



Opinia
Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych
nr 14/2014 z dnia 7 stycznia 2014 r.
o projekcie programu „Rehabilitacja niemowląt – wczesna
diagnostyka i ćwiczenia rehabilitacyjne dla dzieci zagrożonych
niepełnosprawnością do 1 r.ż.” miasta Legionowo

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości wydaję pozytywną opinię o projekcie programu „Rehabilitacja niemowląt – wczesna diagnostyka i ćwiczenia rehabilitacyjne dla dzieci zagrożonych niepełnosprawnością do 1 r.ż.” miasta Legionowo, pod warunkiem niedublowania świadczeń finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ), zapewnienia merytorycznej kontroli nad świadczeniodawcami rehabilitacji oraz doprecyzowania kryterium włączenia do wnioskowanego projektu, aby zapewnić równy dostęp do programu.

Uzasadnienie

Program odnosi się do istotnego problemu zdrowotnego będącego jednym z priorytetów Narodowego Programu Zdrowia na lata 2007-2015 oraz Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2011-2015. Zasadność samorządowych programów zdrowotnych obejmujących kompleksową terapię i rehabilitację niepełnosprawnych dzieci, a przede wszystkim wczesną interwencję, wydaje się uzasadniona wobec, podkreślanego przez ekspertów klinicznych, braku wystarczających środków finansowych pozyskiwanych z kontraktów zawieranych z NFZ na prowadzenie stałej wielospecjalistycznej i wielokierunkowej rehabilitacji, jakiej wymagają dzieci z niepełnosprawnością. W projekcie podano koszty ogólne i jednostkowe oraz przewidziano zasady monitorowania programu poprzez przeprowadzenie badań ankietowych i wizytacji.

Program zawiera jednak kilka elementów budzących poważne wątpliwości lub niejasności i powinny one zostać wyeliminowane lub doprecyzowane przed rozpoczęciem jego realizacji. W programie nie podano w sposób jednoznaczny planowanych interwencji, co niesie ryzyko dublowania niektórych świadczeń finansowanych przez NFZ. Doprecyzowana powinna być również charakterystyka beneficjentów. Kryterium dostępności oparte o Kartę Dużej Rodziny nie jest kryterium medycznym, tylko społecznym i może nie zapewniać równego dostępu do świadczeń dla wszystkich potrzebujących. Trudno ocenić efektywność narzędzi monitorowania i oceny, ponieważ wzory kwestionariuszy ankietowych nie zostały przedstawione.

Przedmiot wniosku

Przedmiotem opinii jest projekt programu zdrowotnego w zakresie wczesnej diagnostyki i rehabilitacji dzieci zagrożonych niepełnosprawnością do 1 r.ż.. Programem ma zostać objętych od 80-100 dzieci zamieszkujących gminę miejską Legionowo. Program będzie realizowany od marca do grudnia 2014 r. i jest częścią realizowanego przez Legionowo



Miejskiego Programu Promocji Zdrowia w roku 2014. Na realizację programu dotyczącego problemu niepełnosprawności przeznaczono 13 000 zł.

Problem zdrowotny

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. Mając na uwadze ulegający wydłużeniu średni czas życia, problem ten staje się niezwykle istotny, gdyż dłuższe życie nieuchronnie wiąże się z pogorszeniem sprawności zarówno fizycznej, jak i psychicznej. Oczywiście problem niepełnosprawności nie dotyczy tylko osób starszych. Może on wystąpić także wśród osób bardzo młodych: niemowląt i małych dzieci wskutek wad wrodzonych, chorób przewlekłych, wypadków czy urazów. Bez względu na przyczyny niepełnosprawności jest ona poważnym problemem społecznym.

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

Niepełnosprawność jest problemem ogólnoswiatowym, stanowiącym cel szczególnie promowanych działań WHO i Komisji Europejskiej. Mając na uwadze ulegający wydłużeniu średni czas życia, problem ten staje się niezwykle istotny, gdyż dłuższe życie nieuchronnie wiąże się z pogorszeniem sprawności zarówno fizycznej, jak i psychicznej. Bez względu na przyczyny niepełnosprawności jest ona poważnym problemem społecznym. Działania podejmowane w programie 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.) oraz ustawach odpowiednich dla danych jednostek terytorialnych.

Głównym celem podejmowanych działań jest umożliwienie osobom niepełnosprawnym pełnego uczestnictwa w życiu społecznym oraz tworzenia warunków do niezależnego, samodzielnego i aktywnego życia oraz do korzystania na zasadzie równości z praw ustanowionych dla ogółu obywateli. Programy te mają również pomóc osobom niepełnosprawnym w skutecznym i efektywnym korzystaniu z usług świadczonych na terenie tych jednostek samorządu terytorialnego.

Zasadność prowadzenia przez samorzady programów zdrowotnych obejmujących kompleksową terapię i rehabilitację niepełnosprawnych dzieci i młodzież, wydaje się uzasadnione wobec podkreślanej przez ekspertów klinicznych niewystarczających środków finansowych pozyskiwanych z kontraktów zawieranych z NFZ, na prowadzenie stałej wielospecjalistycznej i wielokierunkowej, a więc drogiej rehabilitacji, jakiej wymagają dzieci z niepełnosprawnością, często sprzężoną; jak podkreślają eksperci finansowanie przez NFZ ogranicza się ponadto do działań leczniczych, co w przypadku dzieci niepełnosprawnych jest jednym z problemów, ale nie jedynym, np. działalność edukacyjna dzieci poddawanych długotrwałej rehabilitacji wykracza poza środki NFZ.

Programy zdrowotne skierowane do osób niepełnosprawnych 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 np. terapeutycznych, edukacyjnych i społecznych.

W niniejszym raporcie ograniczono się do przedstawienia wiarygodnych opracowań i zaleceń dotyczących postępowania w przypadku niepełnosprawnych dzieci i młodzieży, cierpiących na wybranych na podstawie ocenianych programów rodzajów niepełnosprawności, uwzględniając w procesie wyszukiwania opracowania wtórne dotyczące interwencji terapeutycznych i rehabilitacyjnych stosowanych u niepełnosprawnych dzieci i młodzieży: ze spektrum zaburzeń autystycznych; z mózgowym porażeniem dziecięcym; z zespołem nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi (ADHD) dzieci z obniżoną sprawnością intelektualną w szczególności z zespołem Downa, z głuchotą lub niedosłyszające, jak również u rodziców tych dzieci.

W przypadku interwencji stosowanych u dzieci szczególną uwagę poświęcono następującym interwencjom: terapia z wykorzystaniem zwierząt (dogoterapia, hipoterapia), terapia logopedyczna, terapia pedagogiczna, terapia psychologiczna, rehabilitacja, w szczególności obejmująca trening podstawowych umiejętności życiowych oraz społecznych; kinezyterapia, ćwiczenia ruchowe, muzykoterapia terapia zajęciowa.

W wyniku przeprowadzonego wyszukiwania znaleziono wiarygodne wytyczne kliniczne dotyczące postępowania leczniczego w przypadku dzieci ze spektrum zaburzeń autystycznych oraz dzieci z ADHD; nie odnaleziono natomiast wiarygodnych wytycznych dotyczących interwencji stosowanych w leczeniu dzieci i młodzieży z zespołem Downa, jak również nie odnaleziono wytycznych poświęconych postępowaniu rehabilitacyjnemu w przypadku dzieci głuchych oraz niedosłyszających ani w przypadku dzieci z zaburzeniami integracji sensorycznej.

W przypadku zaleceń dotyczących rehabilitacji dzieci z porażeniem mózgowym, włączono 1 wytyczne włoskie przedstawiające ogólne założenia rehabilitacji dzieci z DPM oraz 2 opracowania Cincinnati Children's Hospital Medical Center zawierające zalecenia dotyczące konkretnych interwencji medycznych stosowanych w określonej populacji dzieci z DPM. Mimo przeprowadzonego przeglądu literatury medycznej, rekomendacje sformułowane we włoskich wytycznych oparte zostały bardziej na dużej ilości prac opisowych oraz stosowanej praktyce opartej na konsensusie ekspertów, niż na dowodach naukowych.

Wytyczne są zgodne w kwestii, że wszystkie dzieci w wieku przedszkolnym z ASD powinny zostać poddane wczesnej interwencji, jak tylko znaczące potrzeby rozwoju zostaną stwierdzone przez przeszkolony personel, ponieważ wczesna interwencja wpływa na poprawę wyników. Istnieją dobrej jakości dowody wspierające zastosowanie intensywnej wczesnej interwencji behawioralnej (EIBI – Early Intensive Behaviour Intervention) jako opcji terapeutycznej w leczeniu dzieci z ASD w wieku przedszkolnym. Wytyczne są zgodne w kwestii rekomendowania uczestnictwa rodziców i opiekunów dzieci w wieku przedszkolnym ze spektrum zaburzeń autystycznych (ASD) w programach edukacyjnych i umiejętnościowych. Terapia dziecka w wieku przedszkolnym z rozpoznaniem ASD, powinna być zindywidualizowana i prowadzona w oparciu o indywidualny plan interwencji, określający cele, typ(y), częstotliwość i intensywność działań, odpowiednich dla szczególnych potrzeb rozwojowych i edukacyjnych. Program wczesnej interwencji musi być dostosowany do indywidualnych potrzeb dziecka i rodziny.

Spośród odnalezionych wytycznych klinicznych i rekomendacji finansowania, tylko jedne wytyczne uznały dostępne na podstawie przeglądu literatury dowody naukowe za wystarczające (poziom dowodu umiarkowany) by rekomendować prowadzenie Programów Edukacji z wykorzystaniem koni u dzieci i młodzieży z zdiagnozowanymi zaburzeniami

zdrowia psychicznego w celu promowania poprawy poczucia własnej wartości pacjenta oraz poprawy poziomu satysfakcji klienta/rodzica. Pozostałe wytyczne z powodu niewystarczających dowodów, nie zalecają terapii wykorzystującej zwierzęta (animal-assisted therapy), jako rutynowe postępowanie (w przypadku dzieci w wieku przedszkolnym z ASD) lub uznają ją za interwencję eksperymentalną.

W odniesieniu do dogoterapii przewidzianej w ramach terapii dzieci z zaburzeniami autystycznymi, dziecięcym porażeniem mózgowym oraz dzieci z ADHD, należy zaznaczyć, iż na podstawie przeprowadzonego na potrzeby niniejszego opracowania wyszukiwania nie odnaleziono żadnych opracowań wtórnych dotyczących skuteczności tej interwencji jako metody wspomagającej proces rehabilitacji i terapii osób ze wspomnianymi schorzeniami.

Istnieją dobrej jakości dowody, że systemy AAC (Augmentativa and Alternative Communication) – tj. alternatywne i wspomagające metody komunikacji, mogą być zalecane dla dzieci w wieku przedszkolnym z ASD.

Terapia integracji słuchowej (terapia dźwiękowa Samonas i programy słuchowe), masaż i inne interwencje oparte na zmysłach, obciążonych kamizelek, psychoterapia ekspresyjna nie są zalecane jako rutynowe postępowanie dla dzieci w wieku przedszkolnym z ASD z powodu niewystarczających dowodów.

Muzykoterapia nie jest zalecane jako rutynowe postępowanie dla dzieci w wieku przedszkolnym z ASD z powodu niejednoznacznych dowodów.

Ze względu na brak skuteczności lub brak dowodów oraz potencjalne ryzyko oraz działania niepożądane lub nadużycia, nie jest zalecane stosowanie u dzieci z ASD: ułatwionej komunikacji (Facilitated Communication) – jako środka komunikacyjnego z dziećmi i młodzieżą z ASD, terapii Holdingu, patterningu z maskowaniem.

Odnalezione rekomendacje dotyczące terapii i rehabilitacji dzieci i młodzieży z mózgowym porażeniem dziecięcym wskazują na konieczność kompleksowej terapii i rehabilitacji obejmującej realizację programu ćwiczeń fizycznych wzmacniających mięśnie (ogólnorozwojowy trening siłowy, ukierunkowany trening siłowy) uwzględniający wiek i stan pacjenta, czas i częstotliwość terapii – indywidualizacja terapii. Stosowanie interwencji hydroterapeutycznych może być zalecane w przypadku dzieci z porażeniem mózgowym, które wykazują deficyt wytrzymałości czy deficyt energetyczny, u których za cel terapeutyczny wyznaczono poprawę tych parametrów. Z powodu niewystarczających dowodów naukowych oraz braku konsensusu, nie można stworzyć rekomendacji dotyczących czasu trwania, częstotliwości, intensywności i strategii (model teoretyczny) stosowanych przy interwencji hydroterapeutycznej.

Dostępne dowody naukowe na temat leczenia ADHD, National Institute of Mental Health i wiele towarzystw naukowych zaznacza, że są dwie interwencje, które mają solidne podstawy naukowe potwierdzające skuteczność krótkoterminową: behawioralna terapia psychospołeczna oraz farmakoterapia lekami psychostymulującymi.

W odniesieniu do zaleceń dotyczących wczesnego wykrywania i wczesnej interwencji u dzieci z grupy ryzyka zaburzeń rozwojowych, zalecenia praktyki klinicznej podkreślają, że obserwacja rozwoju dziecka powinna być elementem każdej wizyty w ramach opieki profilaktycznej. W przypadku stwierdzenia podczas wizyty obaw dotyczących rozwoju dziecka oraz w przypadku dzieci z grupy niskiego ryzyka zaburzeń rozwojowych przy wizycie w 9-, 18- i 30-miesiącu życia, zalecane jest stosowanie wystandaryzowanych narzędzi służących do badań przesiewowych.

W przypadku pozytywnego wyniku badań przesiewowych w kierunku zaburzeń rozwoju, konieczna jest ocena medyczna oraz ocena rozwoju w celu zidentyfikowania określonych zaburzeń rozwojowych i związanych z nimi problemów zdrowotnych. Dzieci ze

stwierdzonymi w badaniu przesiewowym zaburzeniami rozwojowymi powinny zostać skierowane na wczesne interwencje rozwojowe.

Mimo ograniczonych dowodów dotyczących skuteczności zastosowania wczesnej interwencji u niemowląt z grupy ryzyka zaburzeń rozwojowych (głównie wcześniaki), stosowanie wczesnej interwencji u dzieci z grupy ryzyka jest powszechnie zalecane i praktykowane.

Autorzy przeglądu Cochrane Collaboration doszli do wniosku, że programy wczesnej interwencji dla wcześniaków wykazują pozytywny wpływ na funkcje poznawcze w krótkim i średnim okresie obserwacji. Jakkolwiek stwierdzono znaczne różnicowanie między interwencjami włączonymi do przeglądu. Konieczne są dalsze badania, aby określić, które ze wczesnych interwencji są najbardziej skuteczne w poprawie wyników poznawczych i motorycznych oraz, które są skuteczniejsze w odniesieniu do długoterminowych efektów programów. Dodatkowo zwrócono uwagę na konieczność oceny kosztów-efektywności, jak również dostępności usług, które stanowią istotne czynniki przy rozważaniu wprowadzenia programu wczesnej interwencji rozwojowej u przedwcześnie urodzonych noworodków.

Mając na uwadze, że potrzeby terapeutyczno-rehabilitacyjne niepełnosprawnych dzieci i młodzieży zależą od rodzaju i stopnia niepełnosprawności, podstawą ich leczenia powinna być wczesna, wielospecjalistyczna, zindywidualizowana interwencja, o wyraźnej strukturze programu i jasno sformułowanych celach i priorytetach, charakteryzująca się systematycznością i ciągłością oddziaływań.

Wczesne rozpoznanie wad rozwojowych w wyniku prowadzonej obserwacji i badań przesiewowych może doprowadzić do odpowiednio wczesnej oceny, diagnozy i włączenia leczenia, w tym interwencji rozwojowej. Potencjalne ryzyko związane z badaniem przesiewowym w kierunku zaburzeń rozwoju, związane jest z fałszywie dodatnim wynikiem testu, który może wpłynąć na zwiększenie skierowań na dalsze badania oraz może wiązać się ze zwiększonym niepokojem rodziców dziecka oraz z fałszywie ujemnym wynikiem, prowadzącym do zaniżenia liczby skierowań oraz - przy braku ciągłego monitorowania – do utrwalenia niepożądanych zmian.

Jak wykazała Europejska Agencja Rozwoju Edukacji Uczniów ze Specjalnymi Potrzebami Edukacyjnymi, dostępność, bliskość, przystępność finansowa, interdyscyplinarność oraz różnicowanie świadczeń to warunki konieczne aby społeczny model Wczesnej Interwencji oraz Wczesnego Wsparcia Rozwoju Dziecka funkcjonował dobrze.

Projekt programu zdrowotnego nadesłany przez gminę miejską Legionowo dotyczy wczesnej diagnostyki i rehabilitacji dzieci zagrożonych niepełnosprawnością do 1 r.ż. Choć brakuje aktualnych wniosków na temat sytuacji epidemiologicznej dzieci niepełnosprawnych w pierwszym roku ich życia, to dane pochodzące z NSP 2011 wskazują, że obecnie 7% populacji powiatu legionowskiego jest dotknięta niepełnosprawnością. Wcześniejsze dane GUS wskazują z kolei, że ponad 3% dzieci w wieku od 0-14 lat stanowią dzieci niepełnosprawne. Choć brakuje obecnie wystarczających dowodów na potwierdzenie skuteczności klinicznej i kosztowej konkretnych badań diagnostycznych i ćwiczeń rehabilitacyjnych u niemowląt, to eksperci kliniczni zgodnie twierdzą, że obserwacja, wczesne wykrywanie, jak również wczesna interwencja u dzieci z grupy ryzyka zaburzeń rozwojowych powinna być elementem każdej wizyty w ramach opieki profilaktycznej, jak również powszechnie stosowana i zalecana.

Podejmowanie przez jednostki samorządu terytorialnego działania w kierunku wczesnej kompleksowej rehabilitacji dzieci i młodzieży niepełnosprawnej wpisują się w zadania określone w Narodowym Programie Zdrowia na lata 2007-2015, a także w Narodowym Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2011-2015. Niestety, programy zdrowotne skierowane dla osób niepełnosprawnych nie są programami o dobrze zdefiniowanym,

konkretnym problemie zdrowotnym i ściśle określonej populacji. Z tego powodu ocena metodami HTA jest utrudniona i ograniczona w swojej analizie. Przedstawiony przez autorów projekt jest częścią programów zdrowotnych realizowanych przez gminę miejską Legionowo w ramach Miejskiego Programu Promocji Zdrowia w 2014 r. i dotychczas otrzymał negatywną opinię.

Wnioski z oceny programu gminy miejskiej Legionowo

Przedstawiony program zdrowotny ma objąć swoim zakresem od 80-100 dzieci, zamieszkujących gminę miejską Legionowo. Charakterystyka tej populacji, a więc czy będą to wyłącznie dzieci z grupy ryzyka okołoporodowego czy też nie, jak również ograniczenie populacji (rocznie w gminie rodzi się ok. 600 dzieci) nie zostały przez autorów programu dokładnie określone i uargumentowane. Do uczestnictwa w programie zostaną zaproszone w pierwszej kolejności dzieci z rodzin posiadających Kartę Dużej Rodziny, a sam program stanowi uzupełnienie oferty Narodowego Funduszu Zdrowia i jest przeznaczony dla osób dotychczas niekorzystających ze świadczeń. Takie założenia programu, a więc liczebność i charakterystyka populacji, a także kryterium włączenia dzieci do uczestnictwa w programie, mogą nie zapewnić równego dostępu do oferowanych świadczeń.

W bieżącym projekcie, autorzy planują przeprowadzenie dwóch interwencji – wczesne wykrycie nieprawidłowości psychoruchowych oraz, jeśli wymagane, wczesne rozpoczęcie odpowiednio zaplanowanych ćwiczeń rehabilitacyjnych. Wczesne rozpoznanie wad rozwojowych w wyniku prowadzonej obserwacji i badań przesiewowych może doprowadzić do odpowiednio wczesnej oceny, diagnozy i włączenia leczenia, w tym interwencji rozwojowej. Niemniej jednak, istnieje potencjalne ryzyko związane z badaniem przesiewowym w kierunku zaburzeń rozwoju, związane z fałszywie dodatnim lub ujemnym wynikiem testu. Autorzy projektu nie wyjaśniają, w jakim przypadku dziecko badane będzie przez lekarza neurologa, a w jakim przez lekarza ortopedę. Warto zauważyć, że badania podmiotowe oraz przedmiotowe, z uwzględnieniem m.in. rozwoju fizycznego, oceny stanu neurologicznego oraz badania w kierunku dysplazji stawów biodrowych, są świadczeniami gwarantowanymi z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej do 12 m.ż., określonymi w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 22.10.2010 r.

Autorzy planują również przeprowadzić 5-krotne zajęcia rehabilitacyjne oraz opracować indywidualny zestaw ćwiczeń dla każdego dziecka. Obecnie zaleca się, aby dzieci ze stwierdzonymi zaburzeniami rozwojowymi zostały jak najszybciej skierowane na wczesne interwencje rozwojowe. Wczesne wspomaganie rozwoju dziecka umożliwi osiągnięcie określonych dojrzałości fizycznych, poznawczych i emocjonalnych. Należy jednak pamiętać, że rehabilitacja dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego dostępna jest również w ramach świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej.

Realizator programu zostanie wybrany w drodze otwartego konkursu ofert, co gwarantuje realizację zadań z zasadami uczciwej konkurencji, w sposób efektywny i oszczędny. Autorzy programu planują przeprowadzić kampanię informacyjno-edukacyjną, co z kolei stanowi jeden z wyznaczników właściwego poziomu dostępności świadczeń zdrowotnych przewidzianych w programie. Realizacja programu ma być na bieżąco monitorowana przez wskazany przez autorów wydział Urzędu Miasta Legionowo, a wyniki zostaną uwzględnione w planowaniu przyszłych projektów zdrowotnych. Wzory materiałów potrzebnych do przeprowadzenia ww. zadań nie zostały jednak w projekcie przedstawione.

Autorzy oszacowali budżet, który ma zostać przeznaczony na realizację projektu, lecz nie podali, jaka część kosztów zostanie przeznaczona na przeprowadzenie kampanii informacyjno-edukacyjnej, a jaka na przeprowadzenie zaplanowanych interwencji. Zaproponowany przez autorów budżet, może swoim zakresem objąć jedynie ok. 87 dzieci.

Obecnie w Polsce osobom niepełnosprawnym przysługują świadczenia z zakresu rehabilitacji finansowane z budżetu Narodowego Funduszu Zdrowia oraz PFRON.

Odnosząc projekt opiniowanego programu do ogólnych kryteriów dobrze zaprojektowanego programu zdrowotnego

(sformułowanych przez American Public Health Association) można stwierdzić, że:

I. Program odnosi się do istotnego problemu zdrowotnego będącego jednym z priorytetów Narodowego Programu Zdrowia na lata 2007-2015 oraz Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2011-2015.

II. Dostępność działań programu dla beneficjentów została zapewniona poprzez zaplanowanie kampanii promocyjno-informacyjnej, jednak uczestnictwo w programie zostało ograniczone m. in. do posiadania Karty Dużej Rodziny oraz kolejności zgłoszeń. Dokładna charakterystyka beneficjentów pozostaje nieznana.

III. Skuteczność działań jest potwierdzona przez rekomendacje ekspertów klinicznych. Choć nie istnieje wystarczająca ilość dowodów naukowych potwierdzających skuteczność kliniczną konkretnych interwencji w zakresie wczesnej diagnostyki i rehabilitacji niemowląt, to powszechnie zaleca się je u grup dzieci z podwyższonego ryzyka okołoporodowego.

IV. W projekcie programu podjęto próbę oszacowania kosztów realizacji programu. Koszty całkowite wynoszą 13 000 zł. Koszt jednostkowy wynoszą 150 zł. Nie podano informacji dot. kosztów kampanii informacyjnej oraz obsługi programu.

V. W projekcie programu uwzględniono przeprowadzenie badań ankietowych i wizytacji. Wzory tych materiałów, a także elementy podlegające ocenie bieżącej i końcowej, nie zostały przedstawione.

Biorąc pod uwagę powyższe argumenty, 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 „Rehabilitacja niemowląt – wczesna diagnostyka i ćwiczenia rehabilitacyjne dla dzieci zagrożonych niepełnosprawnością do 1 r.ż.” realizowany przez Urząd Miasta Legionowo, AOTM-OT-441-193/2013, Warszawa, styczeń 2014 i aneksu: „Programy z zakresu kompleksowej terapii i rehabilitacji niepełnosprawnych dzieci i młodzieży – wspólne podstawy oceny”, Aneks do raportów szczegółowych, Warszawa, sierpień 2012.

Inne wykorzystane źródła danych, oprócz wskazanych w ww. raporcie:

1. Nie dotyczy