



Opinia

Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych

nr 60/2014 z dnia 22 kwietnia 2014 r.

o projekcie programu „Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie rehabilitacji dzieci i młodzieży niepełnosprawnej z terenu gminy Bieruń w warunkach domowych”

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości wydaję pozytywną- warunkową opinię na temat projektu programu zdrowotnego „Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie rehabilitacji dzieci i młodzieży niepełnosprawnej z terenu gminy Bieruń w warunkach domowych”, pod warunkiem uporządkowania zapisów programów zgodnie ze wskazaniami ww. opinii.

Uzasadnienie

Podstawową przesłanką pozytywnej opinii jest fakt zaplanowania w ramach Programu zadań podobnych do działań podejmowanych już przez gminę w latach poprzednich. Realizatorzy Programu nabyli zatem w tym zakresie odpowiednie doświadczenie. Warto je wykorzystać w kolejnych latach. Program zawiera elementy zalecane dla tego typu opracowań przez AOTM. Zwraca uwagę bardzo szerokie i kompetentne omówienie problemu zdrowotnego, a także postępowania konkursowego mającego na celu wyłonienie realizatora Programu oraz wymogów dla przygotowania ofert. Zestawiono również tabelarycznie zakres świadczeń możliwych do wykorzystania w ramach Programu, z uwzględnieniem kodów ICD-9. Należy jednak zauważyć, że część tych świadczeń nie może być przeprowadzona w warunkach domowych, m. in. ze względów technicznych warunkujących bezpieczeństwo pacjenta. Ta część świadczeń stoi w sprzeczności z tytułem Programu dotyczącym rehabilitacji w warunkach domowych.

Budżet Programu określono na 260 000 PLN w perspektywie dwuletniej, a zatem w wysokości 130 000 PLN każdego roku, co w przeliczeniu na przewidywaną liczbę pacjentów objętych Programem stanowi 2600 PLN rocznie na każdego pacjenta. Nie przedstawiono natomiast żadnej szczegółowej kalkulacji kosztów w rozbiciu na ewentualne koszty procedur medycznych, koszty osobowe, koszty pośrednie lub koszty ewentualnej akcji informacyjnej. Nie przedstawiono także jednoznacznie sposobu oceny skuteczności klinicznej podejmowanych interwencji. Załączono natomiast szczegółowe sprawozdanie dotyczące charakterystyki grupy pacjentów objętych Programem w latach poprzednich. Zwraca uwagę ogromna różnorodność wskazań klinicznych do rehabilitacji chorych włączonych do Programu.

W sprawozdaniach konieczne jest również przeprowadzenie analizy świadczeń rehabilitacyjnych refundowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) z uwzględnieniem ich asortymentu, charakterystyki oraz liczebności grup pacjentów, częstości korzystania przez nich z poszczególnych świadczeń itp., z odniesieniem tych danych do zadań zaplanowanych w ramach Programu. Daje to wówczas lepszy pogląd, na czym ma polegać kompleksowość świadczeń w ramach Programu w połączeniu ze świadczeniami medycznymi finansowanymi przez NFZ lub działaniami finansowanymi przez PFRON. Uwagi te powinny być uwzględnione przy kolejnych edycjach Programu, jeśli będzie on kontynuowany.



Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu zdrowotnego Gminy Bieruń, mający na celu umożliwienie dzieciom niepełnosprawnym pełnego uczestnictwa w życiu społecznym oraz tworzenia warunków do niezależnego, samodzielnego i aktywnego życia oraz do korzystania na zasadzie równości z ustawowych praw obywatelskich. Program ten ma również pomóc dzieciom niepełnosprawnym w skutecznym i efektywnym korzystaniu z wszelkiego rodzaju usług świadczonych na terenie gminy Bieruń. Adresatami programu są dzieci i młodzież niepełnosprawna (od I-go miesiąca życia do 26 lat), którzy posiadają orzeczenie o niepełnosprawności. Program ma być realizowany w latach 2014–2015. Program w całości finansowany jest przez Samorząd, całkowity koszt wynosi 260 000zł (130 000 zł rocznie).

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, a nawet malutkich dzieci wskutek wad wrodzonych, chorób przewlekłych, wypadków czy urazów. Bez względu na przyczyny niepełnosprawności jest ona poważnym problemem społecznym.

Wyniki opracowanego wspólnie przez WHO oraz Bank Światowy światowego raportu na temat niepełnosprawności, wskazują, że na całym świecie, osoby niepełnosprawne są bardziej podatne na możliwe do uniknięcia wtórne problemy zdrowotne oraz choroby współtowarzyszące, mają niższe osiągnięcia edukacyjne, są mniej aktywne zawodowo, częściej w porównaniu do osób sprawnych doświadczają ubóstwa, nie zawsze są w stanie żyć samodzielnie czy w pełni funkcjonować w życiu społecznym. Wynika to częściowo z napotykanym przez osoby niepełnosprawne barier w dostępie do usług, w tym zdrowia, edukacji, zatrudnienia, transportu i informacji. Trudności te nasilają się w społecznościach mniej uprzywilejowanych.

Istnieje wiele definicji osoby niepełnosprawnej. Zdefiniowana w Ustawie o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, oznacza trwałą lub okresową niezdolność do wypełniania ról społecznych z powodu stałego lub długotrwałego naruszenia sprawności organizmu, w szczególności powodującą niezdolność do pracy. W zależności od stopnia sprawności organizmu wyróżnia się trzy stopnie niepełnosprawności: znaczny, umiarkowany, lekki.

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

Wnioski z oceny problemu zdrowotnego:

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.

Spośród odnalezionych wytycznych klinicznych i rekomendacji finansowania opartych na przeglądach systematycznych, opublikowanych od 2005 roku, 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.

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), masaże i inne interwencje oparte na zmysłach, obciążonych kamizelkami, psychoterapia ekspresyjna nie są zalecane jako rutynowe postępowanie dla dzieci w wieku przedszkolnym z ASD z powodu niewystarczających dowodów.

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

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 zróżnicowanie 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.

Zadania realizowane w zakresie wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka obejmują:

- Ustalenie wielospecjalistycznej diagnozy: lekarskiej, psychologicznej, logopedycznej oraz ocena sfery ruchowej dziecka (ocena stanu narządu ruchu i rozwoju ruchowego).
- Opracowanie i wdrażanie szczegółowego, wielospecjalistycznego i kompleksowego programu postępowania w sferze psychicznej, ruchowej, społecznej i emocjonalnej rozwoju dziecka.
- Śledzenie rozwoju dziecka poprzez ponawianie diagnozy oraz dostosowywanie programów rehabilitacyjnych i terapeutycznych do zmieniających się potrzeb rozwojowych i zdrowotnych dziecka.
- Prowadzenie indywidualnych form terapii oraz edukacji dziecka.
- Opracowanie i realizowanie psychologicznych programów wsparcia rodziny dziecka niepełnosprawnego.
- Opracowanie i realizowanie programów terapeutyczno-edukacyjno-profilaktycznych dla rodzin, m.in. udzielanie rodzicom szczegółowych wskazówek oraz szkolenie w zakresie metod i technik pielęgnacji, opieki, stymulacji rozwoju i usprawniania dziecka w warunkach domowych, a także informacji o systemie usług i zasobach społecznych, które mogą być im przydatne i są dostępne.
- Dostarczanie rodzicom informacji o uprawnieniach i możliwych formach pomocy, niezbędnych adresach itp., pomoc w skontaktowaniu się rodziców z innymi rodzicami będącymi w podobnej sytuacji i z ich organizacjami.

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 zróżnicowanie świadczeń to warunki konieczne aby społeczny model Wczesnej Interwencji oraz Wczesnego Wsparcia Rozwoju Dziecka funkcjonował dobrze.

Wnioski z oceny programu Gminy Bieruń:

Oceniany program odnosi się do bardzo ważnego problemu zdrowotnego jakim jest rehabilitacja niepełnosprawnych dzieci i młodzieży. Projekt programu ma na celu umożliwienie dzieciom niepełnosprawnym pełnego uczestnictwa w życiu społecznym oraz tworzenia warunków do niezależnego, samodzielnego i aktywnego życia oraz do korzystania na zasadzie równości z ustawowych praw obywatelskich. Program ten ma również pomóc dzieciom niepełnosprawnym w skutecznym i efektywnym korzystaniu z wszelkiego rodzaju usług świadczonych na terenie gminy Bieruń.

Projekt programu dotyczy słabo zdefiniowanego i bardzo rozległego problemu zdrowotnego. W gruncie rzeczy autorzy nie określili jasno jednego problemu, tylko całą kategorię problemów zdrowotnych.

Autorzy przedstawili zarówno epidemiologię, jak i sytuację demograficzną gminy Bieruń. Nie różni się ona jednak bardzo od epidemiologii przedstawionej w poprzedniej wersji programu zdrowotnego Gminy Bieruń z tego samego zakresu (realizowany w 2013 roku). Autorzy przekleili z poprzedniej wersji projektu programu niemal wszystkie informacje, które znajdują się w części epidemiologicznej. Nie byłoby w tym nic złego, gdyby zrobiono to z uwagą i rzetelnością – aktualizując dane liczbowe. Wydaje się, że przygotowując projekt i wysyłając go do Agencji Oceny Technologii Medycznych celem zaopiniowania projekt powinien być dopracowany, a nie pełen takich błędów, które nie tylko powodują szum informacyjny dla czytelnika, ale również świadczą o zaangażowaniu (a raczej jego braku) włożonym w przygotowanie projektu.

Projekt programu zawiera bardzo szczegółowy opis sposobu organizacji programu, jednak wydaje się, że przedstawione informacje wprowadzają szum informacyjny. Autorzy położyli nacisk na szczegółowy opis niewłaściwej części programu, wydaje się, że część dotycząca realizacji programu powinna być bardziej rozbudowana i uszczegółowiona.

Autorzy opisali bardzo szczegółowo planowane interwencje, jednak nie doprecyzowano, które z nich będą stosowane i w jakim wymiarze, wobec których grup adresatów programu. O większości z planowanych interwencji można powiedzieć, że są powszechnie stosowane w rehabilitacji dzieci.

W ramach programu planuje się przeprowadzenie m.in.: diagnostyki fizjoterapeutycznej (badanie czynnościowe wraz z oceną, badanie mięśni, ocena potrzeb zaopatrzenia ortopedycznego, badanie zakresu ruchów – kręgosłupa i obwodowych, manualna ocena siły mięśniowej – test Lovetta, ocena równowagi i stabilności ciała, ocena funkcjonalna kręgosłupa i miednicy, pomiar obwodów części ciała, ocena stanu neuro- i psychomotorycznego, test wytrzymałości siłowej, testy wydolnościowe), **kinezyterapii** (ćwiczenia bierne wykonywane manualnie, ćwiczenia bierne redresyjne, ćwiczenia czynno-bierne, ćwiczenia wspomagane, ćwiczenia prowadzone, ćwiczenia samowspomagane, ćwiczenia czynne w odciążeniu oraz w odciążeniu z oporem, ćwiczenia izometryczne, izotoniczne i izokinetyczne, mobilizacja odcinka szyjnego, piersiowego i lędźwiowego kręgosłupa, mobilizacja małych i dużych stawów, ćwiczenia i kinezyterapia oddechowa – oklepywanie, drenaż ułożeniowy, nauka kaszlu i odkrztuszania, ćwiczenia rozluźniające i relaksujące,

ćwiczenia samoobsługi, terapeutyczne gry i zabawy ruchowe, ćwiczenia koordynacji ruchowej), inne zabiegi fizjoterapeutyczne w zakresie układu mięśniowo-szkieletowego (pionizacja bierna i czynna, przygotowanie do chodzenia, nauka czynności lokomocyjnych, ćwiczenia używania protez i aparatów ortopedycznych, nauka chodu o kulach i innym sprzęcie pomocniczym, zabiegi ciepłolecznicze, metody reedukacji nerwowo-mięśniowej, metody neurofizjologiczne – m.in. Metoda Vojty, metoda NDT – Bobath) oraz inne zabiegi fizjoterapeutyczne (masaż, galwanizacja, jonoforeza, tonoliza, prądy, TENS, drenaż limfatyczny miejscowy i ogólny, elektrostymulacja mięśni). Pełny wykaz planowanych interwencji znajduje się w projekcie programu zdrowotnego (załącznik 3).

Sugerowane przez autorów czas trwania i częstotliwość ćwiczeń rehabilitacyjnych dla jednej osoby wynoszą 45 min tygodniowo.

Odnosząc planowane interwencje do rekomendacji, wytycznych i wniosków z dowodów naukowych można stwierdzić, że:

- Usprawnianie wg metody NDT – Bobath jest szczególnie przydatne w leczeniu niemowląt i dzieci. Prawidłowo wykonywane zabiegi pielęgnacyjne, karmienie, noszenie dziecka są odpowiednimi momentami do utrwalania ruchów ćwiczonych przez fizjoterapeutę. Natomiast metoda Vojty pozwala z jednej strony na stymulację rozwoju psychomotorycznego, z drugiej natomiast sprzyja wypracowaniu prawidłowych wzorców ruchowych, a nawet likwidacji patologicznych synergizmów.
- 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. W tym miejscu warto zaznaczyć, że najliczniejszą grupę beneficjentów programu w 2012 roku stanowiły właśnie dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym (zaraz po dzieciach z zaburzeniami ruchowymi pochodzenia ośrodkowego). Planowane interwencje wydają się być zatem zasadne i dostosowane do potrzeb adresatów.

Z otrzymanych opinii ekspertów uzyskanych przy ocenie wcześniejszych raportów z tej dziedziny, proponowane w programie działania są zgodne z powszechnie stosowanymi w praktyce strategiami postępowania terapeutycznego, rehabilitacyjnego i zajęciowego.

Projekt programu nie przewiduje przeprowadzenia kampanii informacyjnej, co nie gwarantuje pełnej i sprawnej jego organizacji z uwagi na trudności w dotarciu do społeczności gminy z informacją o założeniach i możliwościach realizacji programu. Na brak kampanii informacyjnej zwracano już uwagę w Opinii Prezesa nr 52/2013 z dnia 18 marca 2013 r. o projekcie programu „Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie rehabilitacji dzieci i młodzieży niepełnosprawnej z terenu gminy Bieruń w warunkach domowych”. Autorzy powinni zatem uwzględnić w niniejszym projekcie programu ten aspekt.

Zgłaszanie dzieci i młodzieży niepełnosprawnych odbywać się będzie poprzez skierowanie objęcia leczeniem wystawionym w szczególności przez lekarza rodzinnego, pediatrę, neurologa i weryfikacja stanu chorego przez Kierownika Zespołu Rehabilitacji Domowej - lekarza rehabilitacji medycznej.

Projekt zakłada monitorowanie i ewaluację programu. W poprzedniej edycji programu autorzy założyli, że: „w przyszłości projekt powinien ewaluować w bardziej interdyscyplinarnym kierunku - dodatkowe wzbogacenie zespołu terapeutycznego o psychologa celem wsparcia rozwoju dzieci i rodzin dotkniętych niepełnosprawnością”. To już kolejna edycja programu, więc może należałoby uwzględnić udział ww. specjalisty w planowanych interwencjach. Tym bardziej, że zgodnie z rekomendacjami (patrz Aneks [1]) zadania realizowane w zakresie wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka powinny obejmować m.in. ustalenie wielospecjalistycznej diagnozy: lekarskiej, psychologicznej,

logopedycznej oraz ocena sfery ruchowej dziecka (ocena stanu narządu ruchu i rozwoju ruchowego).

Autorzy projektu przedstawili koszty jednostkowe (1 min rehabilitacji w warunkach domowych z zapewnieniem wyposażenia domu w niezbędny sprzęt rehabilitacyjny oraz pokrycie kosztów dojazdu terapeuty) oraz planowane koszty całkowite realizacji programu – 260 000 zł (130 000 zł rocznie).

45 min./tygodniowo = $1,4 \times 45 = 63$ zł (koszt tygodniowej rehabilitacji jednej osoby).

50 osób \times 63 zł = 3150 zł (koszt tygodniowej rehabilitacji 50 osób).

3150 zł \times 4 = 12 600 (koszt miesięcznej rehabilitacji 50 osób)

12 600 \times 24 = 302 400 zł (koszt 2 letniej rehabilitacji 50 osób).

Zatem planowane koszty całkowite mogą nie wystarczyć na pokrycie kosztów rehabilitacji. Autorzy programu powinni bardziej szczegółowo przedstawić budżet, ponieważ z informacji, które podali nie można jednoznacznie stwierdzić, że optymalnie wykorzystują środki.

Odnosząc projekt opiniowanego programu do ogólnych kryteriów dobrze zaprojektowanego programu zdrowotnego (sformułowanych przez *American Public Health Association*¹) można stwierdzić, że:

- I. Program odnosi się do słabo zdefiniowanego problemu zdrowotnego jakim jest rehabilitacja niepełnosprawnych dzieci i młodzieży.
- II. W projekcie Programu opisano kryteria dostępu, projekt programu nie przewiduje jednak przeprowadzenia kampanii informacyjnej, co nie gwarantuje pełnej i sprawnej jego organizacji z uwagi na trudności w dotarciu do społeczności gminy z informacją o założeniach i możliwościach realizacji programu.
- III. Skuteczność planowanych działań – w projekcie Programu nie odniesiono się do skuteczności klinicznej planowanych interwencji medycznych.
- IV. Autorzy projektu podjęli próbę oszacowania kosztów - koszty jednostkowe (1 min rehabilitacji w warunkach domowych z zapewnieniem wyposażenia domu w niezbędny sprzęt rehabilitacyjny oraz pokrycie kosztów dojazdu terapeuty), planowane koszty całkowite realizacji programu wynoszą 260 000 zł (130 000 zł rocznie).
- V. Projekt zakłada monitorowanie. Projekt zakłada ocenę zgłaszalności i efektywności programu. Należy jednak rozważyć włączenie do programu ocenę jakości świadczeń oraz monitorowanie efektów zdrowotnych w dłuższym okresie po zakończeniu programu.

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 (Dz. U. 2011 r., Nr 122, poz. 696 z późn. zm.), z uwzględnieniem raportu nr AOTM-OT-441-223/2013 „Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie rehabilitacji dzieci i młodzieży niepełnosprawnej z terenu gminy Bieruń w warunkach domowych” realizowany przez gminę Bieruń, Warszawa, kwiecień 2014 i aneksu: „Programy z zakresu kompleksowej terapii i rehabilitacji niepełnosprawnych dzieci i młodzieży – wspólne podstawy oceny”, Aneks do raportów szczegółowych, Warszawa, grudzień 2013.