinarność świadczeń, intensywność zajęć terapeutycznych, a także ciągłość. Zgodnie z zasadą kompleksowości rekomenduje się prowadzenie rehabilitacji przez zespół terapeutyczny obejmujący specjalistów reprezentujących różne dziedziny medycyny oraz nauk pokrewnych, 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. Rehabilitacja medyczna daje szansę nauczania pozytywnych zachowań zdrowotnych oraz zwiększenia stosowania się do zalecanej farmakoterapii. Plan rehabilitacji powinien być dostosowany do potrzeb chorego. Nawet w obrębie jednej jednostki chorobowej potrzeby rehabilitacyjne pacjentów różnią się znacznie, dlatego terapia rehabilitacyjna powinna być prowadzona w oparciu o indywidualny plan, określający cele, typ(y), częstość i intensywność działań odpowiednich dla szczególnych potrzeb oraz możliwości chorego. Zgodnie z przyjętymi standardami diagnoza – w tym przypadku odbywająca się przed przystąpieniem do programu – powinna być opracowana przez zespół specjalistów, kompleksowa i skutkująca szczegółowymi wskazaniem i przeciwwskazaniem, uwzględniająca ocenę

ryzyka powikłań. Wyniki kolejnych wizyt konsultacyjnych powinny być wykorzystywane do modyfikowania programu pracy z chorym oraz oceny jego rezultatów. Niezależnie od stosowanej interwencji powinno się zapewnić beneficjentowi dobrej jakości informacje na temat schorzenia oraz jego wpływu na życie, dostępnych opcji terapeutycznych oraz potencjalnych korzyści i ryzyka każdej z interwencji, jak również innych dostępnych form wsparcia. Przekazywanie informacji powinno odbywać się w sposób przystępny dla chorego.

Przedstawiony program jest „dokumentem służącym realizacji polityki socjalnej”. Jest zbiorem różnorodnych działań o charakterze społecznym (zasiłki, stypendia, pomoc finansowa itp.), administracyjnym i organizacyjnym (usuwanie barier architektonicznych i komunikacyjnych, wspieranie warsztatów terapii zajęciowej, organizowanie integracyjnych imprez kulturalnych, sportowych i turystycznych) oraz profilaktyki zdrowotnej (np. rozwój badań profilaktycznych i okresowych, wspieranie programów sprzyjających zdrowemu stylowi życia, zapobieganiu niepełnosprawności, prowadzenie akcji uświadamiających i profilaktycznych w zakresie ruchu drogowego, stwarzanie osobom niepełnosprawnym możliwości korzystania z rehabilitacji i usług rehabilitacyjnych blisko miejsca zamieszkania itd.). Jak wskazują dostępne zalecenia, skuteczna poprawa sytuacji i stanu zdrowia osób niepełnosprawnych wymaga skoordynowanych działań międzysektorowych. Program jest zgodny z celami Światowego Planu Działań na Rzecz Niepełnosprawnych i realizuje zapisy Konwencji Prawa Osób Niepełnosprawnych oraz Standardowych Zasad Wyrównywania Szans Osób Niepełnosprawnych. Niemniej projekt nie spełnia przesłanek do uznania go za „program zdrowotny”. Struktura dokumentu, określenie celów strategicznych i operacyjnych ze wskazaniem kierunków działań, które mają pomóc w ich osiągnięciu, oraz działań na bardzo ogólnym poziomie odpowiada raczej strategiom oraz planom działań służącym jako dokumenty wyjściowe dla opracowywania szczegółowych programów, odpowiednich dla celów operacyjnych. Tylko zapisy dotyczące celów z zakresu profilaktyki i oświaty zdrowotnej osób niepełnosprawnych oraz ich rehabilitacji mogą być uznane za elementy programu zdrowotnego, ocena obejmowała więc jedynie tę część programu.

Przewidziane w ramach programu działania z zakresu profilaktyki i oświaty zdrowia oraz rehabilitacji osób niepełnosprawnych wpisują się w ogólnie przyjęte sposoby postępowania, jednak mając na uwadze możliwe różnorodne interwencje, działania zostały przedstawione zbyt ogólnikowo, aby umożliwić podjęcie oceny według metodologii oceny technologii medycznych.

Oszacowanie skutków tak zaplanowanych działań nie jest możliwe, natomiast realizacja takiego programu jest pożądana i oczekiwana ze względów społecznych. Celowe byłoby ściślejsze określenie budżetu na poszczególne zadania oraz, w przypadku działań ukierunkowanych na poszczególne osoby (jak rehabilitacja), wskazanie liczby osób i kryteriów kwalifikacji.

Biorąc pod uwagę powyższe argumenty, przyjmuję opinię jak na wstępie.