



Opinia
Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych
nr 11/2014 z dnia 7 stycznia 2014 r.
o projekcie programu „Program zdrowotny gminy Mszana
na lata 2013-2016 – Kompleksowa rehabilitacja i terapia dzieci
niepełnosprawnych z terenu gminy Mszana”

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości wydaję negatywną opinię o projekcie programu „Program zdrowotny gminy Mszana na lata 2013-2016 – Kompleksowa rehabilitacja i terapia dzieci niepełnosprawnych z terenu gminy Mszana”.

Uzasadnienie

W programie określono cel główny i cele szczegółowe. Określono mierniki efektywności. Autorzy programu nie podali natomiast szacunkowej liczby dzieci uprawnionych do udziału w programie. Określono koszty realizacji programu, w każdym roku po 10 000 zł. Całkowity koszty realizacji programu 40 000 zł. Brak jest jednak szczegółowego kosztorysu programu i kosztów jednostkowych.

Działania programu są ściśle powiązane ze świadczeniami zdrowotnymi finansowanymi ze środków publicznych ze względu na limitowaną liczbę świadczeń standardowych, gwarantowanych z zakresu rehabilitacji. Ciągłość, systematyczności i kompleksowość stanowi niezbędny warunek uzyskania oczekiwanych efektów rehabilitacji i terapii. Osiągnięcie tego jest możliwe dzięki realizacji zadań ujętych w programie. Sposób powiązania polega na rozszerzeniu i wzbogaceniu oferty terapeutycznej ponad limity ilościowe i rodzajowe. 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. Jednak należy podkreślić, że wielość interwencji proponowanych przez autorów projektu programu wprowadza chaos i szum informacyjny. Nie wiadomo, które interwencje, w jakiej częstotliwości i do kogo będą adresowane. Między innymi zgodnie z poprzednimi opiniami nie znaleziono żadnych wiarygodnych dowodów świadczących o skuteczności klinicznej i efektywności kosztowej wykorzystywania zwierząt w celach terapeutycznych (między innymi dogoterapii), nie zaleca się stosowania tej metody w leczeniu zaburzeń układu nerwowego i zaburzeń psychicznych.

Nie wiadomo również dla kogo i na jakich zasadach autorzy przewidują przeprowadzanie hydroterapii. 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.

Przedmiot wniosku

Przedmiotem opinii jest program zdrowotny gminy Mszana z zakresu rehabilitacji dzieci i młodzieży niepełnosprawnych. Celem głównym programu zdrowotnego jest zapewnienie



jego adresatom możliwości kontynuowania procesu rehabilitacji po wykorzystaniu gwarantowanych świadczeń zdrowotnych i korzystania z ponadstandardowych form wieloprofilowego leczenia, rehabilitacji i usprawniania. Program jest skierowany do dzieci z zaburzeniami rozwoju w zakresie ośrodkowego układu nerwowego i układu ruchu, w głównej mierze korzystających z gwarantowanych świadczeń zdrowotnych. Program ma być realizowany w latach 2013-2016. Autorzy programu planują przeznaczyć na realizację programu w każdym roku po 10 000 zł. Całkowite koszty realizacji programu wyniosą 40 000 zł. Brak szczegółowego kosztorysu programu.

Problem zdrowotny

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.

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 Narodowym Funduszem Zdrowia (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 skuteczność tej interwencji jako metody wspomagającej proces rehabilitacji i terapii osób ze wspomnianymi.

Istnieją dobrej jakości dowody, że systemy AAC (Augmentative 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 komunikacyjny 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 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.

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 Mszana

Celem głównym przedmiotowego programu jest zapewnienie jego adresatom możliwości kontynuowania procesu rehabilitacji po wykorzystaniu gwarantowanych świadczeń zdrowotnych i korzystania z ponadstandardowych form wieloprofilowego leczenia, rehabilitacji i usprawniania.

Adresatami programu są dzieci z zaburzeniami rozwoju w zakresie ośrodkowego układu nerwowego i układu ruchu w głównej mierze korzystające z gwarantowanych świadczeń zdrowotnych. Program skierowany jest w szczególności do dzieci w wieku między 0 a 7 lat z zaburzeniami rozwojowymi i okołoporodowymi oraz spowodowanymi ciążą wysokiego ryzyka, w wieku od 3 do 18 lat z dysfunkcjami ośrodkowego układu nerwowego i głęboką

sprężoną niepełnosprawnością oraz do dzieci w wieku od 7 do 18 lat z dysfunkcją narządu ruchu. Dzieci zamieszkałe i zameldowane na terenie Gminy Mszana w przedziale wiekowym od 0 do 18 lat z deficytami rozwojowymi. Autorzy programu nie podali szacunkowej liczby dzieci uprawnionych do udziału w programie.

Warunkiem uprawniającym do udziału w programie jest posiadanie skierowania od lekarza ubezpieczenia zdrowotnego na rehabilitację. Kwalifikacji do udziału w programie dokonuje lekarz rehabilitacji medycznej. Program realizowany będzie w formie:

- wczesnej interwencji (1 raz w tygodniu dla jednego dziecka, czas trwania cyklu dla 1 dziecka wynosi 5 miesięcy),
- ośrodka dziennego (codziennie dla każdego dziecka, czas trwania cyklu dla 1 dziecka wynosi 5 godzin w ciągu dnia przez pierwsze 120 dni w roku potem 8 godzin przez pozostałe dni trwania programu w roku kalendarzowym),
- grupowych zajęć korekcyjnych (1 raz w tygodniu dla jednego dziecka, czas trwania cyklu dla 1 dziecka wynosi 3 miesiące).

Świadczenia realizowane w ramach programu są finansowane ze środków publicznych. Projekt zakłada uzupełnienie świadczeń rehabilitacyjnych dostępnych w ramach NFZ. 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. Jednak należy podkreślić, że wielość interwencji proponowanych przez autorów projektu programu wprowadza chaos i szum informacyjny. Nie wiadomo, które interwencje, w jakiej częstotliwości i do kogo będą adresowane.

Autorzy kierując program do dzieci i młodzieży powinni zwrócić się z prośbą o uzyskanie zgody rodziców/opiekunów na udział ich dziecka w programie.

Zgodnie z wytycznymi i dowodami z badań naukowych:

- Na podstawie opinii ekspertów uzyskanych przy ocenie programów zdrowotnych z tego zakresu uznano za celowe i zasadne prowadzenie programów dla niepełnosprawnych dzieci i młodzieży finansowanych lub współfinansowanych z budżetu jednostek samorządów terytorialnych,.
- Z otrzymanych opinii ekspertów uzyskanych przy ocenie wcześniejszych raportów z tej dziedziny wynika, że proponowane w programie działania są zgodne z powszechnie stosowanymi w praktyce strategiami postępowania terapeutycznego, rehabilitacyjnego i zajęciowego.
- Brak polskich zaleceń dotyczących rekomendacji interwencji z wykorzystaniem zwierząt – dogoterapia (inaczej: kynoterapia). Standardy dotyczące tego typu interwencji wyznacza Polskie Towarzystwo Kynoterapeutyczne, które obok warunków pracy zespołu kynoterapeutycznego, informacji dotyczące klas psów terapeutycznych oraz certyfikacji tych psów, określa również wymaganą podczas terapii dokumentację, uwzględniającą: dokumenty rehabilitowanego (m.in. skierowanie na kynoterapię z informacją o braku przeciwwskazań do zajęć kynoterapii - pełną diagnozę schorzenia - opis funkcjonalny oraz opcjonalnie, w zależności od potrzeb - zalecenia rehabilitacyjne, zgodę rodziców/opiekunów prawnych w przypadku małoletnich), dokumenty kynoterapeuty (m.in.: dokument potwierdzający kwalifikacje; obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej (OC) czy zalecane ubezpieczenie na wypadek (NW), a także dokumenty psa terapeutycznego (m.in. aktualne zaświadczenie o szczepieniach; aktualne zaświadczenie o odrobaczeniu psa, ważne zaświadczenie o zdaniu egzaminu

psa terapeutycznego). Zgodnie z powyższymi zaleceniami autorzy programu nie spełniają powyższych kryteriów.

- Zgodnie z poprzednimi opiniami nie znaleziono żadnych wiarygodnych dowodów świadczących o skuteczności klinicznej i efektywności kosztowej wykorzystywania zwierząt w celach terapeutycznych (między innymi dogoterapii), nie zaleca się stosowania tej metody w leczeniu zaburzeń układu nerwowego i zaburzeń psychicznych.
- 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), z uwzględnieniem wieku i stanu pacjenta oraz czasu i częstotliwości terapii. Stosowanie interwencji hydroterapeutycznych może być zalecane w przypadku dzieci z porażeniem mózgowym, które wykazują deficyt wytrzymałości lub deficyt energetyczny, u których za cel terapeutyczny wyznaczono poprawę tych parametrów. Brak jest wiarygodnych rekomendacji dotyczących czasu trwania, częstotliwości, intensywności i strategii stosowanych przy interwencji hydroterapeutycznej. Niestety autorzy programu nie ujmują takiej populacji w swoim projekcie. Nie wiadomo również dla kogo i na jakich zasadach autorzy przewidują przeprowadzanie hydroterapii.

Przedstawiony program zwiększa dostępność rehabilitacji, skraca czas oczekiwania na rozpoczęcie rehabilitacji, daje również możliwość wydłużenia rehabilitacji po przebyciu programu rehabilitacji dostępnego w ofercie publicznej.

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.

W zakresie monitorowania i ewaluacji programu założono: ocenę zgłaszalności (na podstawie liczby dzieci uczęszczających na poszczególne formy rehabilitacji), ocenę efektywności programu (na podstawie liczby udzielnych świadczeń wg ich rodzaju oraz arkusza oceny skuteczności rehabilitacji). Nie przedstawiono oceny jakości programu, która powinna zostać oceniona na podstawie ankiety satysfakcji rodziców/opiekunów, lekarzy/rehabilitantów. Autorzy programu planują przeznaczyć na realizację programu w każdym roku po 10 000 zł. Całkowite koszty realizacji programu wyniosą 40 000 zł. Brak szczegółowego kosztorysu programu.

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 i dobrze zdefiniowanego w literaturze problemu zdrowotnego dotyczącego rehabilitacji niepełnosprawnych dzieci i młodzieży.
- II. 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.
- III. Skuteczność działań: planowane działania obecnie są finansowane ze środków publicznych, a więc można je uznać za skuteczne i bezpieczne.
- IV. Nie przedstawiono szczegółowego kosztorysu programu. Podano jedynie roczne planowane koszty całkowite realizacji programu (10 000 zł). Planowane koszty całkowite realizacji programu wynoszą 40 000 zł.
- V. W zakresie monitorowania i ewaluacji programu założono: ocenę zgłaszalności (na podstawie liczby dzieci uczęszczających na poszczególne formy rehabilitacji), ocenę

efektywności programu (na podstawie liczby udzielnych świadczeń wg ich rodzaju oraz arkusza oceny skuteczności rehabilitacji). Nie przedstawiono oceny jakości programu, która powinna zostać oceniona na podstawie ankiety satysfakcji rodziców/opiekunów, lekarzy/rehabilitantów.

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 „Program zdrowotny gminy Mszana na lata 2013-2016 – Kompleksowa rehabilitacja i terapia dzieci niepełnosprawnych z terenu gminy Mszana” realizowany przez Gminę Mszana, AOTM-OT-441-93/2013, Warszawa, grudzień 2013 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.