

„Rehabilitacja osób z dysfunkcją narządu wzroku” - świadczenie gwarantowane z NFZ

Wstęp

Utrata wzroku podstawowego narządu zmysłu, jest jednym z najbardziej traumatycznych doświadczeń jakie może spotkać człowieka. Z danych GUS wynika, że w Polsce żyje ponad 1.600.000 osób z dysfunkcją wzroku a w grupach schorzeń osób niepełnosprawnych, uszkodzenia i choroby narządu wzroku zajmują 4 pozycję po uszkodzeniach i chorobach narządu ruchu, schorzeniach układu krążenia i schorzeniach neurologicznych! U większości z tych osób, dysfunkcja wzroku jest wynikiem różnych schorzeń a nie stanem od urodzenia. Najczęstszymi przyczynami dysfunkcji narządu wzroku są: AMD, jaskra, zaćma, choroby ogólnoustrojowe np. cukrzyca, choroby neurologiczne jak stwardnienie rozsiane, guzy mózgu, choroby onkologiczne, genetyczne lub urazy. Ze względu na zmiany demograficzne jak i problemy wynikające ze zmian środowiskowych liczba ta stale rośnie i będzie dotykać w coraz większym stopniu osoby w wieku produkcyjnym.

Standardem w leczeniu pacjentów urazowo-ortopedycznych, neurologicznych, onkologicznych, kardiologicznych jest skierowanie pacjenta na rehabilitację w trybie ambulatoryjnym, szpitalnym lub uzdrowiskowym jako kontynuacja procesu leczenia.

Niestety w przypadku leczenia osób z dysfunkcją narządu wzroku nie ma takiego standardu. Brakuje specjalistycznej rehabilitacji, która może pomóc tracącym wzrok pacjentom odnaleźć się w nowej, traumatycznej sytuacji. Są oni pozostawieni sami sobie mimo, że rehabilitacja osób z dysfunkcją narządu wzroku jest świadczeniem gwarantowanym z NFZ.

CZYM JEST REHABILITACJA OSÓB Z DYSFUNKCJĄ NARZĄDU WZROKU?

Rehabilitacja osób niewidomych i słabowidzących w zakresie podstawowym to nauka umiejętności radzenia sobie w różnych sytuacjach życia codziennego metodami bezwzrokowymi lub z wykorzystaniem resztek wzroku i obejmuje:

1. Rehabilitację psychologiczną.

2. Usprawnianie widzenia (terapia widzenia) w tym dobór pomocy optycznych i nieoptycznych.
3. Naukę czynności życia codziennego.
4. Naukę orientacji przestrzennej, samodzielności, skutecznego i bezpiecznego poruszania się.
5. Naukę bezwzrokowych technik komunikacji, w tym pisma brajla; techniki komputerowe.

Celem tej rehabilitacji jest przywrócenie osobie niewidomej lub słabowidzącej maksymalnej sprawności w codziennym funkcjonowaniu i w pełnieniu dotychczasowych ról oraz aktywności społecznej i zawodowej.

Rehabilitacja to proces składający się z serii ocen diagnostycznych oraz cyklu ćwiczeń, które mają pomóc niewidomym i słabowidzącym w pokonaniu skutków deficytów wzroku. Działania te uzupełniają oddziaływania medyczne przynosząc wymierne korzyści pacjentowi w postaci lepszego funkcjonowania, nawet wtedy, gdy z medycznego punktu widzenia nic już nie da się zrobić.

Problemy zgłaszane przez **pacjentów tracących wzrok:**

1. Obniżenie jakości życia
2. Brak samodzielności w funkcjonowaniu w życiu codziennym i społecznym
3. Bardzo niski poziom aktywności edukacyjno-zawodowej i społecznej
4. Zwiększone koszty utrzymania i uzależnienie od pomocy innych osób
5. Obniżenie nastroju, depresja wywołane izolacją społeczną

Potwierdzeniem powyższych są odpowiedzi ankietowanych pacjentów dotyczące największych problemów spowodowanych chorobą przy okazji „Społecznego audytu leczenia AMD w Polsce” zrealizowanego przez Stowarzyszenie Retina AMD Polska przy współpracy z Fundacją Wspierania Rozwoju Okulistyki „OKULISTYKA 21”.

| Obszary życia, w których jest Pani/Pan ograniczona z powodu AMD | % odpowiedzi |
|--|---------------------|
| Czytanie | 93,7% |
| Pisanie | 89,4% |
| rozpoznawanie osób | 65,1% |
| Zakupy | 56,3% |
| poruszanie się | 50,5% |
| Sprzątanie | 46,6% |
| Gotowanie | 35,7% |
| Praca zawodowa | 20,9% |
| Inne | 4,0% |

Proponowane zmiany przepisów regulujących świadczenie „Rehabilitacja osób z dysfunkcją narządu wzroku”

1. Komplementarność leczenia i rehabilitacji

Stan obecny: Pacjenci z poważną dysfunkcją wzroku występującą w wyniku chorób lub urazów otrzymują wypis ze szpitala/informację o zakończonym leczeniu bez wskazania dalszych możliwości terapeutycznych. W praktyce nie istnieje poszpitalna rehabilitacja osób ociemniałych lub z bardzo osłabionym widzeniem.

Tacy pacjenci nie są w stanie samodzielnie przystosować się do nowych warunków funkcjonowania, wymagają specjalistycznej pomocy.

Stan pożąany: Wprowadzenie obowiązku dla placówek leczenia szpitalnego zapewnienia świadczeń rehabilitacji pacjentów z dysfunkcją narządu wzroku we własnym zakresie lub zawarcie umowy podwykonawczej na to świadczenie.

Uzasadnienie: Wczesne rozpoczęcie rehabilitacji, jest konieczne aby pacjent z poważną dysfunkcją wzroku, mógł szybko i w maksymalnie możliwym zakresie odzyskać utraconą samodzielność. Brak rehabilitacji lub opóźniony proces skutkuje dużo gorszym wynikiem terapeutycznym, długotrwałą terapią psychologiczną lub jej niepowodzeniem (pacjent odmawia współpracy).

2. Miejsce realizacji świadczenia

Stan obecny: Świadczenia z zakresu rehabilitacji osób z dysfunkcją narządu wzroku, mogą być realizowane wyłącznie w trybie ośrodka dziennego lub oddziału dziennego. Oznacza to, że podstawą rozliczenia świadczenia dla NFZ jest osobodzień w którym pacjentowi udzielono **co najmniej 2 rodzajów świadczeń rehabilitacyjnych (procedur). Ten tryb udzielania świadczeń jest przeznaczony dla** pacjentów, których stan zdrowia nie pozwala na rehabilitację w warunkach ambulatoryjnych, a nie wymagają całodobowego nadzoru lekarskiego i pielęgniarskiego.

W przypadku rehabilitacji osób z dysfunkcją narządu wzroku nie powinien być stosowany ten tryb. Najczęściej stan zdrowia niewidomych i słabowidzących pacjentów pozwala na rehabilitację w trybie ambulatoryjnym. Konieczność udzielenia co najmniej dwóch świadczeń rehabilitacyjnych w ciągu dnia dla wielu pacjentów jest

powodem rezygnacji z tej formy pomocy – zbyt duży wysiłek, długi czas konieczny do spędzenia w placówce, brak możliwości zapewnienia sobie opiekuna na wiele godzin itp. Przykładowo w przypadku nauki orientacji przestrzennej w ciągu dnia pacjent ćwiczy z instruktorem 2-3 godziny. Jest to bardzo duży wysiłek emocjonalny i zazwyczaj pacjent nie jest już w stanie tego samego dnia uczyć się innych umiejętności.

Dodatkowo w trybie ośrodka dziennego lub oddziału dziennego nie ma możliwości prowadzenia świadczeń rehabilitacyjnych w warunkach domowych a właśnie w takim trybie wielu pacjentów powinno mieć udzielaną rehabilitację.

Stan pożądaný: Stworzenie możliwości ambulatoryjnej rehabilitacji osób z dysfunkcją narządu wzroku z możliwością rehabilitacji w warunkach domowych

Uzasadnienie: Rehabilitacja osób z dysfunkcją narządu wzroku w większości przypadków ze względu na ogólny stan zdrowia pacjentów z powodzeniem może a nawet powinna odbywać się w warunkach ambulatoryjnych. Taki tryb udzielania rehabilitacji zapewnia elastyczne dostosowanie oddziaływań do potrzeb i możliwości fizycznych pacjenta.

Wnioskujemy zastąpienie „oddziału dziennego” Poradnią rehabilitacji osób z dysfunkcją narządu wzroku. **Utworzenie takiej nowej komórki** organizacyjnej może zracjonalizować koszty tej rehabilitacji przy zachowaniu odpowiedniej jakości. Poprawi też dostępność do tego świadczenia i jego organizację.

Z naszego rozeznania wynika, że w kraju jest wiele poradni, w których można by utworzyć tę specjalność np poradni okulistycznych.

Rehabilitacja osób z dysfunkcją wzroku powinna też być prowadzona w warunkach domowych oraz środowisku pacjenta. Dotyczy to przede wszystkim takich działań jak:

- nauki czynności życia codziennego,
- nauki orientacji przestrzennej i samodzielnego, bezpiecznego poruszania się.

Rehabilitacja w trybie domowym powinna być świadczona także pacjentom mającym określone trudności w dotarciu do placówki np z dysfunkcją narządu ruchu.

3. Limit wizyt

Stan obecny: Świadczeniobiorca ma prawo do 120 osobodni w roku (z możliwością przedłużenia w przypadku uzasadnionych potrzeb). W osobodniu muszą być

udzielone co najmniej dwa rodzaje świadczeń rehabilitacyjnych, tak więc limit wynosi 240 pojedynczych świadczeń.

Stan pożądaný: Zakres, rodzaj i częstotliwość działań w procesie rehabilitacji powinien ustalać zespół terapeutyczny w formie planu. Plan ten powinien wynikać ze stanu zdrowia, zdiagnozowanych potrzeb i werbalizowanych przez pacjenta oczekiwań. Proponujemy, aby limit roczny dla 1 pacjenta w warunkach ambulatoryjnych wynosił do 120 godzin bez względu na zakres rehabilitacji, przy czym 1 wizyta to minimum 1 godzina terapii.

Uzasadnienie: Tryb ośrodka/oddziału dziennego wymusza sposób realizacji rehabilitacji i jej zakres, w zbyt małym stopniu uwzględnia potrzeby pacjenta. 120 osobodni w roku oznacza, że pacjent musiałby min. 3 razy w tygodniu zgłaszać się do placówki na świadczenia. Nasze wieloletnie doświadczenia potwierdzają, iż nigdy nie zrealizowano limitu osobodni u jednego pacjenta, z min. 2 procedurami.

Wielokrotnie pacjenci sprzeciwiają się, aby w ciągu jednego dnia musieli odbyć dwa rodzaje zajęć szczególnie w przypadkach gdy w danym dniu zostały już zrealizowane ćwiczenia wymagające dużo wysiłku emocjonalnego i fizycznego oraz skupienia, np.: nauka orientacji przestrzennej, usprawnianie widzenia czy dobór i instruktaż korzystania z pomocy optycznych. Zaznaczyć należy, że pacjentami kwalifikującymi się do tej rehabilitacji w większości przypadków są osoby w podeszłym wieku.

4. Uprawnienia do wystawiania skierowań na rehabilitację osób z dysfunkcją narządu wzroku

Stan obecny: uprawnieni do wystawiania skierowań są: lekarz okulista, lekarz neurolog, lekarz rehabilitacji.

Stan pożądaný: Uprawnieni do wystawiania skierowań powinni być lekarze specjaliści: okulista, lekarz neurolog, lekarz diabetolog, lekarz onkolog, lekarz geriatra, lekarz POZ/internista/pediatra.

Uzasadnienie: do listy uprawnionego personelu do kierowania do rehabilitacji osób z dysfunkcją wzroku powinni być uprawnieni wszyscy lekarze specjaliści prowadzący pacjenta w wyniku schorzeń wiodących, w następstwie których wystąpiła dysfunkcja wzroku lub lekarz POZ na podstawie historii choroby pacjenta. Obecnie lekarz POZ

uprawniony jest do kierowania na zabiegi fizjoterapii ambulatoryjnej, natomiast nie może skierować pacjenta na rehabilitację wzroku.

Rozwiązanie takie skróci ścieżkę dostępu pacjenta do rehabilitacji a czas oczekiwania ulegnie skróceniu.

5. Dostępność do rehabilitacji

Stan obecny: W Polsce w ramach NFZ świadczenie gwarantowane: rehabilitacja osób z dysfunkcją narządu wzroku (łącznie dzieci i dorośli) realizowane jest tylko w 13 ośrodkach w Polsce w 8 województwach tj: w:

- woj. łódzkim 1 świadczeniodawca,
- woj. małopolskie 2 świadczeniodawców
- woj. mazowieckie 2 świadczeniodawców
- woj. śląskie 3 świadczeniodawców
- woj. podkarpackie 2 świadczeniodawców
- woj. świętokrzyskie 1 świadczeniodawca
- woj. warmińsko – mazurskie 1 świadczeniodawca
- woj. wielkopolskie 1 świadczeniodawca

W pozostałych 8 województwach nie ma podpisanych w tym zakresie kontraktów z NFZ. Wiemy, że spośród 13 placówek realizujących świadczenie gwarantowane większość nie realizuje pełnego zakresu rehabilitacji objętej standardem. Przykładowo nie realizują usprawniania widzenia, nauki orientacji przestrzennej i samodzielnego poruszania się, nauki czynności życia codziennego. Ograniczają się jedynie do doboru pomocy optycznych. Narodowy Fundusz Zdrowia miesięcznie finansuje rehabilitację osób z dysfunkcją narządu wzroku w wysokości **222 144 zł dla pacjentów z całego kraju tj. około 3 300 osobodni** (jednorazowych wizyt) co oznacza, że w ciągu roku świadczeniem gwarantowanym objętych **jest mniej niż 1000 pacjentów przy założeniu, że każdy otrzymał 40 osobodni z 2 procedurami.**

Stan pożądany: gwarantowane świadczenie w zakresie rehabilitacji osób z dysfunkcją narządu wzroku powinno być realizowane minimum w każdym powiecie.

Uzasadnienie: pacjentów z poważną dysfunkcją wzroku przybywa z roku na rok. Wg raportu RETINA AMD z 2015 roku, rocznie przybywa około 14 tys. osób chorych

na AMD choroby zwanej „epidemią ślepoty”, którzy wymagają świadczeń rehabilitacyjnych. Zachętą dla świadczeniodawców do realizacji rehabilitacji osób z dysfunkcją narządu wzroku byłaby nowa wycena procedur oraz możliwość wykonywania świadczeń rehabilitacyjnych w warunkach ambulatoryjnych i domowych. Wymóg jednoczesnego zatrudnienia grupy specjalistów zniechęca świadczeniodawców do kontraktowania świadczeń z zakresu rehabilitacji osób z dysfunkcją wzroku.

6. Nowa wycena procedur i standaryzacji rehabilitacji osób z dysfunkcją narządu wzroku (załącznik nr 2 – propozycja PZN Standard świadczenia)

Stan obecny: Prowadzenie rehabilitacji osób z dysfunkcją narządu wzroku jest dla świadczeniodawców nieopłacalne.

W ramach osobodnia w ośrodku/oddziale dziennym w rehabilitacji osób z dysfunkcją wzroku muszą być realizowane min. 2 świadczenia w ciągu minimum 1 godziny dla dorosłych i 3 świadczenia w ciągu minimum 1,5 godziny dla dzieci z poniższej listy:

- a) porada wielospecjalistyczną (konsylium);
- b) świadczenia z zakresu diagnozy i terapii widzenia lub ortoptyki;
- c) świadczenia z zakresu usprawniania ruchowego i psychoruchowego;
- d) świadczenia z zakresu tyflopedagogiki;
- e) świadczenia z zakresu psychologii lub psychoterapii;
- f) świadczenia z zakresu terapii zajęciowej.
- g) zajęcia są prowadzone indywidualnie lub w grupie, przy czym na 1 terapeutę może przypadać nie więcej niż 4 pacjentów w przypadku terapii grupowej

oznacza to, że wg NFZ jeden rodzaj świadczenia (procedura) średnio trwa ½ godziny. W rzeczywistości standardowa rehabilitacja (1 sesja) powinna trwać minimum 1 godzinę. a w przypadku.: nauki orientacji przestrzennej 1 sesja to nawet 2-3 godzin dziennie.

Przy rehabilitacji wzroku dorosłych bardzo rzadko możliwe są świadczenia prowadzone grupowo. Zdecydowana większość świadczeń musi być prowadzona indywidualnie, gdyż jest to instruktaż a każdy pacjent ma inne tempo pracy, i odmienne potrzeby rehabilitacyjne. Ponadto sesja z terapeutą jest czasochłonna,

ze względu na stan pacjentów. Niejednokrotnie pacjent jest osobą wiekową, z niedosłuchem, demencją lub pourazowy z męczliwością wymagający, więcej czasu.

Do prowadzenia oddziału dziennego w zakresie rehabilitacji osób z dysfunkcją narządu wzroku należy w jednym czasie zatrudnić:

- a) lekarza okulistę i/lub neurologa,
- b) tyflop pedagoga,
- c) terapeutę widzenia lub instruktora orientacji przestrzennej,
- d) psychologa
- e) fizjoterapeutę
- f) optyka jeśli w miejscu jest zaopatrzenie w pomoce optyczne.

Osobodzień wyceniony jest dla osób dorosłych na 60 pkt i dla dzieci do 19 r.ż. na 70 pkt przy średniej stawce 1 zł za 1 pkt daje wynagrodzenie 60 zł za osobodzień osoby dorosłej i 70 zł za dziecko.

Przy obecnej refundacji za godzinę pracy 1 pracownika zespołu terapeutycznego świadczeniodawca otrzymuje wynagrodzenie na poziomie ok 10 zł (60zł osobodzień/ 6 osób zespołu) co jest wynagrodzeniem niższym od minimalnego wynagrodzenia obowiązującego w Polsce nie uwzględniając przy tym innych kosztów działalności.

Stan pożądany: Istnieje konieczność sporządzenia nowej wyceny usługi. Za podstawę wyceny świadczenia realizowanego przez 1 członka zespołu rehabilitacyjnego można by przyjąć wycenę taką jak w przypadku 1 godzinnej sesji psychoterapii indywidualnej wykonywanej przez psychoterapeutę w ramach Poradni psychologicznej) Proponujemy aby wycena 1 godzinnej sesji rehabilitacji osób z dysfunkcją narządu wzroku wynosiła odpowiednio:

- a) 14 pkt = 123 zł w poradni
- b) 21 pkt = 189 zł dla sesji w warunkach domowych

Uzasadnienie: Zmiana warunków kontraktacji rehabilitacji osób z dysfunkcją narządu wzroku zwiększy zainteresowanie świadczeniodawców prowadzeniem rehabilitacji.