



Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 263/2017 z dnia 18 września 2017 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Rehabilitacja
seniorów - mieszkańców Miasta Szczecinek na lata 2017 - 2020”

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości pozytywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Rehabilitacja seniorów - mieszkańców Miasta Szczecinek na lata 2017 - 2020” pod warunkiem uwzględnienia poniższych uwag.

Uzasadnienie

Projekt programu zakłada zwiększenie dostępności do świadczeń rehabilitacyjnych na terenie miasta Szczecinek. Należy mieć jednak na uwadze, że niektóre elementy programu zostały przygotowane nieprecyzyjnie i wymagają korekty.

Cele programowe wymagają przeformułowania zgodnie z zasadą SMART. Mierniki efektywności należy uzupełnić, aby umożliwiły prawidłową ocenę skutków programu.

Populacja docelowa została oszacowana poprawnie. Przyjęty odsetek populacji docelowej, którą zamierza się programem wydaje się być niski i warto rozważyć jego zwiększenie w celu uzyskania istotnych efektów zdrowotnych.

Zaplanowane interwencje stanowią świadczenia dostępne w ramach świadczeń gwarantowanych. Biorąc jednak pod uwagę, że zabiegi z zakresu rehabilitacji leczniczej, finansowane ze środków NFZ są mocno ograniczone ze względu na limity, niskie zawarte kontrakty oraz wydłużające się kolejki oczekujących pacjentów, program może stanowić próbę zaspokojenia potrzeb mieszkańców miasta.

Aczkolwiek należy wskazać, że zgodnie z obowiązującymi zapisami ustawowymi jednostki samorządu terytorialnego, w celu zaspokajania potrzeb wspólnoty samorządowej w zakresie ochrony zdrowia, mogą finansować dla mieszkańców tej wspólnoty świadczenia gwarantowane. Nie wskazuje się jednak, że działania te powinny być finansowane w ramach programu polityki zdrowotnej.

Monitorowanie i ewaluacja należy uzupełnić, w szczególności w zakresie oceny efektywności programu. Warto także doprecyzować kwestię oceny zgłaszalności do programu.

Budżet programu wymaga weryfikacji pod kątem oszacowania kosztów programu w poszczególnych latach jego realizacji. Ponadto w kosztorysie należy uwzględnić koszty działań edukacyjnych i informacyjnych.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej z zakresu geriatry i rehabilitacji. Budżet przeznaczony na realizację programu nie został określony, zaś okres realizacji to lata 2017-2020.

Opinia Prezesa Agencji została przygotowana w oparciu o ocenę technologii medycznej proponowanej w ramach programu polityki zdrowotnej zgodnie z kryteriami zawartymi w art. 31a ust. 1 i art. 48 ust. 4 ustawy o świadczeniach wraz z oceną założeń projektu programu polityki



zdrowotnej, które wspierają efektywność kliniczną i kosztową technologii medycznej planowanej w programie.

Ocena projektu programu polityki zdrowotnej

Znaczenie problemu zdrowotnego

Opiniowany program wpisuje się w następujące priorytety: „zmniejszenie przedwczesnej zachorowalności i ograniczenie negatywnych skutków przewlekłych schorzeń układu kostno-stawowego” oraz „poprawa jakości i skuteczności opieki geriatrycznej nad pacjentem w wieku podeszłym”, należące do priorytetów zdrowotnych wymienionych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dn. 21 sierpnia 2009 r. (Dz.U. 2009, Nr 137, poz. 1126).

Opis problemu zdrowotnego przedstawiono w sposób zwięzły i spójny. Natomiast sytuacja epidemiologiczna została opisana zdawkowo. Powołano się na informacje pozyskane z NFZ Zachodniopomorskiego Oddziału Wojewódzkiego w Szczecinie, według których najwięcej zabiegów rehabilitacyjnych i fizjoterapeutycznych, zrealizowanych na rzecz pacjentów po 65 roku życia (lata 2014-2016) na terenie Miasta Szczecinek była wykonywana z powodu zmian zwyrodnieniowych stawów.

Należy podkreślić, że zarówno proces starzenia się populacji, jak i często niepełnosprawności z niego wynikającej, nie stanowi dobrze zdefiniowanego problemu zdrowotnego. Tym samym prawidłowe określenie epidemiologii jest kwestią problematyczną. Proces starzenia się istotnie wpływa na specyfikę chorobowości wśród osób w wieku geriatrycznym, tj. powyżej 60 r.ż.. Pacjentów we wspomnianej grupie wiekowej charakteryzuje wielochorobowość i wielolekowość, a także brak specyficzności objawów klinicznych występujących problemów zdrowotnych. Zatem zasadnym jest utrzymanie właściwego poziomu sprawności funkcjonalnej (niezależności, samodzielności) w celu zmniejszenia obciążenia systemu opieki zdrowotnej i społecznej wynikających z leczenia niesprawności.

Zgodnie z Mapami Potrzeb Zdrowotnych w zakresie chorób układu kostno-mięśniowego dla woj. zachodniopomorskiego, na którego terenie znajduje się miasto Szczecinek, w 2014 r. odnotowano ok. 2 240 hospitalizacji osób w wieku podeszłym z powodu rozpoznań zakwalifikowanych jako choroby stawów. Współczynnik hospitalizacji wynosił 892 240/100 000 mieszkańców i pod tym względem woj. zachodniopomorskie zajmowało 7 miejsce wśród wszystkich województw w Polsce. Dodatkowo można wskazać, że 110 podmiotów z ww. woj. zrealizowało świadczenia fizjoterapeutyczne w warunkach ambulatoryjnych lub domowych (2 730 podmiotów w Polsce).

Cele i efekty programu

Celem głównym programu jest zwiększenie komfortu życia osób po 65 roku życia z dysfunkcją narządu ruchu poprzez włączenie ich do programu oraz zachęcanie do zwiększenia aktywności fizycznej. Należy podkreślić, że zaproponowane założenie główne programu jest nieprecyzyjne i trudne do zmierzenia i zasadnym wydaje się jego przeformułowanie. Dodatkowo wskazano 5 celów szczegółowych. Założenia szczegółowe programu również wymagają przekonstruowania. W obecnej formie stanowią możliwe do podjęcia działania, a nie rezultaty, które zamierza się osiągnąć w wyniku realizacji programu. Warto zwrócić uwagę, aby definiować cele programowe zgodnie z zasadą SMART, według której cel powinien być szczegółowy, mierzalny, osiągalny, istotny i określony w czasie.

W projekcie programu nie przedstawiono mierników efektywności. Mierniki te zgodnie z definicją, powinny być istotnym odzwierciedleniem zdarzeń lub faktów występujących w danym miejscu/otoczeniu/programie w odpowiednich jednostkach miary. Wartości wskaźników powinny być określone przed i po realizacji programu. Istotnym jest również, aby mierniki efektywności odpowiadały wszystkim celom programu.

Oczekiwane efekty korespondują z założeniami programu.

Natomiast zaproponowane mierniki efektywności, tj. „ilość rozprawdzonych materiałów informacyjno-edukacyjnych”, „liczba osób biorących udział w programie” oraz „liczba wykonanych

zabiegów” są wskaźnikami o charakterze ilościowym i wydają się być bardziej przydatne przy ocenie zgłaszalności do programu. W kontekście opiniowanego programu zasadnym byłoby uwzględnienie takich mierników efektywności jak: liczba osób, u których stwierdzono poprawę stanu zdrowia bądź ograniczenie postępu choroby, liczba osób, które zwiększyły swój udział w zajęciach fizycznych w życiu codziennym, poziom wiedzy uczestników programu na temat właściwych postaw prozdrowotnych (mierzony za pomocą ankiety). Należy pamiętać, aby wartości wskaźników określane były przed i po realizacji programu. Dopiero zmiana wyznaczona w zakresie tych wartości stanowi o wadze uzyskanego efektu programu. Należy mieć również na uwadze, że istotne jest zapewnienie trwałości efektów, poprzez skuteczną edukację pacjentów, tak aby po zakończeniu programu posiadali oni odpowiednią wiedzę oraz byli zmotywowani do utrzymania zmian w stylu życia, mogących w pozytywny sposób wpłynąć na ich samopoczucie i prawidłową postawę ciała.

Populacja docelowa

Adresatami programu będą mieszkańcy miasta po 65 roku życia. Zgodnie z danymi zamieszczonymi w projekcie liczba osób zamieszkujących miasto Szczecinek wynosi 37 929 osób, w tym 6 703 w wieku powyżej 65 r.ż. Natomiast ogólna liczba mieszkańców na podstawie danych GUS z 2016 r. wynosi 40 362 osób, w tym 6 960 osób w wieku adresatów programu. W części projektu dotyczącej zaplanowanych kosztów wskazano, że w 2017 r. z programu będzie mogło skorzystać 100 mieszkańców, co stanowi 1,5% wszystkich osób powyżej 65 r.ż. Ponadto podkreślono, że liczba uczestników programu będzie się zmieniać w kolejnych latach jego realizacji. Prawdopodobnie liczba zakwalifikowanych osób będzie uzależniona od dostępnych środków finansowych w danym roku realizacji.

Głównym kryterium kwalifikacji do projektu programu jest wiek populacji (powyżej 65 r.ż.), miejsce zamieszkania oraz skierowanie od lekarza rodzinnego lub specjalisty. W projekcie nie sprecyzowano jakiego zakresu ma to być specjalista. Należy podkreślić, że skierowanie na zabiegi fizjoterapeutyczne w warunkach ambulatoryjnych traci ważność, jeżeli nie zostanie zarejestrowane w zakładzie rehabilitacji w terminie 30 dni od daty wystawienia. Dodatkowo z programu nie będą mogły skorzystać osoby, „które odbyły cykl rehabilitacyjny w ramach NFZ w ostatnich 6 miesiącach lub mają zaplanowane świadczenia w ciągu najbliższego miesiąca”. Nie sprecyzowano kto będzie odpowiedzialny za przeprowadzenie kwalifikacji uczestników do programu oraz nie podano sposobu postępowania w przypadku zgłoszenia się do programu większej niż założono liczby osób. Powyższe kwestie warto uszczegółowić.

Dodatkowo sugeruje się, że w przypadku ograniczonych środków finansowych, warto w ramach kryteriów kwalifikacji, w pierwszej kolejności skierować program od osób o niskim statusie materialnym, które we własnym zakresie nie mogą pozwolić sobie na tego typu świadczenia, zaś ich stan zdrowia wskazuje na potrzebę przeprowadzenia rehabilitacji.

Interwencja

W ramach projektu programu przewiduje się wdrożenie regularnych, 10-dniowych zabiegów składających się z kinezyterapii i zabiegów fizykoterapii. Każdy z zakwalifikowanych pacjentów otrzyma łącznie 30 zabiegów.

Należy podkreślić, że odnalezione rekomendacje (National Stroke Foundation NSF 2010, Veterans Health Administration, Department of Defense VHA-DoD 2010) zalecają, aby pacjenci otrzymywali tyle świadczeń terapeutycznych ile potrzebują i są w stanie tolerować, aby przystosować, odzyskać i/lub wrócić do optymalnego osiągnięcia niezależności funkcjonowania. W projekcie nie sprecyzowano, jakie działania będą podejmowane w ramach zaplanowanych interwencji, należy jednak zaznaczyć, że zabiegi mają być dostosowane do konkretnego problemu zdrowotnego, co należy uznać za zasadne. Nie zamieszczono także informacji o możliwości dostosowania czasu trwania zabiegów do potrzeb pacjentów. Warto zaznaczyć, że decyzja o czasie trwania rehabilitacji powinna należeć do lekarza lub fizjoterapeuty po uprzednim przebadaniu pacjenta, co nie zostało uwzględnione w projekcie. Ponadto, niezależnie od jednostki chorobowej, wytyczne podkreślają, że o skuteczności jakiegokolwiek terapii rehabilitacyjnej (w tym przypadku kinezyterapii oraz fizykoterapii)

decyduje czas jej rozpoczęcia, kompleksowość i wielodyscyplinarność świadczeń, intensywność zajęć terapeutycznych, a także ciągłość.

Ponadto w programie przewiduje się zachęcanie pacjentów do zwiększenia aktywności fizycznej, uświadamiając im korzyści z tego płynące. Uczestnik programu zdobędzie wiedzę dotyczącą właściwych postaw prozdrowotnych. Jednak nie wskazano, w jaki sposób będzie przekazywana wiedza. W treści projektu programu wspomniano jedynie o „instrukcjach udzielonych pacjentom” oraz „spotkaniach”. Nie jest jasne, czy będą dotyczyły wizyt rehabilitacyjnych, czy też będą organizowane w formie wykładów/pogadarek. Eksperti kliniczni podkreślają wysokie znaczenie działań informacyjno-profilaktycznych nt. chorób i zagrożeń związanych z wiekiem geriatrycznym, dlatego też podejmowanie działań z zakresu edukacji uznać należy za zasadne.

Należy podkreślić, że w ramach przeprowadzanych zajęć kluczowe powinno być nauczenie uczestników programu ćwiczeń, które mogliby samodzielnie wykonywać po zakończeniu programu oraz przekazanie zaleceń pisemnych do kontynuacji rehabilitacji domowej. Bardzo ważny jest aspekt edukacyjny programu dotyczący stylu życia w podeszłym wieku. Warto zaznaczyć, że w ramach wspomnianej profilaktyki pierwotnej zasadnym byłoby zaangażowanie również rodzin i najbliższego otoczenia seniorów dla osiągnięcia jak największej skuteczności interwencji. Należy również podkreślić, że działania profilaktyczne powinny być wdrażane znacznie wcześniej niż w wieku geriatrycznym.

Warto również mieć na uwadze, że program obejmuje działania finansowane w ramach świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej.

Warto w tym miejscu zaznaczyć, że zgodnie z art. 9a i 9b ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w celu zaspokajania potrzeb wspólnoty samorządowej w zakresie ochrony zdrowia, jednostka samorządu terytorialnego, przy uwzględnieniu regionalnej mapy potrzeb zdrowotnych, priorytetów dla regionalnej polityki zdrowotnej oraz stanu dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej na obszarze województwa, może finansować dla mieszkańców tej wspólnoty świadczenia gwarantowane na podstawie umowy ze świadczeniodawcą. Biorąc pod uwagę powyższe, nie ma konieczności przygotowywania w tym zakresie programu polityki zdrowotnej.

Monitorowanie i ewaluacja

Projekt programu zakłada jego monitorowanie, natomiast nie przedstawiono sposobu ewaluacji. Należy pamiętać, że są to istotne elementy programu, które umożliwiają bieżącą ocenę jego przebiegu oraz określenie wpływu programu na sytuację społeczną i zdrowotną w perspektywie wieloletniej. Monitorowanie jest procesem zbierania danych o realizacji programu i służy kontrolowaniu jego przebiegu i postępu, ewaluacja natomiast jest analizą danych, realizowaną w celu oceny efektów prowadzonych działań.

Ocena zgłaszalności do programu wymaga doprecyzowania. Należy pamiętać, że monitorowanie programu powinno być zakończone wraz z końcem udzielania świadczeń. W ramach oceny zgłaszalności realizator będzie zobowiązany do złożenia raz w miesiącu sprawozdania z realizacji programu. Nie sprecyzowano jednak, jakie dane będą zawarte w tych dokumentach. Ocena zgłaszalności powinna być dokonana na podstawie liczby osób, które zgłosiły się do udziału w programie, liczby osób zakwalifikowanych do udziału w programie, a także liczby osób obecnych na poszczególnych zabiegach.

Zaproponowany sposób oceny jakości świadczeń udzielanych w programie można uznać za prawidłowy.

Jednak ocena efektywności wymaga uzupełnienia. Wskaźniki uwzględnione w tym zakresie (tj. „wskaźniki do ewaluacji”: „liczba przyjętych pacjentów” oraz „liczba zrealizowanych świadczeń rehabilitacyjnych”) mogą się okazać przydatne do oceny zgłaszalności do programu. W kontekście przedmiotowego programu wskazane byłoby określenie stanu pacjenta przed podjęciem rehabilitacji oraz po zastosowaniu odpowiedniego zestawu ćwiczeń/interwencji. W zakresie ewaluacji programu należy odnieść się do efektów zdrowotnych uzyskanych i utrzymujących się po zakończeniu

programu. Warto również określić, które efekty zdrowotne będą wygasać wraz z czasem, jak również zwrócić uwagę na trwałość uzyskanych efektów zdrowotnych. W przypadku opiniowanego projektu programu warto porównać kwestię dostępności świadczeń rehabilitacyjnych przed wdrożeniem programu i po jego realizacji, poprawy zdrowia i jakości życia uczestników oraz kwestię zgłaszalności do udziału w zabiegach rehabilitacyjnych w ramach programu oraz poza jego działaniem, itp. Ewaluacja powinna zawierać analizę, w której zamieszczona zostanie informacja, czy każdy pacjent otrzymał taki zakres rehabilitacji jakiego faktycznie wymagał i czy zaproponowany cykl zabiegów okazał się wystarczający dla każdego włączonego do programu pacjenta.

Warunki realizacji

Realizatorzy programu tj. placówki rehabilitacyjne zostaną wyłonione w drodze konkursu ofert, co pozostaje w zgodzie z zapisami ustawowymi. Dodatkowo sugeruje się dokładne określenie kompetencji personelu biorącego udział w programie.

Przewidziano przeprowadzenie kampanii promocyjnej za pośrednictwem dostępnych środków przekazu. Należy podkreślić, że odpowiednio dobrany sposób zapraszania do programu oraz zaplanowane działania informacyjne powinny być dostosowane do specyfiki populacji docelowej i pozwolić na uzyskanie jak największej zgłaszalności do programu. Zasadnym wydaje się więc uwzględnienie ogłoszeń (w postaci plakatów lub ulotek) także w parafiach, szpitalach, przychodniach czy aptekach lub wysyłanie imiennych zaproszeń do programu. Należy jednak zwrócić uwagę na fakt, że zaplanowane interwencje będą mogły być sfinansowane jedynie dla 100 osób. W związku z powyższym warto ustosunkować się do sytuacji zwiększonej zgłaszalności do programu.

Określono sposób zakończenia uczestnictwa w programie, jednak nie uwzględniono możliwości rezygnacji z udziału w dowolnym momencie, co warto rozważyć.

Nie oszacowano kosztu całkowitego programu. Wskazano tylko, że koszt programu w 2017 r. wyniesie 30 000 zł. Koszt jednostkowy oszacowano na 300 zł. Obejmuje on koszt 10-dniowego cyklu zabiegów składających się z kinezyterapii i zabiegów fizykoterapeutycznych, koszt prowadzenia rejestru świadczeń wykonywanych w ramach programu oraz sporządzania sprawozdania z jego realizacji. Nie przedstawiono źródła informacji, na podstawie którego dokonano powyższego oszacowania. Warto dodać, że ceny jednego zabiegu w zakresie kinezyterapii i fizykoterapii w Wojskowej Specjalistycznej Przychodni Lekarskiej (Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej) w Szczecinku oscylują w granicach od 4 zł do 25 zł. Zgodnie z założeniami programu każdy uczestnik ma otrzymać łącznie 30 zabiegów dostosowanych do konkretnego problemu zdrowotnego. Zatem koszt uczestnictwa może się różnić w zależności od danego przypadku. Ponadto w projekcie programu nie odniesiono się do kosztów edukacji uczestników programu oraz kosztów akcji promocyjnej. Program zostanie sfinansowany z budżetu miasta.

Wnioski z oceny technologii medycznej przeprowadzonej przez Agencję

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. 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.

Starzenie się człowieka jest procesem złożonym i nieuchronnym, przebiegającym na wielu wzajemnie na siebie oddziałujących płaszczyznach. Aktywny styl życia to jeden z czynników istotnie wpływających na zdrowie osób starszych. Wiadomo, że niedobór ruchu może prowadzić do przyspieszenia procesów starzenia się oraz niedołęstwa, a nawet w niektórych przypadkach — do inwalidztwa fizycznego. Regularne ćwiczenia fizyczne są nie tylko potencjalnym czynnikiem zapobiegającym starzeniu się, ale także pozytywnie wpływają na sprawność umysłową osób w podeszłym wieku. Regularne wykonywanie ćwiczeń fizycznych może zapobiegać występowaniu wielu

chorób w późniejszym wieku (np. choroby sercowo-naczyniowe, cukrzyca typu 2, choroba zwyrodnieniowa stawów).

Alternatywne świadczenia

Według wykazu świadczeń realizowanych w warunkach ambulatoryjnych oraz w warunkach domowych na podstawie załącznika nr 1 do Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej świadczenia z zakresu kinezyterapii i fizykoterapii są świadczeniami gwarantowanymi.

Ocena technologii medycznej

Wyniki opracowanego wspólnie przez WHO oraz Bank Światowy, Światowego Raportu na temat niepełnosprawności (World Report on Disability) pozwoliły skonstruować konkretne zalecenia dla polityki i praktyki, które mogą doprowadzić do realnej poprawy warunków życia osób niepełnosprawnych. W największym stopniu obejmują inwestowanie w specjalne programy i świadczenia dla osób niepełnosprawnych oraz przyjęcie narodowej strategii oraz planu działań na rzecz osób niepełnosprawnych.

Światowy Raport podkreśla konieczność wspierania ludzi w aktywnym życiu i uczestnictwie w społeczeństwie. Ważnym narzędziem promowanym przez WHO jest również rehabilitacja na poziomie społeczeństwa (*Community-based rehabilitation* - CBR), która jest przybierającą na znaczeniu polityką integracji osób niepełnosprawnych ze społeczeństwem, umożliwiającą im uczestnictwo w rozwoju i korzystania ze społecznego wsparcia.

Niezależnie od jednostki chorobowej, wytyczne podkreślają, że o skuteczności terapii rehabilitacyjnej decyduje czas jej rozpoczęcia, kompleksowość i wielodyscyplinarność świadczeń, intensywność zajęć terapeutycznych, a także ich ciągłość. Istotne jest, aby terapia była w indywidualny sposób przystosowana do potrzeb i możliwości chorego.

Bardzo ważne jest, aby przeprowadzany proces rehabilitacyjny był jasny i zrozumiały dla pacjenta. Chory powinien być na bieżąco informowany o postępach w leczeniu oraz o działaniach prozdrowotnych wskazanych w danej jednostce chorobowej. Kluczowe jest zaangażowanie w ten proces rodziny/opiekunów pacjenta.

Wytyczne zgodnie podkreślają, że świadczeń z zakresu rehabilitacji powinni udzielać wysoko wykwalifikowani specjaliści, posługujący się sprzętem pewnych, sprawdzonych parametrach. Zespół terapeutyczny powinien składać się ze specjalistów z różnych dziedzin medycyny oraz nauk pokrewnych wykorzystywanych w terapii, którzy współpracują ze sobą i tworzą oraz modyfikują, jeśli zachodzi taka potrzeba wielopłaszczyznowy program rehabilitacji.

Jak podkreśla National Centre for the Dissemination and Disability Research (NCDDR), współczesne standardy dowodów naukowych i metody stanowią wyzwania dla działań z zakresu rehabilitacji. Ze względu na niewielką liczbę podstawowych badań klinicznych trudno jest określić uniwersalny schemat interwencji, które charakteryzowałyby się wysoką skutecznością i bezpieczeństwem.

Należy również położyć nacisk na edukację zdrowotną i społeczną nie tylko osób z niepełnosprawnością, ale również lokalnej społeczności. W poprawie jakości życia osób z niepełnosprawnością duże znaczenie ma poprawa stanu fizycznego organizmu oraz wzmocnienie kompetencji psychologicznych i społecznych. Znoszenie barier architektonicznych, wprowadzanie ułatwień prawnych i innych może mieć wpływ na uzyskanie większej zdolności do pracy i życia w społeczeństwie dla osób z niepełnosprawnością.

W odniesieniu do osób starszych istotne znacznie ma również zapobieganie upadkom. Jak wskazuje wytyczne Amerykańskiego Towarzystwa Geriatrycznego wszystkie osoby starsze powinny być zapytane o to, czy w ostatnim roku zdarzył im się upadek. U osób zgłaszających się do lekarza z w/w przyczyny powinna zostać przeprowadzona wieloczynnikowa ocena ryzyka upadku, która składać się będzie ze szczegółowego wywiadu (w tym historii upadków), badania przedmiotowego, oceny funkcjonalności oraz oceny wpływu środowiska w tym także bezpieczeństwa w domu.

Biorąc pod uwagę powyższe argumenty, opiniuję, jak na wstępie.

Tryb wydania opinii

Opinię wydano na podstawie art. 48a ust. 1 i 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r., poz. 581), z uwzględnieniem raportu: OT.441.254.2017 „Rehabilitacja seniorów - mieszkańców Miasta Szczecinek na lata 2017 - 2020” realizowany przez: miasto Szczecinek, wrzesień 2017 r. oraz aneksów do raportów szczegółowych: „Programy z zakresu rehabilitacji niepełnosprawnych i zagrożonych niepełnosprawnością dorosłych oraz dzieci i młodzieży – wspólne podstawy oceny”, sierpień 2016 r., „Programy z zakresu profilaktyki geriatrycznej - wspólne podstawy oceny”, sierpień 2015 r. oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 304/2017 z dnia 11 września 2017 roku o projekcie programu „Rehabilitacja seniorów – mieszkańców Miasta Szczecinek na lata 2017 – 2020”.