



**Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 35/2017 z dnia 3 marca 2017 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Wczesna
wielospecjalistyczna i kompleksowa opieka nad dzieckiem
zagrożonym niepełnosprawnością lub niepełnosprawnym z terenu
Gminy Nędza”**

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości negatywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Wczesna wielospecjalistyczna i kompleksowa opieka nad dzieckiem zagrożonym niepełnosprawnością lub niepełnosprawnym z terenu Gminy Nędza”

Uzasadnienie

Główna przesłanką za negatywną opinią Prezesa Agencji jest fakt, że nadesłany projekt nie zawiera kluczowych elementów, które pozwoliłyby na jego całościową weryfikację. W projekcie w sposób ogólny odniesiono się do populacji docelowej, nie wiadomo jaka będzie liczebność uczestników i czy przeznaczone środki wystarczą na objęcie działaniami wszystkie osób, które zgłaszać się będą do programu. Pomimo, że wskazano kryteria kwalifikacji do programu, nie określone które metody terapeutyczne stosowane będą w określonych wskazaniach. Brak tych informacji uniemożliwia odniesienie się do skuteczności i bezpieczeństwa ich stosowania u danych uczestników programu.

W odniesieniu do pozostałych elementów programu należy:

- przeformułować cele, aby zgodne były z metodą SMART,
- doprecyzować monitorowanie i ewaluację, gdyż w obecnym kształcie nie zawierają wskaźników pozwalających na poprawne przeprowadzenie tych procesów,
- uzupełnić budżet o koszty całkowite przeznaczone na realizację programu.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej dotyczący udzielania świadczeń rehabilitacyjnych mieszkańcom gminy Nędza. Okres realizacji programu został przewidziany na lata 2017-2021. Całkowity budżet przeznaczony na realizację programu nie został określony.

Opinia Prezesa Agencji została przygotowana w oparciu o ocenę technologii medycznej proponowanej w ramach programu polityki zdrowotnej zgodnie z kryteriami zawartymi w art. 31a ust. 1 i art. 48 ust. 4 ustawy o świadczeniach wraz z oceną założeń projektu programu polityki zdrowotnej, które wspierają efektywność kliniczną i kosztową technologii medycznej planowanej w programie.

Ocena projektu programu polityki zdrowotnej

Znaczenie problemu zdrowotnego

Projekt programu dotyczy bardzo rozległego problemu zdrowotnego. Opis problemu zdrowotnego został przedstawiony w krótki i precyzyjny sposób. W projekcie nie odniesiono się do danych epidemiologicznych.



Warto wspomnieć, że programy polityki zdrowotnej poświęcone działaniom zapobiegającym wystąpieniu oraz pogłębieniu niepełnosprawności są programami skierowanymi do zróżnicowanej populacji dotkniętej wieloma schorzeniami warunkującymi niepełnosprawność.

W województwie śląskim, wg Narodowego Spisu Powszechnego w 2011 odnotowano 552 138 osób niepełnosprawnych (11,9 % ludności województwa śląskiego). Dane statystyczne dotyczące niepełnosprawnych dzieci i młodzieży przedstawiają się następująco: ogółem w Polsce liczebność tej grupy w 2011 roku wynosiła 215 849, natomiast w województwie śląskim 23 606.

Warto dodatkowo zaznaczyć, że w województwie śląskim wartość rozliczonych przez NFZ świadczeń w rodzaju rehabilitacja lecznicza w roku 2013 wynosiła ponad 220 mln PLN i był to wynik jeden z wyższych w skali całego kraju.

Cele i efekty programu

Głównym celem programu jest zapewnienie adresatom programu możliwości kontynuowania procesu rehabilitacji po wykorzystaniu gwarantowanych świadczeń zdrowotnych i korzystania z ponadstandardowych form wieloprofilowego leczenia, rehabilitacji i usprawniania. Dodatkowo określono 9 celów szczegółowych. Warto przeformułować cele określone w projekcie tak, aby były zgodne z regułą SMART. tj, były specyficzne, mierzalne, osiągalne, ważne i określone w czasie.

Wskazane w programie mierniki efektywności zostały określone w sposób prawidłowy i odnoszą się do założonych celów projektu. Należałoby je jednak uzupełnić o mierniki dotyczące również rodziców/opiekunów dzieci np. ocena stopnia świadomości rodziców związanej z zaburzeniami dziecka itp. istotne jest także, aby uzyskane wartości odnieść do stanu sprzed realizacji działań programowych.

Populacja docelowa

Populacja osób, która ma zostać włączona do programu została podzielona na 3 kategorie wiekowe:

- dzieci w wieku 0-7 lat,
- dzieci w wieku 6-18 lat,
- osoby w wieku 3-25 lat.

W projekcie nie określono liczebności poszczególnych grup uczestników programu. Nie wskazano także odniesienia do danych demograficznych.

Do uczestnictwa w programie wymagane będzie skierowanie od lekarza ubezpieczenia zdrowotnego. Kwalifikacji do uczestnictwa w programie dokona mgr fizjoterapii lub psycholog. Dodatkowo do programu będą włączane osoby m.in. z grupy wysokiego ryzyka ciąży-porodowego, z wrodzonymi wadami rozwojowymi układu nerwowego, z chorobami metabolicznymi układu nerwowego, z zaburzeniami koordynacji ruchowej pochodzenia centralnego, z zespołem Downa, z zaburzeniami integracji sensorycznej, z zaburzeniami słuchu, wzroku i mowy czy też z wadami postawy, płaskostopiem, skoliozą niskostopniową.

Interwencja

W ramach interwencji zaplanowano szereg zabiegów rehabilitacyjnych, skierowane do poszczególnych grup populacji:

- dzieci w wieku 0-7 lat - indywidualne sesje terapeutyczne w ramach wczesnej interwencji
- dzieci w wieku 6-18 lat - grupowe zajęcia korekcyjne
- osoby w wieku 3-25 lat - grupowych zajęciach terapeutycznych

W projekcie wskazano liczbę oraz częstotliwość poszczególnych zabiegów u uczestników. Wskazano także metody wykorzystywane w ramach poszczególnych zasad, nie opisano jednak na czym dokładnie będą one polegać. Brakuje także określenia, w której grupie zostaną wykorzystane interwencje: metoda Knillów, Snoezelen, terapia taktykalna czy też Makaton.

Należy wskazać, że w projekcie wskazano szereg metod terapeutycznych, które mają zostać wykorzystane w ramach programu. Jednak, bez dokładnego określenia populacji docelowej (pod względem wskazań medycznych do danej terapii) niemożliwe jest wskazanie, czy zastosowanie danej opcji będzie skuteczne u poszczególnych uczestników.

Warto również mieć na uwadze, że program częściowo obejmuje działania finansowane w ramach świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej.

W odniesieniu do świadczeń rehabilitacyjnych rekomendowane jest zapewnienie ich ciągłości. Wydaje się, że zaplanowany program ma zapewnić ciągłość oraz zwiększyć dostęp do świadczeń rehabilitacyjnych w gminie.

Monitorowanie i ewaluacja

W projekcie programu zaplanowano jego monitorowanie i ewaluację, jednak część ta wymaga poprawy.

Wspomnieć należy, że monitorowanie jest procesem zbierania danych o realizacji programu i służy kontrolowaniu ich przebiegu i postępów. Proces ten uzasadnia modyfikacje, które wspierają realizację celów programu. Z kolei ewaluacja jest analizą danych z PPZ, realizowaną w celu oceny efektów prowadzonych działań.

W ramach monitorowania należy dokładnie określić wskaźniki dotyczące zgłaszalności oraz sposoby określenia jakości udzielanych świadczeń (np. poprzez bieżący nadzór, ocenę jakości przez uczestników).

Ewaluacja programu (ocena efektywności) powinna natomiast odnosić się do wpływu podjętych działań na zdrowie populacji. W tym przypadku należy zatem wskazać m.in. poprawę jakości życia, ustąpienie dolegliwości bólowych zmianę wysokości wydatków przeznaczanych na leczenie choroby podstawowej.

Warto także zaplanować utrzymanie trwałości uzyskanych efektów zdrowotnych, co w programach rehabilitacyjnych możliwe jest np. poprzez utrzymanie ciągłości prowadzonych działań.

Warunki realizacji

Realizator programu zostanie wyłoniony w ramach otwartego konkursu ofert, co jest zgodne z zapisami ustawowymi. Nie przedstawiono opisu wymagań, jakie musi spełniać realizator projektu, co należy uzupełnić.

W celu objęcia programem jak najszerszej grupy chorych, zaplanowano przeprowadzenie działań informacyjno-promocyjnych.

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

W projekcie nie wskazano kosztu całkowitego prowadzenia programu. Wskazano jedynie koszty z podziałem na poszczególne grupy interwencji. W przypadku indywidualnych sesji terapeutycznych wyszczególniono dodatkowo koszty jednostkowe 7 interwencji (koszt za świadczenie: 60-70 zł). W przypadku grupowych zajęć korekcyjnych oraz grupowych zajęć terapeutycznych, koszt jednostkowy wynosi po 50 zł za przeprowadzoną interwencję. Należałoby w przypadku grupowych zajęć korekcyjnych oraz grupowych zajęć terapeutycznych wskazać koszty z podziałem na poszczególne interwencje.

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.

Alternatywne świadczenia

Rehabilitacja lecznicza finansowana ze środków publicznych regulowana jest Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. 2013 poz. 1522)

Ocena technologii medycznej

Wyniki opracowanego wspólnie przez WHO oraz Bank Światowy, Światowego Raportu na temat niepełnosprawności (World Report on Disability) 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 ze społecznego wsparcia.

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 pewnych, sprawdzonych 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, jeśli zachodzi taka potrzeba wielopłaszczyznowy program rehabilitacji.

Jak podkreśla National Centre for the Dissemination and Disability Research (NCDDR), współczesne standardy dowodów naukowych 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.

Opinię wydano na podstawie art. 48a ust. 1 i 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r., poz. 581), z uwzględnieniem raportu: OT.441.256.2016 „Wczesna wielospecjalistyczna i kompleksowa opieka nad dzieckiem zagrożonym niepełnosprawnością lub niepełnosprawnym z terenu Gminy Nędza”, realizowany przez Gminę Nędza, styczeń 2017 oraz Aneksu do raportów szczegółowych: „Programy z zakresu rehabilitacji niepełnosprawnych i zagrożonych niepełnosprawnością dorosłych oraz dzieci i młodzieży” z sierpnia 2016 r. oraz Opinii Rady Przejrzystości Nr 23/2017 z dnia 30 stycznia 2017 roku o projekcie programu „Wczesna wielospecjalistyczna i kompleksowa opieka nad dzieckiem zagrożonym niepełnosprawnością lub niepełnosprawnym z terenu Gminy Nędza”