



---

**Opinia Prezesa  
Agencji Oceny Technologii Medycznych  
nr 180/2014 z dnia 4 sierpnia 2014 r.  
o projekcie programu „Rehabilitacja lecznicza (fizjoterapia i  
kinezyterapia) mieszkańców Miasta i Gminy Kąty Wrocławskie”**

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości wydaję pozytywną opinię o projekcie programu „Rehabilitacja lecznicza (fizjoterapia i kinezyterapia) mieszkańców Miasta i Gminy Kąty Wrocławskie”.

**Uzasadnienie**

Program odnosi się do ważnego problemu zdrowotnego opierającego się na poprawie jakości życia i zdrowia osób niepełnosprawnych poprzez prowadzenie skutecznej rehabilitacji.

W kontekście dostępności beneficjentów do programu – autorzy powinni obligatoryjnie uzupełnić program o kampanię informacyjną i zapewnić środki finansowe na jej przeprowadzenie. Poza tym, program wykorzystuje interwencje o udowodnionej skuteczności i zalecane w wytycznych. Autorzy projektu przedstawili ponadto planowany budżet całkowity oraz koszty jednostkowe.

W projekcie zaplanowano przeprowadzenie monitorowania oraz ewaluacji. Autorzy odnieśli się do oceny zgłaszalności, jakości oraz efektywności świadczeń oferowanych w programie – przedstawiając wzory materiałów potrzebnych do wykonania tego zadania.

**Przedmiot opinii**

Przedmiotem opinii jest program zdrowotny miasta i gminy Kąty Wrocławskie z zakresu rehabilitacji osób niepełno-sprawnych. Program został zaadresowany do 15% mieszkańców gminy. Program prowadzony będzie w okresie od 2015 do 2018 r., a na jego realizację przeznaczono łączną kwotę 1 020 000 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 ogólnoswiatowym, 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 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.

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 samorzady 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 - 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 szanse nauczania 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 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 szerzej 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 reali-stycznym 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 wszystkie osoby przejawiające objawy znacznego nie-pokoju czy depresji, powinny być skierowane do odpowiednio wykwalifikowanego specjalisty na ocenę i poddani leczeniu zgodnie z obowiązującymi wytycznymi.

Wytyczne podkreślają, że pracownicy medyczni powinni uwzględniać szerzej 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 stwierdzony 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 niepełno-sprawnych, 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 zdrowotnego miasta i gminy Kąty Wrocławskie:**

Powyższy program stanowi kolejną wersję działań zaplanowanych na lata 2012-2015. Wówczas decyzją Prezesa Agencji, program został zaopiniowany negatywnie (opinia nr 183/2012 z dnia 10 września 2012 r.). Cele, kierunki działań w programie nie budziły wówczas zastrzeżeń, jednakże problemem była zbyt mała liczba proponowanych zabiegów, tzn. liczba proponowanych zabiegów była niewystarczająca, aby osiągnąć pozytywne wyniki leczenia. Ponadto realizator programu powinien nie zapewnić w programie udziału specjalisty fizjoterapii lub rehabilitacji ruchowej II stopnia. Autorzy programu przedstawili koszty cząstkowe, jednak nie został podany budżet całkowity programu. Autorzy programu nie ustosunkowali się do wszystkich uwag Prezesa dotyczących poprzedniej wersji programu. 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 niepełno-sprawności, 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 miasta i gminy Kąty Wrocławskie poprzez przeprowadzenie określonych zabiegów rehabilitacyjnych. Autorzy programu planują zaprosić do uczestnictwa w programie 15% mieszkańców ww. jst, którzy uzyskają skierowanie od lekarza specjalisty lub podstawowej opieki zdrowotnej na przeprowadzenie zabiegów rehabilitacyjnych (w tym fizjoterapii i kinezyterapii). W projekcie programu zaznaczono, że gminę obecnie zamieszkuje 20 743 osób. Dane te pozostają zgodne z informacjami GUS oraz Urzędu Miasta i Gminy, pozyskanymi przez analityka AOTM. Ponieważ autorzy nie określili liczbowo populacji zaproszonej do uczestnictwa w programie, na podstawie wskaźników podanych w programie szacuje się, że zaproszonych zostanie ok. 3 111 osób. Niemniej jednak dane dotyczące liczby osób niepełnosprawnych w gminie, wymagające rehabilitacji pozostają nieznane.

Planowane działania obejmują: zarejestrowanie się pacjenta ze stosownym skierowaniem; wizyta wraz z przeprowadzeniem wywiadu lekarskiego przez lekarza ZOZ-u realizującej program i wypełnienie formularza wywiadu; ocena i opis stanu funkcjonalnego pacjenta przed rozpoczęciem rehabilitacji; podjęcie decyzji o udziale pacjenta w programie;

zaplanowanie postępowania rehabilitacyjnego, stanowiącego integralną część fizjoterapii; wypełnienie ankiety ewaluacyjnej przez pacjenta przed przystąpieniem do programu; wykonywanie zabiegów rehabilitacyjnych według zaleceń i wskazań lekarskich; wypełnienie ankiety ewaluacyjnej przez pacjenta po zakończeniu cyklu rehabilitacji; końcowa ocena 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 planuje się przeprowadzić u 1 pacjent średnio ok. 35 zabiegów rehabilitacyjnych.

Do rehabilitacji pacjenci będą kierowani na podstawie skierowań wydanych przez lekarzy POZ lub lekarzy specjalistów. Autorzy programu określili kompetencje oraz warunki niezbędne do realizacji programu. Realizator programu zostanie wybrany na podstawie przeprowadzonego konkursu ofert, który gwarantuje wykonanie zadania w sposób efektywny i oszczędny. Należy podkreślić, iż autorzy programu nie zaplanowali przeprowadzenia kampanii informacyjnej o realizowanym programie.

Autorzy programu przewidzieli natomiast ocenę zgłaszalności do programu, ocenę jakości świadczeń w programie oraz efektywności prowadzonych działań. Działania te zostaną przeprowadzone przez realizatora programu na podstawie raportów końcowych oraz ankiet zebranych od pacjentów. Miernikami efektywności będą m.in. liczba pacjentów skierowanych do udziału w programie, wykonanych zabiegów. Ocenie podlegać będzie także liczba pacjentów, u których uzyskano poprawę stanu zdrowia oraz, u których takiej poprawy nie uzyskano.

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

Planowany koszt całkowity realizacji programu to 1 020 000 zł. Choć w projekcie programu zawarto planowany budżet całkowity, jak i koszty jednostkowe, to nie sposób ocenić ich kompletności, gdyż w programie nie został określony wymiar świadczeń przypadający na jednego uczestnika programu, jak również liczba uczestników programu. Wiadomym jest, że u 1 pacjenta planuje się przeprowadzić ok. 35 zabiegów rehabilitacyjnych, lecz nie wiadomo jakie konkretnie zabiegi będą realizowane w jakim schorzeniu. Za dobór liczby i rodzaju świadczenia odpowiedzialny będzie lekarz wystawiający skierowanie do rehabilitacji.

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 nie została zapewniona, gdyż w projekcie programu nie zaplanowano przeprowadzenia 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 1 020 000 zł.
- V. W projekcie programu zaplanowano przeprowadzenie monitorowania oraz ewaluacji. Odniesiono się do oceny zgłaszalności, jakości oraz efektywności świadczeń oferowanych w programie. Wzory materiałów potrzebne do wykonania tego zadania zostały dołączone 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, z uwzględnieniem raportu nr: AOTM-OT-441-145/2014 „Rehabilitacja lecznicza (fizjoterapia i kinezyterapia) mieszkańców Miasta i Gminy Kąty Wrocławskie” realizowany przez miasto i gminę Kąty Wrocławskie, Warszawa, lipiec 2014 oraz aneksu do raportów szczegółowych pn. „Programy z zakresu rehabilitacji niepełnosprawnych i zagrożonych niepełnosprawnością dorosłych – wspólne podstawy oceny” Warszawa sierpień, 2011 r.

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

Nie dotyczy