



Opinia

**Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych
nr 277/2014 z dnia 15 grudnia 2014 r.**

**o projekcie programu „Rehabilitacja i profilaktyka zdrowotna
w grupie wiekowej 65+ dla mieszkańców Gminy Bodzechów na lata
2015-2019”**

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości pozytywnie opiniuję projekt programu „Rehabilitacja i profilaktyka zdrowotna w grupie wiekowej 65+ dla mieszkańców Gminy Bodzechów na lata 2015-2019”, pod warunkiem uwzględnienia proponowanych w uzasadnieniu zmian.

Uzasadnienie

Program ma na celu uzupełnienie świadczeń rehabilitacyjnych dostępnych w ramach usług gwarantowanych. Projekt zawiera wiele z wymaganych elementów, ale wymaga uzupełnień i zmian.

1. W projekcie nie wskazano liczebności populacji jaką planuje się włączyć do programu ani liczby osób niepełnosprawnych w gminie wymagających rehabilitacji. Powoduje to brak możliwości wiarygodnego przedstawienia kosztów realizacji programu oraz oszacowania jak dużym personelem i jakimi zasobami sprzętowymi powinien dysponować realizator programu.
2. W opisie podano dwie różniące się liczby zabiegów, jakim mają być poddani uczestnicy programu (40 albo 50 zabiegów). Ma to istotny wpływ na obliczenia kosztów. Chociaż w projekcie uwzględniono budżet – koszt jednostkowy i całkowity – to przedstawione wyliczenia budzą poważne wątpliwości.
3. Rehabilitacja powinna być prowadzona przez zespół różnych specjalistów. W niniejszym projekcie uwzględniono udział fizjoterapeutów, a nie przewidziano uczestnictwa lekarza, który prowadziłby pacjentów.
4. W projekcie nie określono sposobu wyboru realizatora, ani dokładnego opisu wymaganych od niego kompetencji.
5. Warto byłoby przewidzieć transport pacjentów na zajęcia. Zwiększyłyby to dostępność unieruchomionych chorych do programu.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu zdrowotnego Gminy Bodzechów z zakresu rehabilitacji osób niepełnosprawnych. Celem programu jest poprawa stanu zdrowia oraz zwiększenie komfortu życia osób starszych z dysfunkcją narządu ruchu poprzez włączenie ich



do programu rehabilitacji oraz zachęcenie do aktywności fizycznej. Autorzy programu określili, że grupą docelową mają być mieszkańcy gminy w wieku 65+, który uzyskali skierowanie od lekarza POZ lub innego specjalisty. Program prowadzony będzie w latach 2015-2019, a na jego realizację przeznaczono łączną kwotę 125 000 zł.

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. Pojęcie niepełnosprawności często jest używane wymiennie z inwalidztwem, choć zakresy obu pojęć nie w pełni pokrywają się, a niepełnosprawność jest pojęciem szerszym, obejmującym także aspekty aktywności życiowej. 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.

Niepełnosprawność jest problemem ogólnoświatowym, stanowiącym cel szczególnie promowanych działań World Health Organization (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. Zgodnie z danymi Głównego Urzędu Statystycznego, uszkodzenia i choroby narządu ruchu są główną przyczyną niepełnosprawności zarówno wśród kobiet (odpowiadają za 59% niepełnosprawności), jak i mężczyzn (51%). W zależności od przyjętego kryterium niepełnosprawności biologicznej (a ściślej poziomu ograniczeń) populacja osób niepełnosprawnych w Polsce może liczyć od 5,3 mln osób do 9 mln osób.

Alternatywne świadczenia:

Aktualnie, 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 jednym z poważniejszych zjawisk i problemów współczesnej cywilizacji. Znaczenie tego problemu wynika z rozmiarów i powszechności jego występowania w populacji, a także z konsekwencji jakie wywołuje w sensie indywidualnym i społecznym.

Niepełnosprawność jest problemem ogólnoświatowym, 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.

Postępujące starzenie się społeczeństwa, brak nawyków prozdrowotnych, stresujący tryb życia, degradacja środowiska naturalnego, nasilanie się częstotliwości różnego rodzaju wypadków, wreszcie postęp medycyny ratującej życie, ale nie zawsze umiejącej zapobiec skutkom chorób czy wypadków jest przyczyną stałego wzrostu liczby osób niepełnosprawnych w społeczeństwie.

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.

Na podstawie analizy sytuacji osób niepełnosprawnych na świecie w Światowym Raporcie sformułowano konkretne zalecenia dla polityki i praktyki, które, jeśli wprowadzone w życie, mogą doprowadzić do realnej poprawy warunków życia osób niepełnosprawnych. Główne zalecenia obejmują umożliwienie dostępu do głównych polityk, systemów świadczeń, inwestowanie w specjalne programy oraz świadczenia dla osób niepełnosprawnych; przyjęcie narodowej strategii oraz planu działań na rzecz osób niepełnosprawnych; zwiększenie aktywnego angażowania osób niepełnosprawnych w formułowaniu i implementacji polityk, przepisów prawa oraz świadczeń, poprawę rozwoju zasobów ludzkich, zapewnienie odpowiedniego finansowania i poprawę przystępności finansowej; zwiększenie świadomości społecznej i rozumienia niepełnosprawności, poprawę zbierania danych o niepełnosprawności, wzmocnić oraz weprzeć badania w zakresie niepełnosprawności.

Światowy Raport podkreśla, konieczność wspierania ludzi w aktywnym życiu i uczestnictwie w społeczeństwie i zaleca udzielania świadczeń na poziomie społeczeństwa. Ważnym narzędziem promowanym przez WHO jest również rehabilitacja na poziomie społeczeństwa (*Community - based rehabilitation - CBR*), która jest przybierającą na znaczeniu polityką integracji osób z niepełnosprawnościami, umożliwiającą im uczestnictwo w rozwoju i korzystania z niego. W ramach realizacji Planu Działań WHO na Rzecz Niepełnosprawności i Rehabilitacji na lata 2006-2011, w 2010 r. opublikowano wytyczne rehabilitacji na poziomie społeczeństwa (*Community Based Rehabilitation Guidelines*), których celem było m.in. udzielenia praktycznych wskazówek i podkreślenie roli rehabilitacji na poziomie społeczeństwa jako narzędzia, które kraje mogą wykorzystać w celu wdrożenia Konwencji Praw Osób Niepełnosprawnych; Działania podejmowane w programach ukierunkowanych zapobieganie niepełnosprawności oraz kompleksową terapię i rehabilitację niepełnosprawnych oraz zagrożonych niepełnosprawnością osób, jak również na aktywizację i integrację społeczną osób 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. 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.

Działania te wpisują się w światową jak i regionalne strategie działań na rzecz osób niepełnosprawnych skierowanych m.in. na wyrównywanie szans osób niepełnosprawnych, przeciwdziałanie wykluczeniu społecznemu poprzez zwiększenie dostępu do dóbr i usług umożliwiających im pełne uczestnictwo w życiu społecznym, kulturalnym oraz integrację osób niepełnosprawnych ze środowiskiem, realizujących zapisy Konwencji Praw Osób Niepełnosprawnych.

Zasadność prowadzenia przez samorządy programów zdrowotnych obejmujących kompleksową terapię i rehabilitację niepełnosprawnych, wydaje się uzasadnione wobec ograniczonej dostępności świadczeń rehabilitacyjnych finansowanych ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia.

Niezależnie od jednostki chorobowej; wytyczne podkreślają, że skuteczności terapii rehabilitacyjnej decyduje czas jej rozpoczęcia, kompleksowość i wielodyscyplinarność świadczeń, intensywność zajęć terapeutycznych, a także ciągłość.

Zgodnie z zasadą kompleksowości rehabilitacja rekomenduje się prowadzenie rehabilitacji przez zespół terapeutyczny obejmujący specjalistów reprezentujących różne dziedziny medycyny oraz nauk pokrewnych wykorzystywanych w terapii, 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 i 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, gdyż stanowi jeden z jej aspektów. Rehabilitacja medyczna daje szansę nauczenia i zachęcenia pozytywnych zachowań zdrowotnych oraz zwiększenia stosowania się do zalecanej farmakoterapii.

Wytyczne podkreślają, że plan rehabilitacji powinien być dostosowany do potrzeb wynikających ze stanu chorego, zakresu potrzebnej pomocy fizjoterapeutycznej, kompleksowości, wczesności i ciągłości procesu rehabilitacji.

Nawet w obrębie jednej jednostki chorobowej, potrzeby rehabilitacyjne pacjentów różnią się znacznie, dlatego terapia rehabilitacyjna powinna być zindywidualizowana i prowadzona w oparciu o indywidualny plan interwencji, określający cele, typ (y), częstotliwość i intensywność działań, odpowiednich dla szczególnych potrzeb oraz możliwości chorych.

Zgodnie z przyjętymi standardami diagnoza – w tym przypadku odbywająca się przed przystąpieniem do programu - powinna być opracowana przez zespół specjalistów, kompleksowa i powinny wynikać z niej szczegółowe wskazania i przeciwwskazania, ocenę ryzyka powikłań, które należy uwzględnić podczas konstruowania programów pracy z chorym.

Zgodnie ze standardami wczesnej interwencji, wyniki kolejnych wizyt konsultacyjnych i wynikające z nich zalecenia powinny być uwzględniane i wykorzystywane podczas modyfikowania indywidualnego 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 jak również ryzyka każdej z interwencji, jak również o innych dostępnych formach wsparcia. Przekazywanie informacji powinno odbywać się w przystępnej i przyswajalnej formie.

Wszystkie wytyczne są zgodne, że interwencje psychospołeczne, uwzględniające edukację pacjenta powinny stanowić element kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej.

Podkreśla się znaczenie angażowania w proces rehabilitacji oraz objęcie działaniami edukacyjnymi rodziny i opiekunów rehabilitowanego.

Zalecenia są zgodne, że przy ocenie stanu pacjenta należy uwzględniać ocenę w kierunku występowania niepokoju i depresji, a wszystkie osoby przejawiające objawy znacznego niepokoju czy depresji, powinny być skierowane do odpowiednio wykwalifikowanego specjalisty na ocenę i poddani leczeniu zgodnie z obowiązującymi wytycznymi.

Pracownicy medyczni powinni uwzględniać szersze pojęte potrzeby zdrowotne i socjalne, które mogą uwzględniać identyfikację i rozwiązanie kwestii ekonomicznych, prawa socjalnego, mieszkaniowych oraz pomocy społecznej. Lekarze powinni ocenić prawdopodobną skalę tych potrzeb, przy planowaniu w jaki sposób ich świadczenia zaspakajają potrzeby lokalnej społeczności.

Kompleksowa rehabilitacja powinna uwzględniać zalecenia/wskazówki zawodowe, aby pomóc w odpowiednim i realistycznym powrocie do pracy.

Kompleksowa rehabilitacja kardiologiczna powinna uwzględniać prowadzoną w otwarty, szczerzy i delikatny sposób rozmowę o aktywności seksualnej. Zalecenia są zgodne, że przy ocenie stanu pacjenta należy uwzględniać ocenę w kierunku występowania niepokoju i depresji, a wszystkie osoby przejawiające objawy znacznego niepokoju czy depresji, powinny być skierowane do odpowiednio wykwalifikowanego specjalisty na ocenę i poddane leczeniu zgodnie z obowiązującymi wytycznymi.

Wytyczne podkreślają, że pracownicy medyczni powinni uwzględniać szersze pojęte potrzeby zdrowotne i socjalne, które mogą uwzględniać identyfikację i rozwiązanie kwestii ekonomicznych, prawa socjalnego, mieszkaniowych oraz pomocy społecznej. Lekarze powinni ocenić prawdopodobną skalę tych potrzeb, przy planowaniu w jaki sposób ich świadczenia zaspakajają potrzeby lokalnej społeczności. Kompleksowa rehabilitacja powinna uwzględniać zalecenia/wskazówki zawodowe, aby pomóc w odpowiednim i realistycznym powrocie do pracy.

Istotnym ograniczeniem w tworzeniu rekomendacji dotyczących rehabilitacji, wskazanym we wszystkich wytycznych, jest stwierdzenie na podstawie przeprowadzonych przeglądów systematycznych, brak lub niedostatek „odpowiednich metodologicznie” badań.

Jak podkreśla National Centre for the Dissemination and Disability Research (NCDDR), współczesne standardy dowodów i metody stanowią jednak wiele wyzwań dla dziedziny niepełnosprawności i rehabilitacji. Po pierwsze, w przypadku interwencji i programów z zakresu niepełnosprawności i rehabilitacji, standardy dla dowodów oraz metody wykorzystywane w wielu przeglądach systematycznych i metaanalizach identyfikują niewiele badań z Poziomu 1. Wiele przeglądów systematycznych i metaanaliz uwzględnia wyłącznie badania z randomizacją (RCT), uznawane powszechnie za najbardziej rygorystyczne metody oceny skuteczności interwencji. Z tego powodu niektóre niedawno opublikowane przeglądy wykazywały brak lub bardzo niewiele dostępnych dowodów. Chociaż, takie wyniki mogą

odzwierciedlać bardziej niedobór dobrze kontrolowanych badań w dziedzinie niepełnosprawności i rehabilitacji, niż brak skuteczności interwencji, wyniki wskazujące na brak dowodów stanowią poważne i nieustające wyzwanie w dziedzinie niepełnosprawności i rehabilitacji.

Niedostatek badań klinicznych poziomu 1 w dziedzinie niepełnosprawności i rehabilitacji wynika w większości z natury oraz zakresu dziedziny. Zarówno w badaniach jak i praktyce, niepełnosprawność i rehabilitacja jest wyjątkowo szeroką, wielodyscyplinarną dziedziną obejmującą: biologiczne, psychologiczne, społeczne, ekonomiczne, prawne i środowiskowe czynniki związane z niepełnosprawnością.

Charakter niepełnosprawności i rehabilitacji stanowi poważne wyzwania dla rozwoju wiedzy i identyfikacji dowodów, obejmując m.in.: duży zasięg i złożoność; znaczenie upełnomocniania osób niepełnosprawnych (i włączania ich w podejmowanie decyzji o uczestnictwie), małe liczebności próby (głównie ze względu na niejednorodność i wynikającą z tego konieczność indywidualizowania interwencji do potrzeb osoby), trudności lub niemożliwość przeprowadzenia pełnego zaślepienia badania czy kontrolowania względem placebo (wynika to z konieczności stosowania zindywidualizowanej interwencji), trudności z określeniem etycznej i praktycznej grupy kontrolnej, potrzeba stosowania technologii pomocniczych oraz adaptacji środowiska w celu poprawy czynności dnia codziennego lub jakości życia osób niepełnosprawnych, poziom finansowania odpowiednie dla badań pilotażowych, rozwoju interwencji, czy wczesnego etapu badań jednak nie wystarczające dla przeprowadzenia prawdziwie rygorystycznego metodologicznie badania skuteczności; potrzeba rozwiązania kwestii dotyczących obszernych systemów społecznych obejmujący uwzględnienie środowiska społecznego, fizycznego i/lub ekonomicznego.

Wnioski z oceny projektu programu Gminy Bodzechów:

Dotychczas Agencja nie oceniała programów ww. gminy odnośnie projektów programów związanych z rehabilitacją. Na wstępie warto podkreślić, iż 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. Stąd też ocena kliniczna działań zaproponowanych w programie nie może zostać poddana pełnej analizie. Niemniej jednak, zasadność prowadzenia przez samorządy programów zdrowotnych obejmujących kompleksową terapię i rehabilitację niepełnosprawnych, wydaje się uzasadniona wobec ograniczonej dostępności świadczeń rehabilitacyjnych finansowanych ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia.

Celem głównym programu jest poprawa stanu zdrowia mieszkańców Gminy Bodzechów poprzez przeprowadzenie odpowiednich działań z zakresu rehabilitacji.

W przypadku celów szczegółowych wydaje się za zasadne doprecyzowanie celów związanych z chociażby usunięciem procesów chorobowych czy też jakim chorobom według autorów projektu ma zapobiegać proponowany program zdrowotny. Po doszczegółowieniu celów będzie można ocenić stopień możliwości ich wykonania w danym programie.

Dot. problemu zdrowotnego:

Dane przedstawione przez autorów projektu programu zostały uzupełnione przez analityka AOTM. Niepełnosprawność jest jednym z poważniejszych zjawisk i problemów współczesnej cywilizacji. Znaczenie tego problemu wynika z rozmiarów i powszechności jego występowania w populacji, a także z konsekwencji jakie wywołuje w sensie indywidualnym i społecznym. 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. Warto jednak podkreślić, iż 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. Stąd też ocena kliniczna działań zaproponowanych w programie nie może zostać poddana pełnej analizie. Niemniej jednak, zasadność prowadzenia przez samorzady programów zdrowotnych obejmujących kompleksową terapię i rehabilitację niepełnosprawnych, wydaje się uzasadniona wobec ograniczonej dostępności świadczeń rehabilitacyjnych finansowanych ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia.

Celem głównym programu jest poprawa stanu zdrowia mieszkańców Gminy Bodzechów oraz zwiększenie komfortu życia osób 65+ z dysfunkcją narządu ruchu poprzez włączenie ich do programu rehabilitacji oraz zachęcenie do aktywności fizycznej.

W przypadku celów szczegółowych wydaje się za zasadne doprecyzowanie celów związanych z chociażby usunięciem procesów chorobowych czy też jakim chorobom według autorów projektu ma zapobiegać proponowany program zdrowotny. Po doszczegółowieniu celów będzie można ocenić stopień możliwości ich wykonania w danym programie.

Dot. populacji:

Autorzy projektu programu przedstawili liczbę mieszkańców gminy Bodzechów (ok. 14 000 mieszkańców w tym 2 159 osób w wieku powyżej 65 r.ż.) . Zostały również zawarte w projekcie dane dotyczące poszczególnych jednostek chorobowych, które obejmie program rehabilitacji. Nie określono za jaki okres są to dane. Dodatkowo nie wskazano liczebności populacji jaką planuje się włączyć do programu, co w konsekwencji powoduje brak możliwości rzetelnego przedstawienia kosztów całkowitych programu.

Zgodnie z danymi Głównego Urzędu Statystycznego, uszkodzenia i choroby narządu ruchu są główną przyczyną niepełnosprawności zarówno wśród kobiet (odpowiadają za 59% niepełnosprawności), jak i mężczyzn (51%). W zależności od przyjętego kryterium niepełnosprawności biologicznej (a ściślej poziomu ograniczeń) populacja osób niepełnosprawnych w Polsce może liczyć od 5,3 mln osób do 9 mln osób.

Autorzy programu podali, że gminę obecnie zamieszkuje ok. 14 000 osób (nie wskazano okresu za jaki pochodzą szacunki). Na podstawie danych GUS2, Gminę Bodzechów w 2013 r.

zamieszkiwało 13 690 osób. Natomiast liczba osób powyżej 65 r.ż, wyniosła według danych GUS 2 266 osób, natomiast według autorów programu liczba osób w tej grupie wiekowej wynosi 2 159 . Dane dotyczące liczby osób niepełnosprawnych w gminie, wymagające rehabilitacji, pozostają nieznanne.

Dot. interwencji:

Planowane działania obejmują: zarejestrowanie się pacjenta ze stosownym skierowaniem, wykonywanie zabiegów rehabilitacyjnych wg zaleceń i wskazań lekarskich, wypełnienie ankiety ewaluacyjnej przez pacjenta po zakończeniu cyklu rehabilitacyjnego, końcową ocenę i opis stanu funkcjonalnego pacjenta po zakończeniu cyklu rehabilitacyjnego dokonana przez personel i dołączona do dokumentacji pacjenta.

Program wykorzystuje interwencje o udowodnionej skuteczności i zalecane w wytycznych. Wszystkie wymienione w projekcie programu interwencje znajdują się w wykazie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r.), w tym: fizjoterapia (elektroterapia, magnetoterapia, światłolecznictwo, laseroterapia, ultrasonoterapia, termoterapia) i kinezyterapia. W projekcie programu podano w pkt 3.1., że każdy z pacjentów otrzyma średnio 40 zabiegów rehabilitacyjnych, natomiast w punkcie 4.4 wspomina się o 50 zabiegach rehabilitacyjnych. Są to duże rozbieżności, które w sposób istotny wpływają na koszt całkowity programu.

Warto podkreślić, iż prawidłowo zaplanowana rehabilitacja powinna być kompleksowa i prowadzona przez wielodyscyplinarny zespół zapewniający: opiekę pielęgniarską, medyczną, fizjoterapeutyczną, terapię zajęciową, opiekę logopedyczną oraz wsparcie pracowników opieki socjalnej. W programie założono udział jedynie fizjoterapeutów. W projekcie powinien zostać uwzględniony etat dla lekarza, który prowadziłby pacjentów podczas sesji zabiegowych.

Do rehabilitacji pacjenci będą kierowani na podstawie skierowań wydanych przez lekarzy POZ bądź innych lekarzy specjalistów. Należałoby w tym punkcie doprecyzować o jakich specjalnościach jest mowa. W sposób bardzo pobieżny zostały przedstawione kompetencje jakie powinien spełniać realizator programu. Istnieje potrzeba zdecydowanie szerszego opisanego jego kompetencji zarówno w kwestii sprzętu jak i personelu medycznego.

Dodatkowo autorzy projektu programu nie określili w jaki sposób zostanie wybrany realizator programu. Zgodnie z art. 48 ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. 2008 Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.).

Autorzy programu zaplanowali przeprowadzenie kampanii informacyjnej o realizowanym programie. Przeprowadzenie akcji informacyjno-edukacyjnej stanowi jeden z wyznaczników właściwego poziomu dostępności świadczeń zdrowotnych przewidzianych w programie.

Dot. monitoringu i ewaluacji:

Autorzy programu przewidzieli ocenę zgłaszalności do programu, ocenę jakości świadczeń w programie oraz efektywności prowadzonych działań. Działania te zostaną przeprowadzone przez realizatora programu, a następnie przedłożone Wójtowi Gminy Bodzechów na podstawie raportów ewaluacyjnych oraz ankiet zebranych od pacjentów. Autorzy projektu programu nie wymienili wskaźników odpowiedzialnych za monitorowanie efektywności programu. Należałoby zawrzeć w projekcie programu fakt, że dane zebrane na podstawie

ankiet, czy też raportów, będą zestawione z danymi uzyskanymi przed wprowadzeniem programu.

Zaleca się, aby monitorowaniu podlegała również liczba osób, która nie przystąpiła do działań oferowanych w programie w celu oceny pełnej efektywności programu.

Do projektu programu załączona została ankieta ewaluacyjna dla pacjenta objętego programem, jak również formularz wywiadu lekarskiego przeprowadzanego na potrzeby programu zdrowotnego. Treści zawarte w załączonych dokumentach nie budzą zastrzeżeń analityka AOTM.

Dot. kosztów:

Planowany koszt całkowity realizacji programu to 125 000 zł w latach 2015- 2019. Autorzy określili ceny jednostkowe poszczególnych zabiegów rehabilitacyjnych planowanych do przeprowadzenia w ramach programu. W projekcie programu zawarto planowany budżet całkowity, jak i koszty jednostkowe oraz określono średnia ilość zabiegów przypadających na jednego pacjenta.

W projekcie programu przedstawiono, że 15% populacji osób powyżej 65 roku życia (2 159 osób) może skorzystać z proponowanych interwencji. Jest to szacunkowa liczba około 323 osób rocznie (15% populacji docelowej). Przy założeniu rocznego kosztu całkowitego wynoszącego 25 000 zł oraz szacunkowej średniej liczbie zabiegów, wynoszącej 40 zabiegów (w pkt 4.3 projektu programu wymienia się również liczbę 50 zabiegów), średni koszt na pacjenta wyniesie ok. 77 zł.

Z wyliczeń autorów projektu programu wynika, przy założeniu najtańszego zabiegu (5 zł) oraz liczbie 40 zabiegów przypadających na pacjenta, kwota wyniosłaby 200 zł, natomiast górna granica (biorąc pod uwagę najdroższe świadczenie w kwocie 50 zł) mogłaby oscylować wokół kwoty 2 000 zł.

Są to dość duże rozbieżności między szacunkami autorów projektu a scenariuszami przedstawionymi przez analityka AOTM, które należy wyjaśnić oraz skorygować do prawidłowych wartości.

Warto również byłoby rozważyć kwestie ewentualnego transportu pacjentów unieruchomionych na zajęcia rehabilitacyjne, biorąc pod uwagę wiek pacjentów istnieje duże prawdopodobieństwo, że takich pacjentów może być dość sporo. Zapewne przyczyniłoby się to do poprawy dostępności do programu.

Obecnie, 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.

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 ważnego problemu zdrowotnego opierającego się na poprawie jakości życia i zdrowia osób niepełnosprawnych poprzez prowadzenie skutecznej rehabilitacji.
- II. Dostępność działań programu dla beneficjentów została zapewniona, w projekcie programu zaplanowano przeprowadzenie kampanii informacyjnej.
- III. Program wykorzystuje interwencje o udowodnionej skuteczności i zalecane w wytycznych. Wszystkie wymienione w projekcie programu interwencje znajdują się w wykazie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej.
- IV. W projekcie programu podjęto próbę oszacowania kosztów realizacji programu. Planowany koszt całkowity realizacji programu to 125 000 zł. Są to dość duże rozbieżności między szacunkami autorów projektu, a scenariuszami przedstawionymi przez analityka AOTM, wynikające z różnic w koszcie przypadającym na pacjenta oraz brakiem ujednoczenia średniej liczby świadczeń dla pacjenta.
- V. W projekcie programu zaplanowano przeprowadzenie monitorowania oraz ewaluacji. Odniesiono się do oceny zgłaszalności, jakości oraz efektywności świadczeń oferowanych w programie. Wzór ankiety ewaluacyjnej dotyczącej jakości został dołączony do projektu programu.

Biorąc pod uwagę powyższe argumenty, opiniuję, 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-441-211/2014 „Rehabilitacja i profilaktyka zdrowotna w grupie wiekowej 65+ dla mieszkańców Gminy Bodzechów na lata 2015-2019” realizowany przez: Gminę Bodzechów, Warszawa, grudzień 2014 oraz Aneksu do raportów szczegółowych „Programy z zakresu rehabilitacji niepełnosprawnych i zagrożonych niepełnosprawnością dorosłych – wspólne podstawy oceny”, Warszawa, sierpień 2011.